

Rapport à Monsieur Philippe BAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

**PERSPECTIVES FINANCIERES DE LA
DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES A
L'HORIZON 2025 :**

PREVISIONS ET MARGES DE CHOIX

Mission confiée à Mme Hélène GISSEROT, *Procureur général honoraire près la Cour des comptes*

Rapporteur : Etienne GRASS, *membre de l'Inspection Générale des Affaires sociales*

Le 20 mars 2007

1.	<i>DEPASSER LES QUESTIONS DE DEFINITION ET DE PERIMETRE</i>	6
1.1	Questions de terminologies.....	6
1.2	Dépendance et handicap	6
1.2.1.	L'âge facteur déterminant de la dépendance.....	6
1.2.2.	La barrière d'âge : source de discriminations non justifiées	8
1.2.3.	Les enjeux d'un rapprochement entre handicap et dépendance.....	11
1.3.	Questions de champ.....	13
1.3.1.	L'angle étroit : les besoins en services pour accomplir les activités de la vie quotidienne	13
1.3.2.	Le grand angle : une approche pertinente pour prévoir l'évolution des dépenses publiques et privées liées à la dépendance.....	14
1.3.3.	L'angle de la gouvernance publique nécessairement intermédiaire.....	15
2.	<i>LA PREVISION DES COUTS : PREVISIONS ET MARGES DE CHOIX</i>	18
2.1	Un croissance prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes à partir de 2020	18
2.1.1.	L'effet du vieillissement.....	18
2.1.2.	L'impact du vieillissement sur le nombre de personnes dépendantes	20
2.2.	Une progression de la part de la richesse nationale affectée à la dépendance	26
2.2.1.	La raréfaction des aidants.....	27
2.2.2.	Les hypothèses sur l'évolution des prises en charge	28
2.2.3.	Des projections extrêmement sensibles à l'évolution des coûts des personnels	31
3.	<i>LES PROBLEMATIQUES DANS LA COUVERTURE DES COUTS</i>	34
3.1.	Les questions de répartition entre financeurs publics.....	34
3.1.1.	La répartition entre financeurs à paramètres inchangés.....	34
3.1.2.	Les évaluations du Centre d'Analyse Stratégique	37
3.1.3.	Les paramètres de l'APA.....	40
3.1.4.	L'action sociale de la branche vieillesse	46
3.2.	L'enjeu du maintien de la solvabilité des ménages	47
3.2.1.	Le montant actuel des restes à charges	47
3.2.2.	Une stabilité probable de la capacité de financement des retraités mais des problèmes de répartition.....	49
3.2.3.	Le caractère peu redistributif des aides fiscales	50
3.2.4.	L'évolution du patrimoine	52
3.3.	Les limites actuelles de l'assurance privée dans la couverture du risque.....	54
3.3.1.	Les caractéristiques du risque.....	54
3.3.2.	Le marché	56
3.3.3.	Les caractéristiques des produits de prévoyance.....	59
4.	<i>LES ORIENTATIONS FINANCIERES</i>	63
4.1.	Choisir le scénario pour les finances publiques	63
4.1.1.	Le champ des possibles	63
4.1.2.	Les critères d'appréciation des scénarios	65
4.1.3.	Les questions relatives à la nature des financements publics	69
4.2.	L'assurance privée du risque : redéployer les incitations fiscales à destination des complémentaires plutôt qu'en envisager de nouvelles.....	71
4.2.1.	Les pistes d'évolution des produits	71
4.2.2.	Redéployer plutôt que créer de nouvelles incitations	72
5.	<i>DE LA DEPENDANCE A LA PERTE D'AUTONOMIE : AGENDA ET GOUVERNANCE</i>	77
5.1.	Un élément structurant de l'agenda : préciser la portée et les modalités concrètes du droit à compensation prévu par la loi du 11 février 2005	77
5.1.1.	Des évolutions récentes de la législation pour supprimer ou contourner la barrière d'âge qui ne sont pas satisfaisantes.....	77
5.1.2.	Tirer les conséquences du droit à compensation prévu par la loi du 11 février 2005.....	79
5.1.3.	Les trois chantiers.....	80
5.2.	La construction d'un agenda pour la dépendance.....	81

5.2.1.	Clarifier le champ des bénéficiaires de l'APA.....	81
5.2.2.	Simplifier les circuits de financements.....	82
5.3.	Les voies d'une gouvernance améliorée.....	83
5.3.1.	Renforcer le rôle des Conseils généraux dans la gestion de la politique de compensation.....	83
5.3.2.	Conforter la CNSA comme opérateur pivot d'une branche de protection sociale d'un nouveau genre	84
<i>CONCLUSION</i>		87

INTRODUCTION

L'idée d'un cinquième risque de sécurité sociale consacré à la dépendance des personnes âgées est en débat depuis le début des années 1990¹. A l'époque les rapports Boulard et Schopflin avaient écarté cette piste essentiellement en raison des incertitudes pesant sur son coût. Depuis cette date, la connaissance du risque dépendance a progressé, en même temps que les instruments pour le prendre en charge.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), créée en 2001, a certaines caractéristiques d'une prestation de sécurité sociale : elle est universelle ; son barème et ses modalités d'attribution sont fixés au niveau national ; elle ne fait pas l'objet de recours sur succession. Enfin, depuis 2004 et la création de la contribution de solidarité pour l'autonomie, elle est pour partie financée par une recette s'apparentant à des cotisations sociales. L'APA, qui fait suite au projet d'allocation d'autonomie défendu par A. Juppé en 1995², est d'ailleurs revendiquée par ses créateurs comme un aboutissement du projet de cinquième risque³. Certes le modèle allemand de prestation attribuée par des caisses de sécurité sociale sur la base d'un panier de soins national a été expressément écarté. Mais la voie originale qui lui a été préférée, tâchant de concilier « *la reconnaissance d'un risque social et une gestion décentralisée* »⁴, s'assimile à une forme moderne de sécurité sociale.

Le rapport de R Briet et P Jamet remis en 2004 préfigurant la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie –CNSA- a ravivé cette discussion⁵, en lui donnant une tournure institutionnelle. Les débats sur le rôle de la CNSA qui sont alors intervenus ont clairement mis en évidence les difficultés à positionner ce nouveau risque à l'égard de l'assurance maladie. La discussion sur le cinquième risque, jusqu'alors inspirée de l'analogie avec la sécurité sociale, a alors changé de registre, pour définir les éléments concrets d'une architecture inédite.

Chacun s'accorde à reconnaître que l'architecture définie en 2004 doit encore progresser. Malgré un investissement intellectuel exceptionnel par son ampleur et sa qualité depuis le début des années 1990⁶, le débat semble marquer une position d'attente. L'APA ne représente qu'un quart de l'effort public pour compenser la dépendance d'après l'évaluation faite en 2005 par la Cour des comptes. A la variété des aides répond une multiplicité d'acteurs et la complexité du schéma institutionnel. De nombreuses questions fondamentales restent posées : faut-il aller vers une approche intégrée de la perte d'autonomie, commune au handicap et à la dépendance ? Comment prévenir efficacement l'entrée dans la dépendance en organisant la coordination gérontologique ? Comment réduire les restes à charge élevés ?

Le débat sur l'organisation à long terme de la prise en charge de la dépendance s'inscrit dans le contexte de projections laissant prévoir une progression du nombre des personnes âgées dépendantes de l'ordre de 1% par

¹ Thomas Frinault, « L'hypothèse d'un cinquième risque », dans C Martin, *La dépendance des personnes âgées, quelle politique pour l'Europe*, PUR, 2003

² En 1995, A Juppé avait pris l'engagement dans son discours de politique générale du 23 mai 1995 de créer une nouvelle « allocation dépendance » relevant de la « solidarité nationale ». Face aux difficultés budgétaires, le gouvernement a dû abandonner ce projet. La création en 1997 de la PSD dans le champ de l'aide sociale a alors été très critiquée par l'opposition.

³ La présentation de la réforme sur le site du ministère indiquait selon T Frinault « Il est important de rompre rapidement avec la logique de la PSD et d'engager une réforme profonde susceptible de mener, à moyen terme, à l'instauration d'un cinquième risque. Compte tenu du nombre élevé des personnes âgées de plus de 85 ans, cette perspective est à terme nécessaire et souhaitable. »

⁴ Discours de Paulette Guinchard Kunstler le 31 mai 2001 à l'Assemblée nationale. On trouve plus loin dans ce discours le refus du modèle allemand de *Pflegeversicherung* : « Très honnêtement, je ne suis pas sûr qu'un système d'attribution de l'allocation à l'allemande – classement des demandeurs entre trois niveaux de handicap, par les échelons du contrôle médical des caisses, sans référence à une grille nationale – puisse permettre l'adaptation aux besoins individuels, l'élaboration d'un vrai plan d'aide, la coordination autour de la personne. »

⁵ R Briet, P Jamet, *Mission de préfiguration de la CNSA*, 2004

⁶ Parmi les grands rapports publics, qui ont précédé celui-ci, on songe évidemment à une collection de rapports remarquables : Laroque (1961), Boulard (1990), Schopflin (1991), Brin (1994), Guinchard-Kunstler (1999), Sueur (2000). Nos travaux se sont également appuyés sur les récents travaux de PIGAS-IGF, mission d'évaluation de l'APA (2003), Bonnet, *Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge des personnes en situation de handicap*, 2004, Briet-Jamet, *Mission de préfiguration de la CNSA* (2004), Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, 2005, Centre d'Analyse Stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, 2006, MECSS (P Guinchard), *Le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées*, Cour des comptes, *La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie*, 2006 et encore Blanc, *Les personnes handicapées vieillissantes*, 2006

an en moyenne jusqu'en 2040. Malgré la grande qualité des travaux dont elles sont issues, ces projections laissent subsister beaucoup d'incertitudes. La perspective de l'arrivée au 4^{ème} âge des générations du baby boom à partir des années 2020 constitue un motif supplémentaire d'examen global des dispositifs existants. L'enjeu est d'éviter de se retrouver au pied du mur d'ici vingt à trente ans. Cette anticipation est indispensable au maintien de l'équité entre générations et au sein même d'une génération. Elle l'est aussi pour permettre aux individus qui vont arriver à l'âge de la retraite d'organiser dès à présent leur prévoyance.

L'évolution de la dépendance dans les prochaines années s'inscrira dans ce contexte qui doit être pensé globalement. Nombreux seront les dispositifs sociaux qui connaîtront les tensions directes ou indirectes du vieillissement⁷ : régimes de retraites, dépenses de santé, demande de logements ...

Les assureurs privés français ont développé depuis le milieu des années 1980 une gamme de contrats visant à couvrir le risque dépendance via des rentes. La France se caractérise par un marché important, le deuxième en terme de nombre de souscriptions et une approche plus prudente dans la couverture du risque que dans ce pays. En même temps que progressivement ce marché gagne en maturité, la question se pose de sa participation à la gestion du risque dépendance.

La nécessité de repenser le modèle d'assurance collective et privée contre la dépendance fait aujourd'hui l'objet d'une réflexion importante au niveau international. Presque tous les gouvernements des pays développés ont passé commande dans les deux dernières années d'expertises approfondies sur ce sujet. On constate une avalanche des rapports, qui se font écho : aux Etats-Unis, le rapport du *Congressional Budget Office* en 2004⁸ ; en Espagne, le livre blanc sur la dépendance remis en 2006 ; en Allemagne, de longs travaux en cours au sein d'un comité des sages visant à remettre à plat l'assurance dépendance. Cette mobilisation de l'expertise publique est pour partie liée aux questions que posent les projections démographiques en matière de dépendance. Elle marque aussi pour partie une phase de maturation des premières réformes entreprises depuis le début des années 1990 : création en Allemagne d'un système d'assurance sociale, transfert aux collectivités locales de la compétence en matière de dépendance au Royaume-Uni...

L'évocation par la lettre de mission d'une « *branche de la protection sociale* » invite à faire preuve d'innovation. Il ne s'agit pas nécessairement de concevoir de nouvelles prestations ou une nouvelle institution, mais de poursuivre la réflexion sur un financement soutenable et pérenne de la dépendance, voire de la perte d'autonomie en général.

Le notion est d'ailleurs en soi une innovation. Le concept de branche a été introduit dans le Code de la Sécurité Sociale (CSS) par les ordonnances Jeanneney⁹ pour séparer au plan comptable les quatre risques gérés par les caisses de sécurité sociale. L'objectif de cette réforme était de concrétiser par risque le principe d'équilibre financier (article L200-2 CSS). Depuis la loi Veil du 25 juillet 1994, ce concept de branche est appliqué pour séparer au niveau comptable la gestion des risques. Le principe d'équilibre doit ainsi s'apprécier selon une logique actuarielle : face à la prévision d'un « sur-risque » des excédents doivent être dégagés aujourd'hui pour le provisionner.

Appliquer ce concept à la protection sociale est insolite. La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux. Envisager une « *branche de la protection sociale* » consiste donc à s'interroger sur les modalités d'établissement d'un équilibre de long terme entre les dépenses et les divers financements publics affectés à la couverture du risque dépendance. C'est dans cette logique que ce rapport a été conçu.

⁷ Pour une discussion de ces effets « Démographie et économie » - M. Aglietta, D. Blanchet, F. Heran – Conseil d'analyse économique, 2002 Voir également Jérôme Wittwer et Marie-Eve Joël, *Economie du vieillissement*, 2005

⁸ CBO, *Financing Long Term Care for the elderly*, Washington, Avril 2004

⁹ Ordonnances du 21 août 1967

CHAPITRE I : DEPASSER LES QUESTIONS DE DEFINITION ET DE PERIMETRE

1.1 Questions de terminologies

Les débats sur la terminologie relèvent sans doute de la symbolique. Ils manifestent, sept ans après le rapport de Paulette Guinchard sur *vieillir en France*, le besoin de reconnaissance des personnes vieillissantes. Cette reconnaissance est d'autant plus importante que les personnes sont placées, malgré elles, dans une relation d'assistance ce qui suppose une articulation entre les interventions dont elles bénéficient et leur projet de vie.

Deux débats sont récurrents :

1. Le premier oppose l'usage du terme « dépendance » à celui de « perte d'autonomie ». Les deux termes sont sans doute, l'un et l'autre, peu appropriés : le premier renvoie à un état de soumission dans lequel la personne prise en charge ne doit justement pas être placée ; le second est ambigu sur sa portée¹⁰. Qu'est ce que l'autonomie en effet ? En principe, l'autonomie désigne « le droit de l'individu à se déterminer librement »¹¹. Elle est un attribut du citoyen que l'altération des capacités physiques ou mentales ne doit pas remettre en cause. La compensation de la perte d'autonomie ne porte pas sur ces aspects et c'est heureux. La France n'a pas fait le pas d'un néologisme pour désigner ceux qui, du fait de l'altération de leurs capacités, ne peuvent réaliser seuls des actes de la vie quotidienne.
2. Plus généralement, les langues étrangères ont contourné ces difficultés en désignant les personnes vieillissantes par les services dont elles bénéficient (*Pflegebedürftig*¹² en allemand, *people in care*¹³ en anglais...). Mais là encore, la langue française semble démunie. La notion de « soins » recouvre toutes les activités qui ont trait au corps humains, qu'il s'agisse d'activités correspondant au soin curatif (*cure*) ou au soin d'entretien (*care*). « L'assistance » n'inclut pas les actes pratiqués sur le corps. Le « nursage » est une mauvaise traduction de l'anglais « *nursing* ». La terminologie la plus courante est donc généralement peu satisfaisante et fait référence aux « services aux personnes âgées dépendantes (ou en perte d'autonomie) », ce qui inclut dans un ensemble unique un très grand nombre d'actes et types de soins et ne contribue pas à clarifier le débat.

1.2 Dépendance et handicap

1.2.1. L'âge facteur déterminant de la dépendance

❖ La croissance avec l'âge de l'occurrence de la dépendance

Les données de l'enquête HID montrent une nette accélération des taux de prévalence de la dépendance à partir de 80 ans et une progression continue de ces taux avec l'âge. La plus forte prévalence de la dépendance chez les femmes y apparaît également nettement ; elle s'explique par des éléments épidémiologiques, mais surtout par une espérance de vie supérieure.

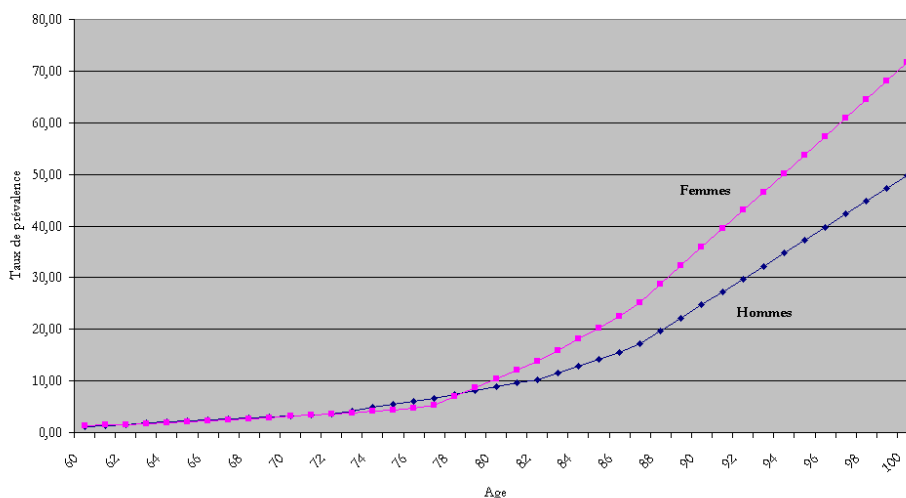
¹⁰ Voir sur ce point les critiques de B Ennuyer, *Les malentendus de la dépendance*, Dunod, 2002, p 274s

¹¹ C'est la définition retenue par le Dictionnaire Robert

¹² Littéralement, celui qui a besoin de soins

¹³ Littéralement, personne qui profite de soins

Taux de prévalence de la dépendance (GIR 1 à 4) par âge et par sexe (source enquête HID)



Source : INSEE, Enquête HID

❖ La dépendance : une perte d'autonomie compensée

L'approche la plus large de la dépendance consiste à examiner le nombre des personnes souffrant de déficiences sensorielles ou physiques. Trois personnes âgées de plus de 60 ans sur quatre subissent en effet une déficience. Parmi elles, une sur trois a besoin d'une aide technique et presque autant d'une aide humaine. A priori c'est dans cet ensemble qui regroupe près de 3,4 M de personnes¹⁴ que passe la ligne de partage de la dépendance. La moitié de ces personnes sont aidées uniquement par leur entourage, 8 fois sur 10 pour l'exécution de tâches ménagères.

Résultats de l'enquête HID concernant les plus de 60 ans

Diverses approches des incapacités des personnes âgées	Part de la population des plus de 60 ans
Avoir une déficience ⁽¹⁾	75,1
Recourir à des aides techniques	35,6
Recourir à une aide humaine (pour les personnes à domicile)	27,9
Etre titulaire d'un taux d'incapacité ⁽²⁾	13,1
Etre confiné au lit	8,6
Recevoir une allocation	7,5
Etre aidé pour sortir ⁽³⁾	4,9

Note : Ce tableau concerne les personnes à domicile et celles résidant en institution socio-sanitaire ou psychiatrique, sauf la ligne "recours à une aide humaine" qui concerne uniquement les personnes à domicile.

1) Les déficiences sont les pertes (amputations, scléroses,...) ou dysfonctionnement des diverses parties du corps ou du cerveau.

2) Proportion de personnes déclarant un taux officiel d'incapacité.

3) Sont regroupées dans cette catégorie les personnes ni confinées au lit, ni ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage.

Source : Insee, enquête Handicap-incapacités-dépendance 1998 et 1999

Des approches plus fines sont ainsi nécessaires pour circonscrire le risque dépendance ; elles passent par l'examen des personnes à partir de grilles retraçant les actes de la vie quotidienne. L'approche la plus simple, utilisée par les assureurs américains et la grande majorité des assureurs privés français, classe les personnes

¹⁴ Il faudrait sans doute y ajouter une grande part des 644000 personnes hébergées

selon leur capacité à effectuer les quatre actes de la vie quotidienne les plus courants : la toilette, l'habillement, l'hygiène, le repas. Sont ainsi distinguées la dépendance partielle, constituée par l'incapacité à réaliser au moins 1 AVQ pendant une période donnée (souvent 3 mois), et la dépendance totale constituée par l'incapacité à réaliser 3 AVQ.

Ces critères sont sommaires pour aller au delà de la reconnaissance de la dépendance et mesurer les besoins de la personne. Une approche plus sophistiquée passe par l'application de grilles d'évaluation complexes, censées retracer des efforts d'aide homogènes par personne. Sont ainsi confondues dans un même outil les deux évaluations du risque dépendance : celle de sa réalité et celle de son niveau.

Le nombre des grilles disponibles est très important¹⁵ et d'une grille à l'autre l'évaluation de la dépendance peut varier du simple au double : cet écart existe en France entre l'évaluation du nombre de personnes dépendantes à travers la grille EHPA¹⁶ (1,5 M de personnes en 1998 et 1999) et celle fondée sur la grille AGGIR (800 000 personnes)¹⁷.

Depuis 1997, la grille AGGIR définit en France le champ de la perte d'autonomie des personnes âgées donnant droit à compensation, via l'APA. Cette grille a été construite à partir des instruments d'évaluation clinique gériatriques. Cette grille est fondée sur l'observation par un tiers de la réalisation de six actes de la vie courante¹⁸ et des problèmes concernant l'orientation dans le temps et dans l'espace de la personne. La grille est une « boîte noire » : un logiciel assure des pondérations et des sommations qui aboutissent au classement des personnes en six groupes¹⁹ : le groupe 1 est le plus sévère ; le groupe 6 le plus léger. Ces groupes sont censés être homogènes en termes de ressources employées et de coûts : on parle ainsi de groupe iso-ressources (GIR).

Depuis 2001, l'utilisation de la grille AGGIR a reçu valeur légale (L232-2 CASF). La responsabilité de conduire cette évaluation est confiée à des équipes médico-sociales, chargées d'élaborer un plan d'aide, dont le montant est fonction du classement en GIR.

1.2.2. La barrière d'âge : source de discriminations non justifiées

❖ Les différences de traitement induites par la barrière d'âge

Les différences de traitement selon qu'une personne connaît un handicap avant ou après 60 ans, présentées en annexe, demeurent très significatives. Elles se sont amplifiées avec la loi du 11 février 2005. Les plus remarquables²⁰ sont notamment les deux suivantes :

- les prestations destinées à compenser le handicap et la dépendance fonctionnent de façon différente : le plan d'aide de l'APA est plafonné selon le GIR, alors que l'élaboration du plan d'aide est plus libre dans le cadre de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), dont le montant n'est pas plafonné globalement mais défini par nature et quantité des aides attribuées (aide humaine, technique,

¹⁵ Une revue de littérature qui est maintenant assez ancienne, puisque datant du milieu des années 80, en avait ainsi déjà dénombré 145 (ENSP, *Harmonisation des grilles de dépendance*. Actes du séminaire de travail. Rennes (4-6 juillet 1984). Rennes : Editions ENSP)

¹⁶ Cette grille croise les quatre groupes de la grille Colvez, qui mesure le besoin d'aide du fait d'une perte de mobilité, avec deux groupes de dépendance psychique constitués en fonction de l'importance de l'aide nécessitée par les problèmes d'orientation et les troubles du comportement des personnes.

¹⁷ Vincent Coutton, Estimation de niveaux de sévérité de la dépendance en fonction de groupes iso-ressources (GIRs) Colin Christel, Kerjose Roselyne (Drees), Les différents modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes, dans DREES, *Etudes, Document de travail*, n° 16 – juillet 2001

¹⁸ Habillement, toilette, alimentation, hygiène de l'élimination, transferts, déplacements à l'intérieur de la résidence

¹⁹ A partir des réponses à huit variables dites discriminantes, notées par l'évaluateur selon des modalités A,B et C, un algorithme permet de définir 13 rangs caractérisés par des combinaisons de réponse. Dans une deuxième étape, certains rangs sont regroupés en GIR sur la base des soins (nursing) nécessités en principe par ce type de profil.

²⁰ Pour une comparaison systématique, voir annexe

animalière...), auxquelles sont appliqués des barèmes tarifaires ainsi que des plafonds ; par ailleurs, le montant du plan d'aide de l'APA est modulé selon les ressources de la personne ; pour la PCH, la prise en compte des ressources est beaucoup moins forte²¹.

- les mécanismes d'aide sociale pour les prises en charge en établissement sont nettement plus favorables en matière de handicap : l'obligation alimentaire et le recours sur succession sont appliqués aux personnes âgées, mais seulement à certains ayants droits (frères et sœurs) des personnes handicapées et uniquement en cas d'héritage²². Les ressources prises en compte sont également définies de façon différente. Le niveau des restes à charge est très nettement inférieur pour les personnes handicapées, notamment parce que la loi impose que le barème des établissements laisse un reste à vivre à la personne. Ce minimum de ressources garanties correspond à 30% du montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), soit 186,4 euros depuis le 1^{er} juillet 2006.

Les règles d'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées:

	Personnes handicapées	Personnes âgées
Reste à vivre	186 euros mois	62 euros mois
Obligation alimentaire	Non	Oui
Récupération sur succession	Non	oui

Ces différences relatives à l'aide sociale apparaissent notamment contraires à l'équité :

- devenir handicapé à 59 ans exonère les obligés alimentaires d'une lourde charge qui pèsera sur eux si la personne devient handicapée à 61 ans
- du point de vue social, le principe de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession (au premier euro) a pour résultat de prélever fortement les revenus et le patrimoine des obligés alimentaires (presque toujours les enfants) au principal motif que leur parents sont pauvres et eux moins, ce qui est contestable du point de vue de la mobilité sociale. La « chance » d'avoir des parents aisés exonère ainsi et d'un prélèvement sur les revenus et d'une récupération douloureuse sur l'héritage (souvent la vente de la maison de famille)

Ces différences constituent sans doute une discrimination en fonction de l'âge. Une personne qui devient handicapée à 61 ans suite à un accident ou une maladie a des droits à compensation de son handicap sensiblement moins favorables qu'une personne dont le handicap survient avant 60 ans (cf annexe), alors même que les causes de ce handicap et les besoins de compensation peuvent être exactement similaires.

La compatibilité de cette discrimination avec le droit communautaire est pour le moins incertaine. Rappelons que la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) considère comme non conforme au droit communautaire les dispositifs de politique publique qui constituent des « *discriminations indirectes* », c'est-à-dire les critères ou les pratiques susceptibles de porter préjudice à une ou plusieurs personnes sauf à être justifié(e) par un but légitime. Les évolutions de notre droit induites par ces principes nous semblent devoir être rapidement anticipées. Elles imposent de donner des bases légitimes aux distinctions réalisées. A cet égard, la barrière d'âge à 60 ans apparaît discutable : elle ne saurait justifier une différence de traitement entre personnes présentant des situations similaires de handicap.

²¹ Le taux de prise en charge est le plus souvent de 100% (jusqu'à 2 fois le montant annuel de la majoration pour tierce personne, soit : 23 995,94 euros), dans la limite des tarifs. Sinon il est de 80%.

²² Jusqu'à présent, la non-récupération ne concernait que le bénéficiaire revenu à meilleure fortune et ses héritiers, lorsqu'il s'agissait de son conjoint, de ses enfants ou de la personne qui en avait assumé la charge de façon effective et constante. La loi ajoute désormais à cette liste le légataire et le donataire ainsi que les parents, qu'ils aient ou non assumé l'aide effective et constante de leur enfant handicapé. En revanche, les frères et sœurs héritiers des personnes handicapées pourront continuer à se voir opposer un recours en récupération sauf à apporter la preuve qu'ils en ont assumé la charge effective et constante.

❖ Les incohérences pour les personnes handicapées qui vieillissent

La barrière d'âge est problématique pour les personnes handicapées qui vieillissent, car elle conduit à d'importantes incohérences. En 1999, près de 290 000 personnes de plus de 60 ans avaient été reconnues comme handicapées par une COTOREP (désormais CDAPH) avant cet âge²³. Le récent rapport rédigé par le sénateur P Blanc et M Berthod Wurmser²⁴ souligne ainsi les aberrations que supportent ces personnes. Par exemple, les établissements pour adultes handicapés sont agréés par de nombreux conseils généraux pour accueillir les personnes handicapées jusqu'à une limite d'âge fixée à 60 ans. Les établissements pour personnes âgées, quant à eux, ne sont agréés que pour recevoir des personnes de plus de soixante ans. Les personnes handicapées qui atteignent l'âge limite doivent ainsi quitter le milieu de vie dans lequel ils sont souvent restés pendant une longue période. Cette transition forcée et sans motifs apparents peut avoir des conséquences catastrophiques pour les personnes, notamment pour les personnes dont le handicap est psychique²⁵. De même, les règlements d'aide sociale contiennent souvent cette "barrière d'âge" en fixant un âge plafond au bénéfice de prestations au titre du handicap à 60 ans. Enfin, la séparation par enveloppe en fonction de l'âge des financements des SSIAD peut aboutir à ce qu'un demandeur se voit refuser l'accès aux services de soins en raison de son âge...

En donnant une définition extensive du handicap, la loi du 11 février 2005 a créé les conditions pour que ces difficultés soient pour partie résolues. Rien, sur le plan législatif ou réglementaire, ne définit les établissements pour adultes handicapés par l'âge des personnes qu'ils accueillent²⁶. De même, "*les établissements et services qui accueillent des personnes âgées...*" sont définis sans référence à l'âge. Par ailleurs, l'article 18V de la loi du 11 février 2005 prévoit que les adultes handicapés bénéficient, quand ils sont accueillis en EHPAD, des règles plus favorables de financement des établissements pour personnes handicapées²⁷. Aucune barrière législative n'existe désormais pour le maintien en établissement des personnes handicapées de plus de 60 ans. La loi pose en effet le principe d'un âge limite pour accéder à la PCH (fixée à 60 ans par décret du 19 décembre 2005)²⁸. Mais le droit à la PCH est acquis si le handicap a été reconnu avant cet âge. Il l'est également en cas de poursuite d'une activité professionnelle. Par ailleurs, lorsqu'elles arrivent à cet âge, les personnes auxquelles une PCH a été attribuée peuvent opter pour la poursuite du versement des prestations ou choisir l'APA. Enfin, la loi prévoit que les Commissions Départementales pour l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) sont appelées à statuer sur "*l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans hébergées dans les structures pour personnes handicapées adultes*".

²³ P Mormiche et J Sanchez, Réadaptation n°475, 2000 pp. 7-11

²⁴ P Blanc, *Les personnes handicapées vieillissantes*, La documentation française, 2006

²⁵ Comme le note le rapport Blanc, « De telles personnes peuvent se rencontrer dans différents établissements et services médico-sociaux, notamment en foyer occupationnel, en FAM, en maison de retraite, peu préparées à traiter des comportements déroutants et souvent perturbants pour le personnel et l'ensemble des résidents. La qualité de leur prise en charge n'est pas optimale et, faute d'adaptation au service où elles sont accueillies, leur trajectoire peut être chaotique, passant d'établissement en établissement avec des séjours en hôpital psychiatrique ».

²⁶ la loi du 2 janvier 2002, qui énumère toutes les catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, mentionne au contraire "*les établissements et les services qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap et leur âge* »

²⁷ Cette règle vaut en principe qu'ils aient été ou non accueillis en établissement avant l'âge de 60 ans mais est subordonnée dans le cas où ils étaient accueillis à domicile à la reconnaissance d'un taux d'incapacité de 80%.

²⁸ Ce nouveau dispositif tend même à accentuer l'effet de la barrière d'âge, puisque dans l'ancienne législation, l'accès à l'allocation compensatrice pour Tierce Personne était possible sans limite d'âge, ce n'est plus le cas avec la PCH.

1.2.3. Les enjeux d'un rapprochement entre handicap et dépendance

❖ La définition législative du handicap, incluant la dépendance

Depuis la loi du 11 février 2005, la dépendance des personnes âgées est une forme de handicap. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit le handicap²⁹ sans critère d'âge. La dépendance est ainsi juridiquement une sous-catégorie du handicap et les personnes dépendantes sont des personnes handicapées, attributaires du droit à compensation posé par l'article 11 de la loi du 11 février 2005 (L. 114-1-1 CASF). La loi supprime le critère d'âge qui définit le champ d'application de ce droit³⁰.

Toutefois, comme on le verra (cf partie 5), cette disposition ne supprime pas les barrières d'âge dans les dispositifs qui déclinent concrètement ce droit, notamment les dispositifs de garantie de ressources (minimum vieillesse, AAH), dispositifs de compensation (APA et PCH) ou encore dispositifs de financement des établissements (EHPAD d'une part et centre de rééducation professionnelle, foyers et foyers logements y compris les foyers d'accueil médicalisé d'autre part).

❖ Une confusion qui n'est ni souhaitée, ni souhaitable

Si les politiques de compensation du handicap et de la dépendance doivent donc être pensées de façon cohérente, cela ne signifie pas néanmoins aboutir à une convergence complète, c'est-à-dire la confusion dans un dispositif unique de compensation égal quelle que soit la situation de la personne. Les différences de traitement doivent s'appuyer sur des réalités médicales, fonctionnelles et situationnelles, en évitant la barrière arbitraire de l'âge.

Chacun sent que la confusion des dispositifs de prise en charge de la dépendance et du handicap se heurte aux représentations sociales les plus courantes du handicap. Si pour une part ces représentations doivent être combattues, il n'en reste pas moins que l'identité des personnes handicapées et des personnes âgées « en état de fragilité » s'est construite par rapport à ces représentations. Vouloir les confondre serait une erreur.

Le baromètre de la DREES³¹ dégage à cet égard des résultats particulièrement frappants : une grande majorité des français (74%) considèrent que c'est aux pouvoirs publics (État et collectivités) de prendre en charge les personnes handicapées, contre seulement une courte majorité (56%) pour les personnes âgées dépendantes, pour lesquelles une plus grande proportion des français trouve légitime de solliciter les familles (22% contre 9%). Les écarts sont suffisamment nets pour conclure que les français n'attendent pas des pouvoirs publics un investissement équivalent en matière de dépendance, à celui réalisé en matière de handicap.

❖ Les éléments objectifs de différenciation

Cette différence a certainement des fondements historiques. Elle tient aussi pour partie aux spécificités de cette forme particulière de handicap qu'est la dépendance et à l'absence de problématique d'insertion au marché du travail dans le cas de la dépendance. En termes d'équité, le handicap au travail lié à des difficultés à réaliser des actes de la vie quotidienne des personnes d'âge actif semble constituer un élément de justification supplémentaire de l'intervention publique, qui n'existe pas pour les personnes aux grands âges.

²⁹ Article 2 de la loi du 11 février 2005 (L. 114 CASF). « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

³⁰ « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».

³¹ DREES, *op cit*

En termes de problématique, la personne handicapée a pour objectif de s'insérer dans la vie socio-professionnelle et de construire son autonomie et ses sources de revenus, alors qu'à l'inverse la personne dépendante a déjà réalisé de façon diversement satisfaisante certes son insertion et cherche à la maintenir au mieux tout en sachant qu'elle bénéficie déjà d'une pension de retraite. La personne âgée dépendante bénéficie donc, en règle générale, d'un revenu et d'un patrimoine que n'a pas pu constituer la personne handicapée, ce qui justifie une implication plus forte de la collectivité en faveur de cette dernière.

A ce titre la barrière d'âge à 60 ans correspond à l'âge légal de la retraite. Elle semble ainsi reposer sur l'idée qu'il s'agit de différencier les personnes dont le handicap constitue un facteur de limitation de l'accès au marché du travail et celles dont la perte d'autonomie survient après cessation d'activité liée à la retraite. Cette légitimité est toutefois remise en question par les réformes récentes des retraites visant à aménager les effets de cet âge légal en favorisant la prolongation d'activité.

Une autre différence de principe pour l'intervention publique tient au fait que la dépendance constitue une forme homogène de handicap qui appelle une forme d'assurance, individuelle ou collective, contre sa survenue, à l'inverse de la déficience qui survient dans d'autres situations de handicap et, qui ne constitue pas toujours à proprement parler un risque. Pour une part significative des personnes handicapés, le handicap est pour tout ou partie déterminé à la naissance³². Il ne s'agit dès lors plus d'un risque au sens probabiliste du terme. La dépendance se distingue ainsi des autres handicaps en ce qu'elle constitue un risque prévisible, auquel il est possible de se préparer individuellement. Cette forte prévisibilité statistique devrait inciter chacun – et de fait incite déjà de nombreuses familles – à préparer cette étape de la vie.

Une politique qui souhaite laisser toute sa place à la responsabilité individuelle dans la couverture des risques doit différencier les risques selon leur occurrence. Il peut sembler légitime que les risques les plus rares soient intégralement solvabilisés alors que les risques courants doivent être anticipés par la prévoyance individuelle. Avec un raisonnement de ce type, le niveau de reste à charge supporté par les ménages devrait être une fonction décroissante de la probabilité du risque. Certes, comme on l'a vu (cf 1.2.1), la prévalence du handicap est très directement liée à l'âge. Mais plutôt qu'une barrière d'âge, ce raisonnement plaiderait pour construire un système unifié de compensation du handicap, dont le niveau de reste à charge supporté par les ménages évoluerait de façon linéaire avec la probabilité du risque.

Un autre élément de différenciation entre les formes de handicap est la durée de l'épisode de handicap. Alors que la durée moyenne de la dépendance est de quatre ans, celle du handicap est presque toujours plus longue. Il serait dans ces conditions normal que le soutien public soit plus fort pour les ménages qui ont un besoin de compensation sur une période longue. Mais si l'on suit ce raisonnement, l'équité commanderait non pas de réduire fortement les restes à charge pour les ménages handicapés mais d'encadrer dans le temps le montant de ces restes à charge (par exemple en constituant une durée plafond de quatre ans au delà de laquelle les dépenses laissées à la charge des familles sont mieux compensées).

Plusieurs critères de différenciation peuvent ainsi conduire à nuancer le critère d'âge :

- l'origine du handicap ;
- la prévisibilité du risque ;
- la relation au marché du travail ;
- la durée de l'épisode de perte d'autonomie ;
- l'environnement familial ;
- le niveau de revenu et de patrimoine.

³² En France, dans 35% la pathologie des personnes handicapées qui cause ce handicap se manifeste à la naissance. Source : J Sanchez, JF Ravaud, *Prévention des handicaps et de leur aggravation; enquête réalisée en Saône et Loire en 1995*. CTNERHI, 1997. Les statistiques allemandes montrent toutefois que seuls 5% des personnes lourdement handicapées (*Schwerbehinderte*) le sont dès la naissance. Les données fournies par la DREES sur l'âge des premières attributions en COTOREP (*Etudes et résultats* n°455 de décembre 2005 sur l'activité des COTOREP en 2004) montrent que seulement 10% des premières attributions pour toutes demandes ont lieu avant 25 ans, et 20% avant 25 ans pour les seules demandes d'AAH.

1.3. Questions de champ

Les travaux du groupe de travail et du groupe de consultation ont montré que les problèmes de définition de la dépendance sont souvent à l'origine de malentendus ou peuvent occasionner de faux débats.

La prise en charge de la dépendance s'inscrit dans un contexte marqué par des dispositifs de sécurité sociale déjà existants. Comme le montrent les comparaisons internationales (annexes 6, 7 et 8), tous les pays connaissent des problèmes de périmètres pour situer le curseur des prises en charge entre la dépendance et les soins, entre les services d'assistance et l'hébergement, entre l'aide sociale et la sécurité sociale... Mais ces difficultés ne doivent pas empêcher d'avancer et il convient de fixer les frontières entre les différents modes de prise en charge.

La frontière à retenir dépend de la question que l'on souhaite traiter :

- s'il s'agit de définir les droits des personnes, une approche étroite de la dépendance est pertinente : la reconnaissance de droits supplémentaires à la personne ne doit pas remettre en cause les droits universels de la personne ;
- s'il s'agit d'anticiper l'évolution des financements contribuant à la solvabilisation des dépenses de dépendance, les pouvoirs publics doivent élargir leur angle de vue et prendre en compte tous les dispositifs qui pèsent sur le budget des ménages dépendants ou participent au financement.
- enfin, le niveau pertinent auquel doit être organisée la régulation entre financement et services (une branche de la protection sociale) se situe sans doute dans un entre-deux, comme c'est déjà le cas au sein de la CNSA et dans l'intervention des conseils généraux. Le rapport essaiera de fournir les éléments pour examiner les conditions dans lesquelles la « mise au point » peut évoluer.

1.3.1. L'angle étroit : les besoins en services pour accomplir les activités de la vie quotidienne

Chacun s'accorde à poser le principe que la construction d'un dispositif public de soutien aux personnes âgées dépendantes ne doit pas remettre en cause leur accès aux droits sociaux à vocation universelle. En particulier, une meilleure couverture du risque dépendance ne doit pas conduire à créer une organisation particulière des droits à l'assurance maladie pour les personnes les plus âgées.

Le droit à la prise en charge des personnes âgées dépendantes se définit ainsi nécessairement en supplément, mais aussi en creux des autres droits : droit à l'assurance maladie, aux prestations familiales...

Ce positionnement respectueux des droits individuels peut être acquis de plusieurs façons, qui ne sont pas exclusives :

- soit en créant une prestation sans déterminer précisément le panier des services et des aides qu'elle couvre et en confiant à un acteur local la responsabilité d'utiliser cette prestation, via un plan d'aide, pour financer les services d'assistance et, le cas échéant, combler les vides laissés par le panier de soins : c'est la voie largement pratiquée en France dans le volet domicile de l'APA ;
- soit en déterminant un panier de services d'assistance et de soins complémentaire du panier de soins de l'assurance maladie : c'est la voie retenue en Allemagne (voir annexe 6) et, en France, dans la définition des sections budgétaires des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- soit, enfin, en fixant un panier de services mais en ouvrant aussi dans le cadre de la prise en charge de la dépendance des prestations plus favorables que celles qui sont proposées dans le droit commun : ce système existe également en Allemagne où l'assurance dépendance peut financer des prestations de soins très spécifiques (comme les soins de rééducation et de kiné...).

Une bonne combinaison des droits à compensation et des droits à l'assurance maladie doit favoriser les efforts de prévention de la dépendance. Les marges de manœuvre sont réelles. On le voit dans les résultats des

expérimentations initiées aux Etats-Unis (notamment le *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* –PACE-³³...) ou dans la politique du gouvernement britannique où des formules relativement sophistiquées d'intégration financière entre le *National Health Service* (NHS) et les conseils locaux sont envisagées pour doter la prévention de la dépendance d'un modèle économique cohérent.

1.3.2. *Le grand angle : une approche pertinente pour prévoir l'évolution des dépenses publiques et privées liées à la dépendance*

Si les droits à compensation doivent être définis strictement, la question du financement à long terme des dépenses publiques et privées liées à la dépendance gagne à être abordée avec une vision la plus large possible.

Cette approche « grand angle » se justifie pour n'occulter aucune évolution mais aussi pour mettre en évidence les possibilités de retour que suscite un investissement plus fort dans ce domaine, par exemple sur l'assurance maladie ou sur l'emploi. Elle permet aussi d'avoir une appréciation de la situation financière des ménages, notamment de leur niveau d'effort.

La prévision des dépenses publiques et privées liées à la dépendance devrait intégrer sans a priori sur le périmètre du droit à compensation, les coûts d'hébergement (et les restes à charge qui y sont liés), les dépenses fiscales ou sociales qui contribuent à alléger la prise en charge de la dépendance et certaines dépenses d'assurance maladie étroitement intriquées avec la dépendance (notamment les dépenses réalisées en EHPAD ou les dépenses des SSIAD)...

Cette approche grand angle se heurte à des incertitudes techniques en cascade et produit des résultats qui prêtent par nature à discussion. La France a conduit, à cet égard, à travers les rapports de la Cour des comptes et du centre d'analyse stratégique (CAS), des travaux de prévision de grande qualité, sur lesquels le rapport s'appuiera.

Ces travaux mettent notamment en évidence l'importance des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance, notamment du fait des progrès dans les années récentes.

La Cour des comptes a procédé à une évaluation élargie des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance en 2003³⁴. Cette estimation, qui est antérieure à la montée en charge de la contribution de solidarité pour l'autonomie (2 Mds euros), montre que le niveau des dépenses liées à la dépendance des personnes âgées en France est très conséquent : 15,5 Mds euros en 2003, soit 1 % du PIB. Ce montant est très déconnecté de celui qu'implique une vision étroite de la dépendance (APA et dépenses fiscales ciblées pour 4,1 Mds euros). Cet écart tient au fait que l'assurance maladie supporte l'essentiel (61%) de ces dépenses. Il faut le garder à l'esprit quand on simule l'impact de la croissance des coûts dans le secteur de la dépendance.

Une autre approche est celle du centre d'analyse stratégique, qui porte sur l'ensemble de la dépense, publique et privée. Les dépenses publiques prises en compte sont plus restrictives que celles qui figurent dans les travaux de la Cour des comptes : ne sont notamment pas intégrées les aides fiscales ni certaines dépenses d'assurance maladie (actes infirmiers cotés en « actes infirmiers de soins » –AIS-). Mais cette estimation est aussi plus actuelle, incluant notamment les évolutions enregistrées depuis 2004 et la création de la CNSA. Elle aboutit à un total des dépenses de prise en charge de la dépendance, au sens large, de 16 Mds euros en 2005, soit 0,94% du PIB.

Dans cette estimation, le montant des dépenses privées n'est pas connu de façon agrégée mais est déduit des barèmes existants de l'APA et des tarifs en établissements. Ces estimations semblent cohérentes avec celles

³³ Sur ce programme, voir <http://www.cms.hhs.gov/pace/>

³⁴ Cour des comptes, *op cit*

que l'on peut faire par ailleurs à partir des montants moyens de reste à charge. On peut en effet considérer que l'ensemble des dépenses supportées par les ménages en établissement représente une masse financière de l'ordre de 4,1 à 5,1 Mds euros, nette de l'aide sociale (dont 600 M euros au titre des tickets modérateurs de l'APA). A domicile, les ménages supporteraient 753 M euros de ticket modérateur³⁵ auxquels il faudrait ajouter les dépenses laissées à charge par les plafonds, voire le non recours à l'APA.

En comparaison internationale, l'investissement public de la France pour couvrir le risque dépendance semble avoir rejoint les moyennes européennes, même s'il convient d'aborder de telles comparaisons avec prudence. Les études de l'OCDE³⁶ situaient la France en bas de l'échelle européenne en 2000, avec 0,65% du PIB investi dans la prise en charge des « soins de longue durée ». La France se situait ainsi en dessous de l'Allemagne (0,95%), des Pays-Bas (1,31%), du Royaume-Uni et surtout de la Suède (2,74%), mais avant l'Espagne (0,16%). Ces études sont toutefois anciennes (2000) et la notion prise en compte n'est qu'une approximation de celle de dépendance. Depuis cette date, les évolutions des politiques publiques avec notamment la création de l'APA et de la contribution de solidarité ont contribué à placer la France au niveau de l'Allemagne et du Royaume-Uni, alors que ces pays n'ont pas connu d'affectation de ressources supplémentaires.

1.3.3. L'angle de la gouvernance publique nécessairement intermédiaire

La conception d'une branche de protection sociale doit faire coexister les deux approches de la dépendance pour définir une gouvernance publique qui porte un dispositif soutenable et équitable.

La porosité de la frontière entre soins et dépendance n'appelle aucune solution évidente a priori. Elle impliquera toujours un dilemme entre le risque de transfert de dépenses de l'APA vers l'assurance maladie et le risque de transfert pour certains publics de prestations hors de l'assurance maladie.

D'un côté, les acteurs de la prise en charge soulignent que le financement du secteur de l'aide aux personnes âgées ne doit plus être placé en position de « variable d'ajustement » de la dépense d'assurance maladie. De l'autre, les régimes d'assurance maladie peuvent légitimement craindre de supporter de façon indue la responsabilité de couvrir une dépense plus dynamique que ses financements.

De fait, dans les années récentes, le périmètre d'intervention de la CNSA est bien plus large que celui de l'APA et inclut des dépenses de soins ; il en est de même des missions des conseils généraux qui, à travers l'aide sociale, prennent en charge une partie des coûts d'hébergement... Chacun des interlocuteurs rencontrés s'est accordé pour reconnaître que ces frontières sont encore amenées à évoluer.

L'angle de vue pertinent pour une régulation publique de la dépendance correspond certainement à une mise au point intermédiaire entre le point de vue strict du droit à compensation et l'approche globale qui prévaut pour prévoir les financements. Cette approche implique un déplacement progressif des dépenses aujourd'hui prises en charge par l'assurance maladie vers un système plus organisé de couverture du risque dépendance.

Pour cela, il semble que quatre principes devraient guider l'action des pouvoirs publics.

1. L'impératif de l'universalité des droits à l'assurance maladie ne doit pas réduire à l'inaction la branche maladie dans la gestion de son risque, qui doit s'opérer en se concentrant sur le cœur d'activité que constitue le financement de services de soins accessibles et de qualité.

³⁵ Equivalent au produit du montant moyen du ticket modérateur (109 euros par mois, donc 1308 euros en base annuelle) laissé par le plan d'aide, multiplié par le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (576000 en juin 2006)

³⁶ OCDE, *Les soins de longue durée*, 2005

2. Il n'est donc pas illégitime que la constitution d'une prise en charge plus cohérente et plus favorable de la dépendance conduise l'assurance maladie à ne plus prendre en charge des dépenses qui ne se rattachent manifestement pas aux soins.
3. La séparation de la gouvernance du risque dépendance et de l'assurance maladie implique des mécanismes de flexibilité. Elle ne doit pas conduire à des difficultés dans l'exercice des droits, à des rigidités de gestion pour les établissements ou plateformes de services qui pratiquent à la fois l'assistance et le soin sanitaire.
4. La gouvernance du risque dépendance doit consister dans le système le plus efficient à la fois pour révéler les besoins, pour structurer et réguler l'offre de services et responsabiliser financièrement les gestionnaires. L'enjeu est triple : la gestion de préférences multidimensionnelles, intégrant des considérations sanitaires, de confort, de proximité, de culture familiale... ; la fourniture de services de qualité, accessibles, aux coûts les plus faibles possibles ; la couverture du risque des ménages.

RESUME

- *La construction d'un dispositif public de soutien aux personnes âgées dépendantes ne doit pas remettre en cause leur accès aux droits sociaux à vocation universelle. En particulier, une meilleure couverture du risque dépendance ne doit pas conduire à créer une organisation particulière des droits à l'assurance maladie pour les personnes les plus âgées.*
- *La séparation des dispositifs de prise en charge du handicap et de la dépendance par une frontière d'âge peut être à l'origine de discriminations non justifiées dans la compensation de la perte d'autonomie. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille confondre ces dispositifs. Plutôt qu'une séparation nette et arbitraire entre eux, d'autres critères de différenciation plus conformes au principe d'équité peuvent guider les interventions publiques : l'origine du handicap ; la prévisibilité du risque ; la relation au marché du travail ; la durée de l'épisode de perte d'autonomie ; l'environnement familial ; le niveau de revenu et de patrimoine. Ces critères doivent être remis à plat pour construire un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie, comme le prévoit la loi du 11 février 2005, en prenant en compte la spécificité de la dépendance par rapport aux autres formes de handicap.*
- *La question du financement à long terme des dépenses publiques et privées liées à la dépendance gagne à être abordée avec une vision large. Une approche « grand angle » est indispensable pour n'occulter aucune évolution.*
- *Cette approche met en évidence le niveau déjà élevé des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance, notamment du fait des progrès dans les années récentes. Selon les estimations de la Cour des comptes, l'effort public à destination des personnes âgées dépendantes équivaut à un point de Produit Intérieur Brut, ce qui le situerait au niveau des autres moyennes européennes, notamment l'Allemagne et le Royaume-Uni.*
- *L'angle de vue pertinent pour une régulation publique de la dépendance correspond certainement à une mise au point intermédiaire entre le point de vue strict du droit à compensation et l'approche tous azimuts qui prévaut pour prévoir les financements. Cette approche implique un déplacement progressif des dépenses aujourd'hui prises en charge par l'assurance maladie vers un système plus organisé de couverture du risque dépendance. Pour cela, quatre principes devraient guider l'action des pouvoirs publics :*
 - *la clarification des frontières entre assurance maladie et dépendance ;*
 - *le recentrage de l'assurance maladie sur des interventions qui se rattachent aux soins sanitaires ;*
 - *la préservation des mécanismes de flexibilité pour éviter que la frontière ne crée des difficultés dans l'exercice des droits ou des rigidités chez les opérateurs ;*
 - *la conception commune du système de gouvernance le plus efficace pour à la fois révéler les besoins, structurer l'offre de services et assurer une gestion financière responsable.*

CHAPITRE II : LA PREVISION DES COUTS : PREVISIONS ET MARGES DE CHOIX

La croissance de la part publique et privée de la richesse nationale allouée à la dépendance semble être un fait acquis pour les prochaines décennies. Son montant prête toutefois à discussion.

Les projections démographiques laissent supposer une croissance de l'ordre de 1% par an du nombre de personnes dépendantes. Cette croissance devrait connaître deux accélérations entre 2005 et 2020 (la fin des générations creuses de la première guerre mondiale) et entre 2030 et 2040 (l'arrivée des générations du baby boom nées entre 1946 et 1965) avec un creux entre 2020 et 2030. L'amplitude de ces bosses reste toutefois modérée (passant de la tendance de 1% à 2% dans les années de plus forte croissance). Par ailleurs, ces projections s'appuient sur des hypothèses sanitaires qui restent incertaines.

La prévision des coûts dépendra donc davantage de choix politiques sur le niveau, quantitatif et qualitatif des services à apporter aux personnes âgées dépendantes, que de données démographiques.

2.1 Une croissance prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes à partir de 2020

2.1.1. L'effet du vieillissement

❖ Les prévisions démographiques

Selon le scénario central des dernières projections de l'INSEE³⁷, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants au 1er janvier 2050, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. La population augmenterait sur toute la période, mais à un rythme de moins en moins rapide.

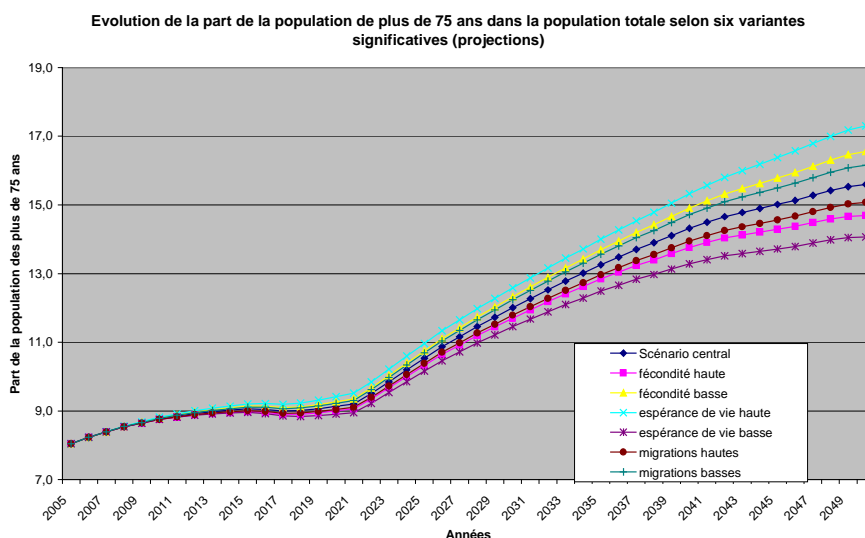
En valeur absolue, le nombre des personnes de plus de 60 ans, à l'aune duquel on évalue généralement le vieillissement, passerait de 12,8 à 20,9 millions en 2035 et à 22,3 millions en 2050, soit un quasi doublement (+80 %) en 45 ans.

Le nombre des personnes de plus de 75 ans connaîtrait une évolution similaire avec un décalage de quinze ans. Les plus de 75 ans pourraient, selon le même scénario de l'INSEE, quasiment doubler d'ici 2050, représentant 15,6 % de la population française contre 8% aujourd'hui.

Ce diagnostic est soumis à un grand nombre d'indéterminations car il suppose des hypothèses de long terme sur l'évolution de la fécondité, de la mortalité et des migrations. Ainsi la révision récente par l'INSEE de ses hypothèses laisse penser que le vieillissement aux grands âges sera d'une ampleur légèrement plus limitée qu'on ne pouvait le penser il y a cinq ans.

Pour chiffrer l'effet d'un changement d'hypothèses sur les résultats projetés, l'INSEE a élaboré des variantes. Aucune variante ne remet en cause le vieillissement : le profil des courbes d'évolution de la part des plus de 75 ans dans la population totale ne diffère pas selon le scénario retenu et les résultats obtenus sont principalement sensibles aux variables d'espérance de vie et de fécondité.

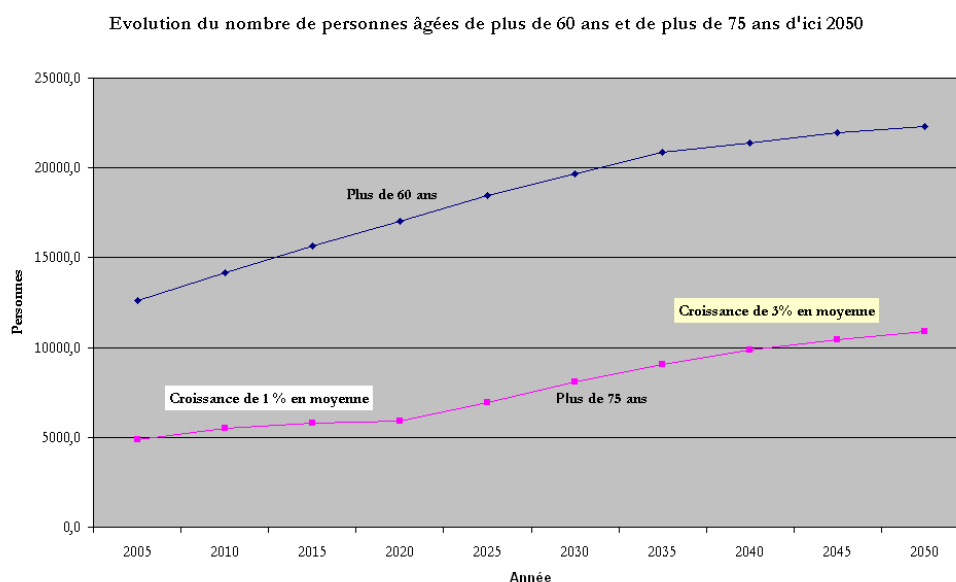
³⁷ INSEE, Isabelle Robert-Bobée, Projections de population 2005-2050, pour la France métropolitaine, INSEE résultats, sept 2006.



Source : INSEE, situations démographiques et projections de population 2005-2050

❖ **Une certitude minimale : l'effet « cohorte » à l'horizon 2025 de l'arrivée à l'âge adulte des générations du baby boom**

Une différence de profils marque les progressions respectives du poids des populations âgées de +60 ans et de +75 ans : l'accroissement de la population âgée de plus de 60 ans devrait être le plus fort entre 2006 et 2035, avec l'arrivée à ces âges des générations issues du *baby-boom*, nées entre 1946 et 1975 ; entre 2035 et 2050, la hausse se ralentirait pour cette population³⁸ ; à l'inverse, et pour les mêmes raisons, la hausse de la population des plus de 75 ans ne s'accélérera qu'avec quinze de retard, c'est-à-dire dans la deuxième partie du cycle (après 2021 et l'arrivée aux grands âges des générations du baby boom).



Source : INSEE

³⁸ En effet, les personnes qui atteindront 60 ans appartiennent à des générations moins nombreuses. Par ailleurs, les générations du *baby-boom* nées juste après-guerre approcheront 90 ans : elles parviendront donc à des âges de forte mortalité.

Le nombre de personnes de plus de 75 ans croîtra ainsi seulement de 22% d'ici 2025, soit une croissance annuelle moyenne de 1%, équivalente à la tendance actuelle, qui est liée principalement à la croissance de l'espérance de vie. Il croîtra par contre beaucoup plus vite les vingt années suivantes (+80 %), soit une croissance annuelle moyenne de 3%, essentiellement sous l'effet « cohorte » de l'arrivée aux grands âges de générations plus nombreuses.

2.1.2. L'impact du vieillissement sur le nombre de personnes dépendantes

L'âge joue un rôle d'accélérateur du processus de dépendance. La croissance de la part des personnes âgées de plus de 75 ans devrait donc se traduire par une croissance du nombre de personnes âgées dépendantes. En fait le lien entre ces deux effectifs est plus complexe pour deux raisons :

- d'abord parce que l'évolution des techniques médicales ou du niveau de dépistage de certaines pathologies peuvent conduire à des évolutions significatives de l'incidence de la dépendance ;
- ensuite parce que la dépendance peut également être affectée par des déterminants sociaux dont l'effet est par nature difficile à simuler et l'évolution difficile à anticiper.

❖ Les incertitudes sur les tendances sanitaires

Projeter l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes en faisant l'hypothèse d'un maintien du niveau d'incidence actuel de la dépendance néglige l'effet du progrès médical, qu'il s'agisse des techniques de soins, des médicaments ou encore de l'amélioration du contrôle des facteurs de risque.

Les projections de personnes âgées dépendantes s'appuient sur les tendances récentes observées de l'Espérance de Vie Sans Incapacité³⁹. Mais les thèses s'opposent traditionnellement en France entre les tenants d'un scénario plutôt favorable dit de compression de la morbidité⁴⁰, selon lequel l'âge moyen d'apparition des maladies « incapacitantes » est davantage retardé que celui du décès, et les auteurs partisans de scénarios plus prudents de maintien ou même d'extension de la morbidité.

Les évolutions annuelles conduisent à retenir une baisse tendancielle annuelle des taux de prévalence de la dépendance de 1 à 2 % par an dans les pays européens. Cette baisse serait liée à la réduction de la durée moyenne de vie en dépendance. L'incertitude est toutefois forte : les projections initiales de l'INSEE aboutissaient à une durée moyenne de la dépendance évoluant dans des sens opposés selon le scénario retenu, si bien que les résultats variaient du simple au double⁴¹.

La littérature internationale insiste sur la nécessité de donner toute leur ampleur aux quelques interventions préventives dont l'efficacité est patente. Pour cela, il faut se donner les moyens de connaître et mesurer cette efficacité médico-économique en développant une approche large des résultats.

Ainsi une étude américaine récente de Cutler, Landrum, et Stewart⁴² explique la baisse importante de la prévalence de la dépendance intervenue aux Etats-Unis depuis le milieu des années 1980 par une amélioration des prescriptions en bêta-bloquants. La prévalence de la dépendance⁴³ est passée de 25% de la population de plus de 65 ans en 1984 à 20 % en 1999 ; cette baisse est pour près d'un cinquième attribuable à la prévention des conséquences des maladies cardio-vasculaires, notamment à l'amélioration des pronostics consécutifs à

³⁹ Voir notamment F. Meslé, « Progrès récents de l'espérance de vie en France », *Population*, n°61, 2006, p 437s

⁴⁰ Notamment JM. Robine, P. Mormiche et al, *L'espérance de vie sans incapacités : faits et tendances : premières tentatives d'explication*, PUF, 1999

⁴¹ Bontout, Colin, Kerjosec, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », DREES, *Etudes et résultats*, n°160, 2002 M. Duée, C. Rebillard, « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », *Document de travail de l'INSEE*, G2004 /02

⁴² D. Cutler, MB. Landrum, et K. Stewart, *Intensive Medical Care and Cardiovascular Disease Disability Reductions*, NBER, *Working paper*, avril 2006

⁴³ Définie par la difficulté à exercer une AVQ au moins

une attaque cardiaque permise par un meilleur traitement par des bêta-bloquants et inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (en abréviation française : IEC). Ces médicaments réduisent en effet de façon importante le rythme cardiaque et les besoins d'interventions chirurgicales (angioplastie). Les auteurs en concluent que l'amélioration de la feuille de sortie (décharge) des hôpitaux peut être à l'origine d'une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité des patients atteints de maladies cardiaque ischémiques de l'ordre de 3,7 années et le bilan médico-économique de l'accroissement du traitement semble très favorable.

Au Royaume-Uni, le rapport Wanless a passé systématiquement en revue les déterminants sanitaires de la dépendance des personnes âgées (voir annexe 7). A partir d'une importante revue de littérature sur le sujet, il aboutit aux résultats suivants par pathologies⁴⁴ :

Affection	Augmenter le risque de dépendance	Augmente le risque de décès
Accident vasculaire cérébral	Oui	Oui
Pathologies vasculaires périphériques	Non	Non
Pathologies coronariennes	Oui	Oui
Hypertension (si traitée)	Non	Non
Pathologies rhumatismales	Oui	Non
Diabète (si traités)	Non	Oui
Obstructions chroniques des voies respiratoires	Oui	Oui
Maladie de Parkinson	Oui	Oui
Problèmes d'audition	Non	Non
Problèmes de vue	Oui	Non
Déficiences cognitives moyennes	Oui	Oui
Déficiences cognitives importantes	Oui	Oui

Source : rapport Wanless (*op cit*, p 35)

Le rapport insiste sur la force du lien prédictif entre la dépendance et quatre groupes de pathologies :

- les accidents vasculaires cérébraux : sur le long terme, le rapport mise sur une poursuite de la réduction de la prévalence des pathologies cérébrovasculaires et de la mortalité qui y est associée⁴⁵, mais rien n'indique que cette double évolution aura un impact favorable sur la dépendance⁴⁶ ; il fait néanmoins cette hypothèse d'une évolution favorable en supposant un plus fort contrôle du risque d'hypertension artérielle⁴⁷ dans les prochaines années et le développement de traitements préventifs efficaces (statines, anticoagulants oraux, aspirine...)
- les pathologies coronariennes : le rapport mise sur une réduction de l'incidence de ces pathologies liée au progrès des traitements endovasculaires et chirurgicaux pour le traitement des syndromes aigus ;
- les pathologies rhumatismales : le rapport fait état de la faiblesse des données disponibles pour anticiper l'évolution de ce groupe de pathologies ; la croissance du niveau d'obésité pourrait avoir un impact défavorable sur leur incidence ; les certitudes scientifiques sont faibles concernant l'efficacité de leurs traitements, mais le rapport fait le pari de progrès importants vers un diagnostic plus précoce du risque,

⁴⁴ La source de ce travail remarquable et inédit sur l'évolution des déterminants sanitaires de la dépendance est une annexe au rapport Wanless rédigé par Carol Jagger et al, *Compression or Expansion of Disability ? Forecasting future disability levels under changing patterns of diseases*, University of Leicester, 2006

⁴⁵ On constate cette baisse rapide en France, voir F Meslé, *op cit*

⁴⁶ L'effet de la première évolution sur la dépendance fait peut de doute ; celui de la seconde est plus incertain si la réduction de la mortalité par accident cardio-vasculaire est associée à une croissance de la dépendance des personnes qui survivent à un accident vasculaire.

⁴⁷ D'après le Dr Catherine Helmer (INSERM, épidémiologie du vieillissement), 30% des sujets hypertendus de plus de 65 ans ne sont pas traités du tout ou pas traités convenablement, alors que de nombreuses démences sont provoquées par des facteurs vasculaires. Or, compte tenu de la proportion de dépendants concernés, repousser d'à peine un an le déclenchement du syndrome suffirait à faire baisser de 10% la prévalence d'ici 50 ans. Communication lors de la 9^e journée d'assurance maladie de la CANAM (10/04/2006)

permettant une meilleure protection du cartilage et réduisant ainsi la dépendance associée à ces pathologies ;

- les démences : pour ce groupe de pathologies, comme on le développe ci-dessous, l'incertitude des projections semble la plus forte dans la mesure où les facteurs de risque cérébrovasculaires, les mieux établis notamment sur la maladie d'Alzheimer, ont encore un faible pouvoir explicatif ; en outre, l'efficacité des traitements de ces pathologies dans la prévention de la dépendance ne semble pas établie.

Le rapport dresse ainsi une série de scénarios d'évolution de la dépendance dans la population totale, en fonction de différentes hypothèses épidémiologiques. Ce travail est frappant à deux égards :

- il aboutit à des chiffres de progression deux fois plus élevés que ceux auxquels aboutissent les expertises nationales (66% contre 33% en Angleterre), pour un profil démographique similaire ; on retrouve ces variations dans les différentes projections de la dépendance réalisées en Allemagne, qui donnent des résultats significativement différents (voir annexe) ; la marge d'incertitudes liée à l'introduction de variables épidémiologiques semble donc élevée ;
- le passage dans le rapport Wanless d'un scénario pessimiste sur le plan sanitaire à un scénario optimiste se traduit par une réduction d'environ un quart de la croissance de la dépendance d'ici 2025 (passant de 73 % à 57%).

❖ Les incertitudes particulières à l'épidémiologie des démences

La dépendance d'origine psychique représente une part importante et croissante de la dépendance⁴⁸. L'enquête HID montrait que près de 500 000 personnes, la plupart âgées, présentent une perte d'autonomie mentale⁴⁹. Le suivi par cohorte en région Aquitaine (PAQUID) montre que la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés concernent 7,7% des 75-79 ans, 12,5% des 80-84 ans et 23,9% des plus de 85 ans. Sur cette base, l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) a évalué à 766 000 le nombre des personnes âgées de plus de 75 ans qui seraient démentes. Parmi elles 332 628 personnes, le plus souvent des femmes, ont une démence à un stade modérément sévère ou sévère.

Estimation du nombre de personnes atteintes de démence en France métropolitaine en 2004

Age	Hommes	Femmes	Ensemble
65-69	9 149	16 561	25 710
70-74	19 711	44 816	64 527
75-79	65 798	71 349	137 147
80-84	71 217	164 112	235 329
85-89	40 491	121 165	161 656
90 et +	31 841	200 452	232 293
Total 65 et +	238 207	618 455	856 662
Total 75 et +	209 347	557 078	766 425

Source : OPEPS d'après Ramarosan et al. et De Ronchi⁵⁰

Toutes les démences ne conduisent pas à un état de dépendance – au sens de l'APA-. Le lien entre démence et dépendance est encore mal établi. L'étude PAQUID⁵¹ a évalué la dépendance à partir des grilles traditionnelles

⁴⁸ Voir le récent rapport de Mme Cécile Gallez, députée, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, *La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*, juillet 2005 et J Ankri, « Epidémiologie des démences et de la maladie d'Alzheimer », *BEH*, N°5-6, 2006

⁴⁹ Appréhendée dans l'enquête par des incapacités qui relèvent des troubles du comportement ou de problèmes d'orientation, ce qui ne représente pas l'ensemble des troubles psychiques

⁵⁰ Ramarosan et al, « Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID », *Rev Neurol*, 2003 ; 159 : 405-11

sur la réalisation des AVQ⁵², dont le périmètre est assez voisin de celui de l'APA⁵³. Les résultats mettent en évidence une forte corrélation entre démence et dépendance :

- parmi les personnes démentes, 57 % avaient une dépendance partielle (impossibilité de réaliser au moins une AVQ) et 14 % une dépendance lourde (dépendance pour 3 sur 4 des AVQ) ;
- en sens inverse, la part de la démence dans la dépendance était très importante puisque les trois quarts des personnes dépendantes étaient démentes. Sur 2,8 % des personnes présentant une dépendance lourde, 88% étaient démentes.

Les incertitudes existantes sur l'évolution épidémiologique des démences pèsent par conséquent fortement sur les projections disponibles.

❖ Les incertitudes sur les déterminants sociaux et comportementaux de la dépendance

Des facteurs comportementaux peuvent intervenir sur le processus de dépendance, tels que les consommations de tabac, d'alcool, la nutrition ou les activités sociales. Le risque de dépendance est également variable selon le statut socio-économique de la personne.

Une revue de littérature effectuée par l'OMS Europe détaille le caractère prédictif de plusieurs facteurs du risque dépendance. Ses résultats sont les suivants :

Evaluation du caractère prédictif de différents facteurs du risque dépendance

Facteur	Lien prédictif avec la dépendance	Possibilité de prévenir la dépendance en intervenant sur ce facteur
Déficience cognitive	+++	0
Dépression	+++	0
Nombre de pathologies	+++	++
Variations de l'Indice de Masse Corporelle	++	0
Faibles limitations fonctionnelles	+++	++
Faible fréquence des contacts sociaux	+	+
Faible niveau d'activité physique	+++	+++
Absence de consommation d'alcool (comparée à une consommation modérée)	+	?
Tabac	+++	+
Déficience visuelle	+++	+

Lecture : +, ++, +++ : niveau de certitude ; 0 = la question n'a pas été étudiée ; ? = il n'y a pas d'évidence scientifique Source : OMS Europe

On voit ainsi qu'en plus des déterminants sanitaires, des déterminants sociétaux ou comportementaux peuvent avoir un impact important sur la dépendance. Leur évolution est difficile à prévoir, mais à partir du tableau ci-dessus, il peut notamment sembler légitime de se demander par exemple si :

⁵¹ La cohorte PAQUID, réalisée par l'INSERM en Aquitaine a porté sur 4000 personnes suivies pendant 10 ans ; elle présente le double avantage d'un suivi longitudinal et d'un protocole d'enquête (visite de médecins)

⁵² Le critère retenu pour ces activités est que leur réalisation est indispensable à la vie de tous les jours, et la dépendance pour une seule d'entre elles nécessite l'intervention d'une aide extérieure.

⁵³ Sur l'ensemble de l'échantillon de PAQUID, près de 14 % des personnes de 75 ans et plus présentaient une dépendance pour au moins une activité, contre 16,6 % pour l'APA

- la réduction rapide de la consommation de tabac dans les années récentes⁵⁴ n'est pas susceptible d'avoir une influence plus positive que prévue sur les projections de personnes âgées dépendantes ;
- la croissance moyenne de l'Indice de Masse Corporelle des français, encore mal documentée, n'est pas au contraire de nature à alourdir les prévisions ;
- la réduction des contacts sociaux des personnes âgées, via notamment la réduction prévisible des aidants naturels, ne va pas accroître le niveau de la dépendance...

❖ **Une croissance de 1% par an du nombre de personnes âgées dépendantes jusqu'en 2040, mais des évolutions au profil heurté**

La prévision du risque dépendance est donc sujette à d'importantes incertitudes. Pour les dépasser, la DREES⁵⁵ et l'INSEE⁵⁶ ont réalisé dans les années récentes des évaluations qui s'appuient sur des hypothèses polaires⁵⁷ et retenu pour scénario central le scénario médian entre ces hypothèses. Par construction les résultats semblent donc robustes même s'ils laissent subsister une marge d'incertitude.

En 2004, les méthodes de calcul ont été recoupées entre les deux institutions et aboutissent à des résultats communs. Deux scénarios sont distingués, l'un de stabilité de durée de vie passée en dépendance, l'autre d'une diminution annuelle des taux de prévalence de 1,5 %. Ils aboutissent à des écarts relativement faibles⁵⁸.

Néanmoins les travaux qui leur servent de fondement ont été réalisés sur la base des anciennes projections démographiques de l'INSEE. Les nouvelles projections, issues du recensement de 2004-2005, qui parient sur une plus grande croissance de l'espérance de vie, conduisent à une révision à la baisse des perspectives d'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes, notamment sur la période 2020-2040⁵⁹. La marge d'incertitude liée aux simples techniques de projection démographique et notamment aux hypothèses sur l'évolution de l'espérance de vie, est ainsi loin d'être négligeable.

Selon ces derniers résultats, le profil des évolutions est, comme les courbes ci-dessous le montrent, très proche entre le scénario bas et le scénario haut de l'INSEE : le nombre de personnes âgées dépendantes, au sens de l'APA, devrait progresser dans une fourchette allant de 21,2% à 28,5% entre 2000⁶⁰ et 2020 et dans des proportions quasiment équivalentes (entre 21% et 26%) dans les vingt années qui suivront.

⁵⁴ Voir D Besson, « Consommation de tabac : la baisse s'est accentuée depuis 2003 », INSEE Première, n°1110, décembre 2006

⁵⁵ L'étude de la DREES précitée envisage trois hypothèses d'évolution des "gains de vie sans dépendance" et étudie l'évolution de la prévalence des personnes considérées comme "dépendantes" au regard de deux indicateurs différents (HID et EHPA).

⁵⁶ L'étude de l'INSEE précitée a été réalisée à partir de HID au moyen de modèles économétriques (méthode dite des incidences) qui intègrent une modélisation des relations familiales et intergénérationnelles et des revenus (notamment des retraites). Elle permet une approche plus précise des "aidants potentiels", ainsi que des ressources des personnes et de la répartition des financements des prestations d'APA. Elle ajoute à l'exercice de projection des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants, celle des dépenses d'APA.

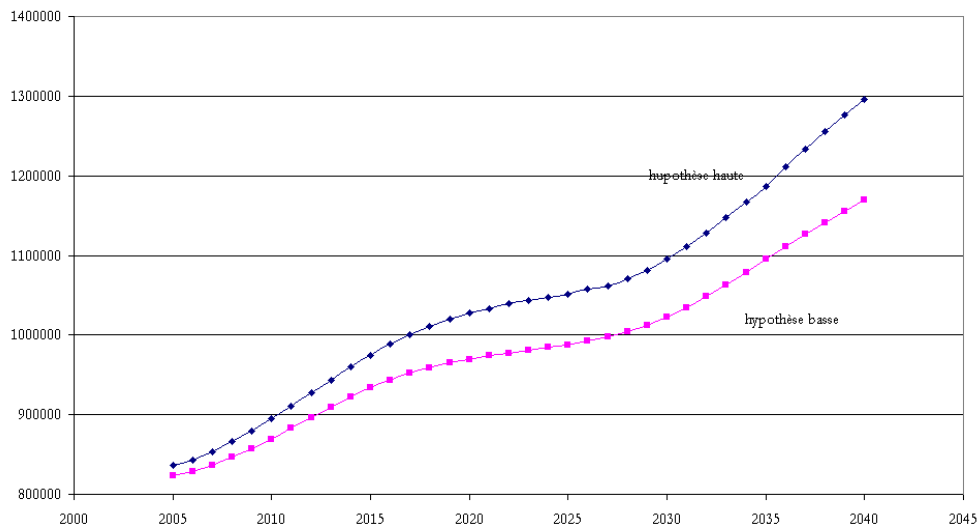
⁵⁷ La DREES et l'INSEE proposent sur ce point d'utiliser deux hypothèses : une hypothèse basse, qui correspond à la stabilité de la durée de vie passée en dépendance ; une hypothèse haute, qui postule une baisse modérée de 1 % par an des taux de prévalence de la dépendance à chaque âge, ce qui aboutit à une augmentation de la durée de vie passée en dépendance.

⁵⁸ Les résultats des projections précédentes se situaient dans des fourchettes de résultats variant selon des rapports allant de 1 à 2 pour la DREES et de 1 à 4 pour l'INSEE. Les nouveaux scénarios aboutissent à des écarts de l'ordre de 30%.

⁵⁹ Le nombre de personnes dépendantes est réduit de 3 % en 2020 et de 9 % en 2040

⁶⁰ Cette référence, qui peut sembler dépassée, est liée au fait que l'évaluation du nombre de personnes dépendantes au sens de l'APA (800 000 personnes), qui croise l'enquête HID et la grille AGGIR date de 2000. On verra ci-dessous que ce point de départ est sérieusement questionné par les tendances de l'APA depuis sa création. Cela signifie notamment que les données des projections sont plus intéressantes en terme de rythme d'évolution qu'en valeur absolue.

Projection PAD actualisée (source DREES 2006)



Source : DREES

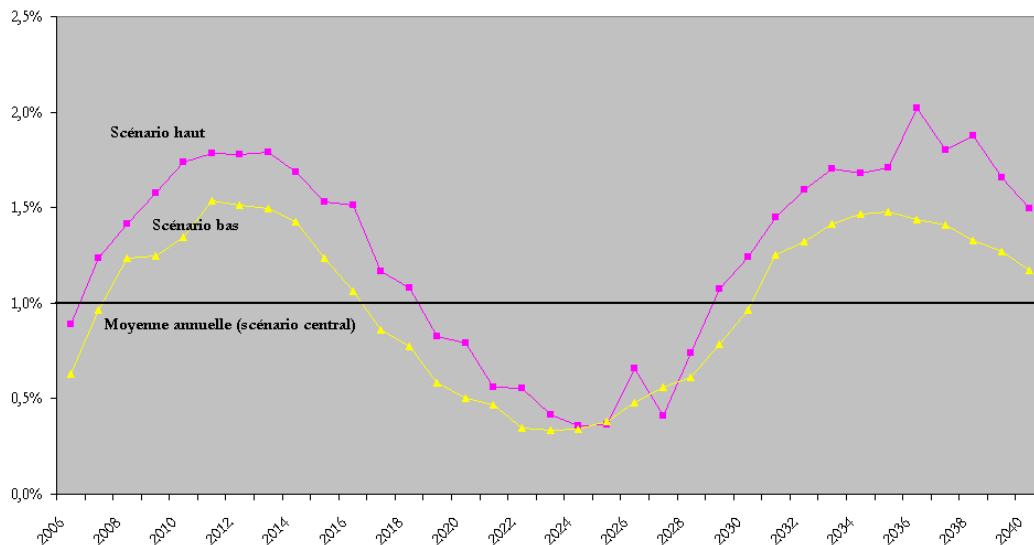
Il semble ainsi que les nouvelles projections, contrairement aux précédentes, remettent en question l'idée d'un rebond du nombre de personnes dépendantes – au sens de l'APA- à partir de l'arrivée au grand âge des générations du baby boom. Elles laissent entrevoir plutôt un décalage dans le temps de ce rebond. Elles reposent en effet sur l'hypothèse d'un retardement progressif de la survenance de la dépendance, qui lissera l'effet du baby boom. Il pourrait conduire aussi à une déformation du profil de la dépendance, qui pourrait être plus lourde et induire un recours plus fréquent aux établissements.

A l'inverse, on constate une première accélération entre 2006 et 2013, après une période de relative modération dans l'évolution du nombre de personnes dépendantes, liée à l'arrivée aux grands âges des générations peu nombreuses de la première guerre mondiale.

Au total, si l'on retient un scénario médian, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait croître de 20 % d'ici 2020 (sur une période de quinze ans) et de 23 % entre 2020 et 2040 (sur une période de vingt ans). En lien avec les hypothèses retenues, la proportion des personnes dépendantes dans la population âgée devrait progressivement se réduire : les personnes dépendantes au sens de l'APA représentent actuellement 17,7% des 75 ans et plus et devraient ne représenter que 13% de cette tranche d'âge en 2040.

Cette évolution devrait être en moyenne de 1% par an jusqu'en 2040. Mais cette évolution sera beaucoup moins linéaire que l'on ne pourrait le croire. Les projections laissent entrevoir deux « bosses » entre 2005 et 2019 et entre 2030 et 2040 et un creux entre 2020 et 2029.

Projection de l'évolution en rythme annuel du nombre de personnes âgées dépendantes -
au sens de l'APA- (source DREES)



Source : DREES

Si l'on suit ces résultats, la progression du nombre des personnes âgées dépendantes sera nettement plus rapide que celle de la population générale jusqu'en 2020 (+ 10,5% entre 2000 et 2020, contre +25% dans un scénario central pour le nombre de personnes dépendantes). La part de la population dépendante dans le total de la population devrait donc légèrement progresser entre les deux dates, passant de 1,4% à 1,5%. Après 2020 et jusqu'en 2040, l'écart s'accroît très nettement du fait de la modération de la progression de la population (+6,2% sur la période), aboutissant à une croissance plus significative de la part des personnes âgées dépendantes, qui pourrait s'établir à 1,8% en 2040.

Enfin, le différentiel de croissance de la population dépendante est plus fort si on le compare à l'évolution de la seule population d'âge actif (les 20-59 ans) dont la croissance devrait être quasi nulle d'ici 2020 (+2,9 % sur l'ensemble de la période 2000 et 2020) et qui devrait même connaître une contraction après (- 0,6% entre 2020 et 2040).

2.2. Une progression de la part de la richesse nationale affectée à la dépendance

Les récents rapports de la Cour des comptes et du Centre d'Analyse Stratégique aboutissent à des évolutions des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance supérieures à celles que les hypothèses démographiques laissent envisager. Ces rapports insistent en effet sur le besoin d'anticiper des chocs autres que les chocs démographiques. Ils sont construits en fonction de scénarios volontaristes sur l'évolution des prises en charge.

2.2.1. La raréfaction des aidants

Aujourd'hui 68% des bénéficiaires de l'APA reçoivent une aide mixte provenant à la fois de leur entourage et de professionnels⁶¹. 7 % ne bénéficient que d'une aide de l'entourage. Un bénéficiaire de l'APA sur quatre ne bénéficie que d'une aide professionnelle.

Cette proportion est appelée à croître dans les prochaines années, avec une réduction du nombre des aidants naturels à partir du début des années 2010, alors que le nombre des personnes dépendantes continuera à augmenter. Selon l'INSEE, on devrait compter en 2040 2,2 aidants pour les hommes et 2 aidants pour les femmes dépendantes, contre aujourd'hui respectivement 2,8 et 2,2.

Cette raréfaction résulte de la conjonction de trois tendances :

- la croissance de l'emploi des femmes des générations postérieures au baby boom ;
- la réduction de la taille moyenne des ménages pour ces générations ;
- l'allongement de l'âge de la fécondité des femmes qui conduira mécaniquement à un rajeunissement des aidants et par conséquent à leur plus faible disponibilité professionnelle.

A côté de cette mécanique démographique, les préférences des ménages évoluent vers davantage d'autonomie intra-familiale, qu'il s'agisse des ménages en situation de dépendance ou des aidants. Alors que 20% des français pensaient en 2000 que la prise en charge de la dépendance relève de la famille, ils ne sont plus que 16% en mai 2005⁶². Alors que 31% des ménages déclaraient en 2000 que si un parent devenait dépendant ils l'accueilleraient chez eux, ils ne sont plus que 26 % en mai 2005.

On peut donc non seulement prévoir une raréfaction des aidants familiaux, mais considérer que les attentes de prise en charge se reporteront au-delà de la sphère familiale sur des acteurs publics ou privés.

Les interventions publiques ne se substituent pas nécessairement, comme on le craint parfois, à celles de la famille, mais viennent les compléter. Elles permettent le plus souvent à la famille de mieux allouer son temps. Les études disponibles tendent à montrer que lors de la mise en œuvre de l'APA le niveau d'aide professionnelle permis par les interventions publiques ne s'est pas traduit par une réduction de l'effort des aidants : pour plus de huit bénéficiaires sur dix la mise en place de l'APA n'a pas modifié l'intensité de l'intervention des proches.

Par contre, la meilleure solvabilisation des interventions professionnelles permet à la famille de se concentrer sur certaines activités : les courses (63% des bénéficiaires de l'APA reçoivent cette aide d'un proche quand l'aide est mixte), la gestion du budget et des démarches administratives (56%), la surveillance et la présence (52%) et enfin la préparation des repas (44%). Les aides prodiguées par les professionnels sont constituées par le ménage (81%), la toilette (61%) et l'habillage (50%). En l'absence de professionnel, l'entourage exerce toutes les fonctions (pour l'habillage, 61% des bénéficiaires de l'APA reçoivent l'aide d'un proche, contre 31% en présence d'un professionnel ; pour la toilette, 67% contre 27% en présence d'un professionnel). Tout se passe comme si les personnes dépendantes souhaitent préserver leur intimité physique à l'égard de la famille et traiter des questions économiques, financières et administratives loin du regard des professionnels.

Il est également intéressant de comparer les rythmes respectifs des aidants et des professionnels. Les bénéficiaires de l'APA déclarent en moyenne être aidés 5h10 par jour lorsqu'ils reçoivent uniquement l'aide de leur entourage, voire 8h30 quand cet entourage est le conjoint, alors qu'ils déclarent seulement recevoir (1h50) d'aide d'un professionnel, lorsque l'entourage est absent. Les familles n'ont pas la même conception du temps passé avec leur proche qu'avec les professionnels.

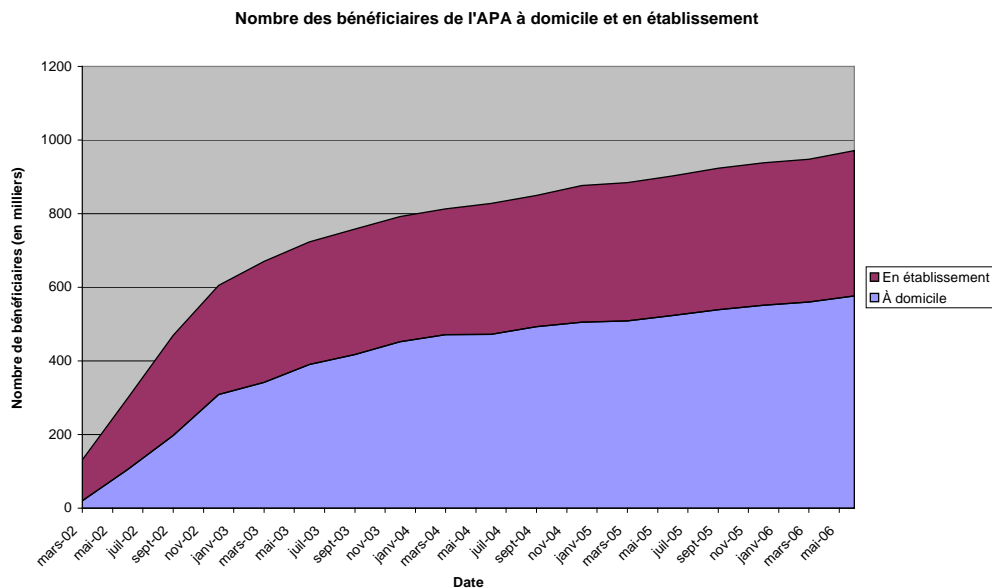
⁶¹ S Petite, A Weber, « Les effets de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », DREES, *Etudes et résultats*, n°459, janv 2006

⁶² Source baromètre DREES

La réduction du nombre des aidants n'implique pas mécaniquement un besoin supplémentaire d'heures financées par l'APA. Il reste que se pose avec acuité la question des politiques à conduire pour permettre aux membres de la famille de concilier le soutien à un proche dépendant avec leurs activités professionnelles ou avec la nécessité de préserver leur propre état de santé et celles des personnes isolées.

2.2.2. Les hypothèses sur l'évolution des prises en charge

60% des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) vivent à domicile et 40% en établissement⁶³.



Source : DREES

Cette évolution répond à une aspiration sociale croissante, qui s'exprime dans toutes les démocraties développées. Selon le baromètre de la DREES, 56 % des français considéraient en mai 2005 que le fait de vivre dans un établissement pour personnes âgées était quelque chose d'inenvisageable ; ils n'étaient que 50% en mai 2001.

L'arbitrage entre prise en charge en établissement et prise en charge à domicile est souvent abordé de façon simple, voire simpliste. Le coût global d'une prise en charge à domicile est généralement considéré comme moins élevé que celui d'une prise en charge en établissement, qui implique des coûts de résidence (restauration, blanchissage, maintenance, administration) qui ne sont pas supportés à domicile. Une meilleure solvabilisation des interventions à domicile serait ainsi non seulement plus conforme aux aspirations individuelles, mais gagnante pour la collectivité.

En fait, l'institutionnalisation résulte de la combinaison d'un grand nombre de facteurs qui tiennent à la fois aux besoins d'aide de la personne, à son état de santé, à ses relations familiales⁶⁴, à ses revenus, à son statut à l'égard du logement (locataire ou propriétaire), à la proximité géographique des services, au profil de l'établissement, voire aux pures préférences individuelles... Pour la collectivité, l'arbitrage financier n'est non plus pas aussi simple qu'il y paraît. Comme le montre une étude exploratoire de la CNSA, il est hâtif de

⁶³ DREES, *Etudes et Résultats* n° 459 et 503

⁶⁴ Voir par exemple, D Somme, « Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution », DREES, *Dossiers Solidarité et santé*, n°1, 2003, p 35s

conclure que la prise en charge en EHPAD des personnes âgées dépendantes est systématiquement plus coûteuse à la collectivité publique ; au contraire, dans la grande majorité des départements, pour les GIR les plus lourds (1 à 3), la création d'une place en EHPAD est en moyenne moins coûteuse pour la collectivité publique qu'une prise en charge à domicile.

Une approche binaire de l'arbitrage entre prise en charge à domicile et en établissement est réductrice puisque la perspective se dessine d'un continuum de prises en charge diversifiées.

Le libre choix est ainsi difficile à garantir abstraitement et doit être construit par les acteurs locaux, qui sont, dès lors qu'ils bénéficient de l'information, les mieux placés pour articuler localement les déterminants de la demande et de l'offre de services.

Au niveau national, le barème de l'APA et les financements de l'assurance maladie sur les forfaits soins et les SSIAD sont des leviers pour soutenir la préférence exprimée pour le maintien à domicile. Par exemple, certains pays étrangers comme l'Allemagne ont pris explicitement le parti de réduire le montant de l'aide accordée en établissement pour soutenir davantage l'aide allouée à domicile. Ce type de politique par redéploiement des moyens des établissements vers le domicile pose problème dans la mesure où les établissements accueillent généralement des catégories plus modestes de résidents.

La projection nationale des coûts de prise en charge de la dépendance ne peut donc être réalisée sans un scénario cible sur le partage des prises en charge entre domicile et établissements, impliquant des arbitrages complexes. Ces arbitrages qui sont d'ordre politique impliquent le plus large consensus pour s'inscrire dans la durée.

Les travaux du Centre d'Analyse Stratégique ont posé les bases d'une orientation volontariste de promotion des interventions à domicile, passant par quatre types d'intervention :

- la restructuration et la diversification du parc d'établissements, stabilisé à son niveau de 2010 ;
- un recentrage de l'offre des établissements sur les plus dépendants, associée à un renforcement des taux d'encadrement ;
- le développement soutenu des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- la croissance très significative du volume des aides à domicile, notamment pour les personnes isolées.

Les évaluations du centre montrent que ce scénario du libre choix devrait représenter, pour la collectivité publique comme pour les familles, un effort annuel supplémentaire d'environ 0,2 point de PIB en 2010, 0,3 point en 2015 et 0,5 point de PIB d'ici 2025.

Poids des dépenses publiques et privées en faveur de l'autonomie des personnes âgées dépendantes dans le PIB

	2005	2010	2015	2025
Hypothèse basse	0,94 %	1,11 %	1,20 %	1,47 %
Hypothèse haute	0,94 %	1,17 %	1,29 %	1,55 %

Source : Conseil d'Analyse Stratégique (projections PIB, Commission européenne)

❖ Les orientations volontaristes du Plan Solidarité Grand Age

L'orientation volontariste est celle qu'ont prise les pouvoirs publics avec le Plan de solidarité grand âge. Ce plan fixe en effet les caps suivants, inspirés du rapport du CAS, pour la période 2007-2012 :

- de créer chaque année près de 6000 places de SSIAD jusqu'en 2010 et 7500 places supplémentaires après 2010 ;
- de créer chaque année 1100 places d'hébergement temporaire et 2500 places d'accueil de jour ;

- de revaloriser les tarifs de services de soins infirmiers à domicile ;
- de créer chaque année 5000 places en établissement.

Le plan gouvernemental est même plus volontariste que le scénario du CAS puisqu'il prévoit d'accroître les ratios d'encadrement en établissement pour atteindre d'ici 2012 un niveau cible d'un professionnel pour un résident dans les maisons de retraite qui accueillent les personnes les plus dépendantes.

L'orientation aujourd'hui retenue par les pouvoirs publics en faveur du maintien à domicile est donc ambitieuse, son coût pour les finances publiques est important. Les évaluations que l'on peut en faire sont très sensibles aux hypothèses sur les conditions de montée en charge des ratios d'encadrement. Le Plan Solidarité Grand Age devrait ainsi représenter entre 400 et 800 M euros (en valeur 2005) de dépenses supplémentaires par an, pendant les cinq prochaines années. Cet effort sera intégralement supporté par l'assurance maladie et la CNSA. Il représente entre un dixième et un cinquième de l'enveloppe de l'ONDAM médico-social consacrée aux personnes âgées.

Ce plan volontariste prévoit jusqu'en 2012 une promotion importante des prises en charge à domicile et une montée en gamme des prises en charge en établissement. Il fait ainsi le pari d'une concentration des prises en charge en établissement sur les personnes les plus dépendantes. La compatibilité de ce pari devra être assurée avec trois évolutions :

- la première est la tendance à l'accroissement prévisible de l'âge moyen de la dépendance⁶⁵ dont on estime mal les effets sur le niveau de recours aux services en établissement ; on peut en effet se demander si les projections du nombre de personnes dépendantes, qui raisonnent en croissance moyenne, ne masquent pas un alourdissement moyen de la dépendance qui pourrait être peu compatible avec un scénario qui n'accompagne pas la croissance du nombre des personnes dépendantes⁶⁶ par une croissance à due concurrence du parc d'établissements⁶⁷. Les tensions sur l'accès aux établissements pourraient être particulièrement sensibles dans la période 2007-2012 marquée par la première « bosse » dans l'évolution des effectifs des personnes dépendantes ;
- la deuxième est liée aux orientations données à la politique de restructuration hospitalière, en cours de définition dans la cadre du plan Hôpital 2012, dont les grandes orientations ont été communiquées en février 2007. A cet égard, l'évolution du parc des établissements doit être pensée en relation avec la politique visant à reconvertir les lits de court séjour en lits de long séjour ou d'EHPAD, ainsi qu'avec l'évolution des Unités de Soins de Longue Durée (USLD). Elle met également en jeu la capacité des pouvoirs publics à construire des filières gériatriques, associant les EHPAD aux établissements de santé. Les contours de ces filières ont été dressés dans le rapport Jeandel, Pfitzenmeyer, Vigouroux, sur la gériatrie⁶⁸. Elle pose enfin la question des modalités de restructuration des lits de chirurgie envisagée dans le rapport Vallancien sur la chirurgie⁶⁹, sachant que la fermeture d'un lit de chirurgie finance en moyenne entre 8 et 10 lits en EHPAD ;

⁶⁵ Passant, dans le scénario central de l'INSEE, de 78,5 à 84,5 ans pour les hommes et de 83 à 88 ans pour les femmes entre 2000 et 2040 ; la hausse de l'espérance de vie prévue est de 3 ans entre ces deux dates.

⁶⁶ Sur le seul champ des bénéficiaires de l'APA, qui représentent à peu près la moitié des effectifs accueillis en EHPAD (375000 personnes en 2006 sur un effectif évalué en 2003 à 640000), et en supposant que les projections démographiques sont respectées, on peut prévoir une augmentation, selon un scénario médian, de 10 000 personnes en 2006 puis une accélération jusqu'à +16000 par an en 2012. On verra (cf 32) que ces progressions doivent être considérées comme une fourchette basse. Elles correspondraient en effet à un très net ralentissement du nombre de bénéficiaires de l'APA qui semble aujourd'hui peu crédible.

⁶⁷ On a vu que le PSGA prévoit 5000 places supplémentaires par an. Compte tenu des évaluations précédentes (note 47), même si on suppose que toutes les places nouvelles bénéficient à des allocataires de l'APA (ce qui semble très volontariste) le maintien du taux de recours actuel aux établissements des bénéficiaires de l'APA (40,6%) aurait impliqué de passer progressivement à 10 000 créations nettes de places en 2012

⁶⁸ Claude Jeandel, P Pfitzenmeyer, P Vigouroux, *Un programme pour la gériatrie*, août 2006

⁶⁹ G Vallancien, *L'avenir de la chirurgie*, 2006. Le 18 janvier 2006, le Ministre de la santé et des solidarités a ainsi affirmé devant le conseil national de la chirurgie sa volonté d'accompagner les restructurations menées en développant les lits de long séjour.

- enfin, cette évolution doit être pensée en relation avec celle des prises en charge particulières des démences sévères, dues notamment à la maladie d'Alzheimer, pour lesquelles le recours aux établissements est le plus souvent requis.

Une stratégie d'évolution des prises en charge telle que celle fixée dans le plan solidarité grand âge a donc vocation à être régulièrement remise en perspective. Plutôt que des choix figés, elle fixe un cap.

2.2.3. Des projections extrêmement sensibles à l'évolution des coûts des personnels

Les évolutions démographiques (1% par an) pourraient n'expliquer qu'un tiers de la progression de la dépense nette de l'inflation. L'essentiel de la croissance des coûts trouve sa source dans la nécessité de résorber les insuffisances du système actuel de prise en charge et dans les nouvelles orientations données entre prise en charge à domicile et en établissement. La progression des coûts sera déterminée par la croissance des coûts de personnel.

Les estimations de la croissance des coûts de la Cour des comptes et du Centre d'Analyse Stratégique sont très sensibles aux estimations de l'évolution des coûts des personnels. C'est peu étonnant dans la mesure où :

- 92% des sommes allouées dans le cadre des plans d'aide de l'APA financent des aides en personnel⁷⁰ ;
- les coûts de personnel représentent 93% du forfait soins et sans doute plus de 90% du tarif dépendance des EHPAD ;
- ces mêmes coûts représentent aussi 80% des coûts des SSIAD.

Ainsi, dans le scénario du Centre d'Analyse Stratégique, les coûts de personnel représentent 85% des coûts de prise en charge de la dépendance.

A l'exception des actes infirmiers ou de kinésithérapie, ces coûts relèvent le plus souvent de mécanismes de prix, sur lesquels les régulateurs nationaux et locaux n'ont aujourd'hui que peu de marge de manœuvre, notamment parce que la rémunération des personnels relève le plus souvent de conventions collectives⁷¹. Le tableau ci-dessous montre que, le plus souvent, ces coûts financent des professionnels de l'aide à domicile, qui relèvent d'un accord paritaire du 29 mars 2002⁷².

Taux de recours aux professionnels selon le degré de dépendance des bénéficiaires de l'APA (%)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Service de portage des repas	4	4	6	7	6
Aide soignante	21	19	15	5	12
Kinésithérapeute	39	31	22	12	21
Infirmier, service de soins infirmier	62	59	54	35	47
Aide ménagère, aide à domicile, Auxiliaire de vie sociale	81	82	87	89	86

Source : Drees, enquête auprès des bénéficiaires de l'APA, 2003

⁷⁰ A Weber, l'APA, trois ans après sa création, in INSEE, *Données sociales*, 2006

⁷¹ Comme le note le CAS, « Au sein des établissements, on peut considérer que la moitié des ETP des catégories examinées relève de la fonction publique, territoriale ou hospitalière, et près de 4 % sont des contrats aidés. A domicile, le poids du public est plus faible, un peu moins de 20 %, essentiellement dans les CCAS. Par ailleurs, 7 % des heures à domicile relèvent d'un exercice libéral (infirmières). »

⁷² Pour cet accord par lequel les six grandes associations de l'aide à domicile (ADESSA, FNAAFP/CSF, FNAID, ADMR, UNASSAD, UNACCSS) ont procédé à une classification et à une revalorisation des différents métiers du secteur. L'impact financier de cet accord pour la prise en charge des personnes âgées est très significatif. Les aides à domicile non diplômées voient leurs rémunérations revalorisées de 15 %, les aides titulaires du DEAVS de 42 %, les aides-soignants de 14 % et les infirmiers de 9 %.

Les projections du centre tablent sur un triplement des coûts de personnel totaux dans le champ de la prise en charge à domicile entre 2005 et 2025 (soit une augmentation moyenne de 5,8% par an) et un doublement en établissement (soit une augmentation moyenne de 3,7% par an). L'essentiel de cette progression est lié à la croissance des effectifs, notamment pour l'aide à domicile⁷³.

Le rapport du Centre d'Analyse Stratégique estime qu'entre 2005 et 2015, 350 000 postes seront au minimum à pourvoir dans les métiers de la prise en charge des personnes âgées. Ces besoins concerneront tous les métiers, mais devraient être particulièrement concentrés sur des professions sous tensions (aides soignantes, infirmières, aides à domicile).

Ces besoins en personnel très importants risquent de s'entrechoquer avec les besoins concurrents des autres secteurs de l'aide à domicile et de la santé. Le secteur de la prise en charge des personnes âgées est en effet déjà un secteur en tension. 15% des bénéficiaires de l'APA déclarent rencontrer des difficultés pour recruter une aide à domicile⁷⁴. Par ailleurs, les professionnels qualifiés sont rares : en 1999, la moitié des aides à domicile n'avaient aucune formation pour l'exercice de cette profession.

La nécessité de développer l'attractivité des métiers de la prise en charge des personnes âgées peut peser sur les salaires et conduire à une croissance des coûts bien supérieure à celle prévue par le Centre d'Analyse Stratégique. Cette tendance s'observe déjà sur la période récente avec :

- la création par le décret du 26 mars 2002 du diplôme d'Etat d'auxiliaire de la vie sociale (DEAVS) ;
- l'accord paritaire du 29 mars 2002 ;
- le décollage des procédures de validation des acquis de l'expérience⁷⁵.

Ces trois évolutions ont très significativement amélioré la qualité des emplois dans le secteur et le niveau des qualifications. Elles ont aussi pesé sur les coûts des prises en charge et se sont traduites pour une large partie en perte de pouvoir d'achat de l'APA, dont les plafonds n'ont pas été revalorisés à due concurrence.

Cette évolution a été pour partie compensée par les exonérations de cotisations sociales, qui profitent au secteur de l'aide aux personnes âgées, notamment dans le cadre du chèque emploi service universel.

Au total, il faut insister sur trois points.

- La croissance des besoins en personnel dans le secteur de l'aide à domicile ne peut intégralement se traduire par une politique d'attractivité des métiers, sans peser fortement sur les coûts du secteur ; à cet égard, le scénario du Centre d'Analyse Stratégique doit être considéré comme un scénario équilibré ; pour y parvenir, il faut se donner les moyens d'éviter les surqualifications ;
- la croissance de l'emploi dans le secteur de l'aide aux personnes pourrait avoir, comme cela est souvent avancé, un effet positif en retour sur les finances sociales, notamment sur le produit de la cotisation sociale généralisée (CSG) et des cotisations sociales.
- les paramètres qui vont déterminer l'essentiel de la croissance des coûts dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées ne sont pas propres au secteur considéré et relèvent des décisions de politiques de l'emploi : les conventions collectives du secteur de l'aide à domicile, le niveau du SMIC⁷⁶, les politiques d'exonérations de charges sociales et de contrats aidés, de développement de la formation professionnelle. Ce point est essentiel : la gestion du risque dépendance est privée des principaux paramètres de l'évolution de la dépense.

⁷³ L'hypothèse retenue est une croissance des coûts salariaux unitaires de 1,7% par an, qui peut sembler relativement prudente.

⁷⁴ A Weber, *op cit*

⁷⁵ T Audigé, D Vilchien, J Debeaupuis, *La validation des acquis de l'expérience*, IGAS, 2005

⁷⁶ Ce point est important notamment parce que, comme le note la Cour des comptes, le salaire minimum de la branche est, après l'augmentation du SMIC au 1er juillet 2004 inférieur aux garanties mensuelles de rémunération. Les hausses du SMIC se traduisent donc immédiatement en hausse de rémunération pour les professionnels concernés.

RESUME

- *La croissance du nombre de personnes âgées dépendantes devrait être de 1% par an en moyenne jusqu'en 2040. Sur la base des dernières projections démographiques de l'INSEE, on peut prévoir que cette croissance connaîtra deux accélérations entre 2005 et 2020 (avec l'arrivée aux grands âges des générations des années 1920) et entre 2030 et 2040 (date de l'arrivée aux grands âges des générations du baby boom), et une décélération entre 2020 et 2030.*
- *Les projections sont sujettes à une relative indétermination liée aux hypothèses épidémiologiques qui les sous-tendent. L'épidémiologie des démences est notamment une source d'incertitude importante. Dans tous les cas, l'importance des déterminants sanitaires de la dépendance souligne l'efficacité d'actions de prévention.*
- *La croissance des dépenses dans le champ de la dépendance relève dans ces conditions plus de choix sur les stratégies de prise en charge et l'évolution des niveaux d'encadrement, que de la contrainte démographique. Le scénario proposé, qui est volontariste, a été retenu par les pouvoirs publics dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age, avec la promotion des prises en charge à domicile, un renforcement de l'aide fournie aux personnes isolées et de croissance des niveaux d'encadrement en établissement. Cette orientation a vocation à être régulièrement réexaminée, en lien notamment avec les politiques de restructuration hospitalière et de prise en charge de la maladie d'Alzheimer.*
- *La dépense de personnel est au cœur des coûts supplémentaires prévisibles (85% des coûts). Cela signifie que le financement de la dépendance est fortement lié à l'évolution des politiques de l'emploi, du niveau du salaire minimum et de résorption des tensions sur les métiers en pénurie. Il s'agit de trouver la voie pour répondre à une double exigence : éviter la surqualification des interventions, qui ferait croître les coûts de prise en charge au delà du scénario de référence et pourrait constituer un frein à l'insertion des chômeurs les moins qualifiés ; accompagner les carrières en construisant des parcours qualifiants et garantir l'attractivité des métiers dans un contexte de pénurie. La politique de conventionnement a un rôle à jouer pour mener cet effort de régulation.*

CHAPITRE III : LES PROBLEMATIQUES DANS LA COUVERTURE DES COUTS

3.1. Les questions de répartition entre financeurs publics

3.1.1. La répartition entre financeurs à paramètres inchangés

❖ La complexité des circuits de financement

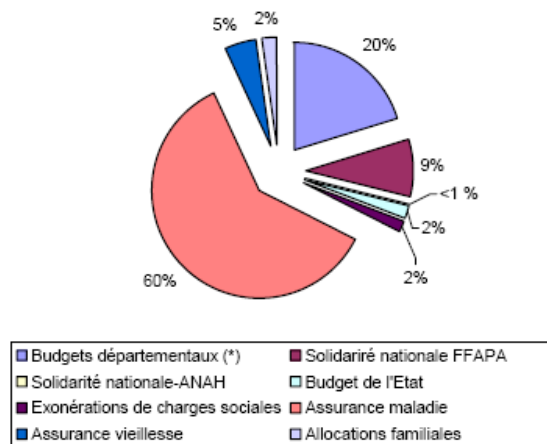
Les développements ci-dessous n'ont pas pour objet de décrire de façon exhaustive l'ensemble des interventions publiques à destination des personnes âgées dépendantes et leur mode de financement. Il convient de se reporter au travail exhaustif et récent de la Cour des comptes⁷⁷, qui a mis notamment en évidence :

- la complexité des circuits de financement, liée notamment au fait qu'une grande part des dépenses n'est pas précisément destinée au financement de la prise en charge de la dépendance ;
- le poids prépondérant de l'assurance maladie dans les financements ;
- les difficultés de financement posées aux conseils généraux par le transfert de l'APA ;
- l'importance des restes à charge, notamment pour les plus bas revenus.

Depuis les travaux de la Cour des comptes, la création de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle au prélèvement social sur les revenus du patrimoine a accru cette complexité. La CSA, dont le produit annuel est de 2 Mds euros, est recouvrée par l'ACOSS pour l'assiette des revenus d'activité et par la DGI pour l'assiette patrimoine et placement. Elle est prélevée pour le compte de la CNSA, qui l'affecte à chacune de ses sections, lesquelles correspondent pour partie au concours APA versé aux départements et aux dépenses médico-sociales.

Si l'on retient le périmètre large de dépenses défini par la Cour des comptes, le financement public de la dépendance reposait en 2003 très largement sur l'assurance maladie, qui en supportait la plus grande part (60%), sur les budgets départementaux (20%), l'Etat et l'ex Fonds de Financement de l'APA (FFAPA) (11%), auxquels s'ajoutent des contributions moins importantes des allocations familiales, de l'ANAH et de l'assurance vieillesse.

Répartition des dépenses par type de financement



⁷⁷ Cour des comptes, *op cit*, p 129s

Source : Cour des comptes

Toujours selon la Cour des comptes, en 2003, un tiers (37%) des dépenses publiques était financé par des cotisations sociales, essentiellement celles affectées à l'assurance maladie, pour un montant équivalent à un point de cotisations sociales ; 33% étaient financés par la CSG ; 13% des dépenses étaient supportées par la fiscalité d'Etat et seulement 12% par les ressources propres des collectivités locales (cf annexe). En 2004, la création de la CSA et la hausse de la CSG sur les revenus de remplacement devraient avoir augmenté la part respective des cotisations sociales et de la CSG dans cette structure de financement.

❖ Les problèmes de frontière entre l'APA et l'assurance maladie

La ligne de partage entre l'assurance maladie et l'APA est très imprécise à domicile, où l'APA peut participer au financement de tout bien ou service non pris en charge par l'assurance maladie⁷⁸. Au contraire, elle est définie de façon très précise en établissement⁷⁹.

Dans les deux cas, la frontière est en pratique incertaine. Cinq sujets ont particulièrement retenu l'attention des expertises récentes.

- Le premier concerne la pertinence de la répartition des dépenses entre sections au sein du budget des EHPAD : par exemple, les raisons qui conduisent à imputer 30% du coût d'une aide soignante sur la section dépendance et pour le reste sur la section soins n'apparaissent pas clairement. Comme en attestent de nombreux professionnels, la définition des règles de partage entre APA et assurance maladie laisse des marges importantes d'incertitude.
- Au fur et à mesure que se médicalisent les EHPAD, la distinction entre ces établissements et les Unités de Soins de Longue Durée devient plus ténue. La reclassification des unités initiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 42) pourrait clarifier la situation à cet égard.
- Le financement par la seule assurance maladie des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pose également problème : dans la mesure où 85 % des interventions effectuées par les SSIAD en 2002 correspondaient à des « aides à l'accomplissement des actes essentiels de la vie », et où 96 % des patients en SSIAD étaient classés en GIR 1 à 4, on peut penser que leur activité relève principalement de la compensation de la dépendance et aurait vocation à être financée en tout ou partie par l'APA. Le rapport de la Cour des comptes a ainsi souhaité que soit « étudiées les modalités du regroupement sous une autorité tarifaire unique du financement de l'ensemble des structures intervenant au domicile des personnes âgées en GIR 1-4 (SSIAD et services d'aide à domicile) ».
- L'activité des infirmières libérales et kinésithérapeutes correspond sans doute pour une part significative à des actes de compensation. Il est techniquement impossible d'identifier ces actes dans la nomenclature

⁷⁸ Article L232-3 CASF indique que « Lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée à une personne résidant à domicile, elle est affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale. » Le texte réglementaire d'application est tout aussi ouvert puisque l'article R232-8 CASF prévoit : « Ces dépenses s'entendent notamment de la rémunération de l'intervenant à domicile, du règlement des frais d'accueil temporaire, avec ou sans hébergement, dans des établissements ou services autorisés à cet effet, du règlement des services rendus par les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 ainsi que des dépenses de transport, d'aides techniques, d'adaptation du logement et de toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire. »

⁷⁹ Article L232-8 CASF : « Lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée à une personne hébergée dans un établissement visé à l'article L. 313-12, elle est égale au montant des dépenses correspondant à son degré de perte d'autonomie dans le tarif de l'établissement afférent à la dépendance, diminué d'une participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie. » Le contenu du tarif dépendance est défini de façon très détaillée à l'article D232-21 : « 1a) La rémunération et les charges sociales et fiscales y afférentes des auxiliaires de vie et des auxiliaires de gériatrie, des psychologues, des maîtresses de maison ainsi que des aides-soignants et des aides médico-psychologiques ;

b) Par dérogation au a ci-dessus, dans les structures mentionnées à l'article D. 313-20, la rémunération et les charges sociales et fiscales y afférentes des auxiliaires de vie et des auxiliaires de gériatrie, des psychologues, des maîtresses de maison ainsi que 30 % de la rémunération et des charges sociales et fiscales y afférentes des aides-soignants et des aides médico-psychologiques ;

2° 30 P. 100 des rémunérations et les charges sociales et fiscales y afférentes des agents de service et des veilleurs de nuit ;

3° Les couches, alèses et produits absorbants.

Les tarifs afférents à la dépendance sont calculés, d'une part, en prenant en compte le niveau de dépendance de chaque résident de l'établissement, et, d'autre part, en appliquant aux charges définies aux 1°, 2° et 3° les formules de calcul précisées au b et au c de l'annexe 3-1

actuelle. La Cour des comptes a estimé en 2003 à 1,12 Mds euros le montant des soins infirmiers libéraux, dont deux tiers sont des actes infirmiers de soins (AIS) réalisés pour des personnes dépendantes.

- De même, le partage est peu clair au sein des aides techniques entre les aides relevant à l'évidence de la compensation de la perte d'autonomie⁸⁰ et celles qui peuvent être liées aux soins sanitaires. La Cour des comptes a estimé à 239 M euros les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursés à des personnes âgées dépendantes.

Enfin, l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a introduit la possibilité du financement par l'assurance maladie des intérêts d'emprunt « *en vue de faciliter des investissements immobiliers* » des établissements conventionnés et habilités à l'aide sociale. Si cette disposition vise à éviter que le développement des investissements dans le secteur pèse trop lourdement sur les restes à charge, elle ne contribue pas à clarifier le positionnement de l'assurance maladie en matière de dépendance.

Même si la frontière entre compensation de la dépendance et assurance maladie ne pourra jamais être définie avec précision et qu'une certaine porosité ne présente pas d'inconvénients encore convient-il, au fur à mesure que se construit un système cohérent de prise en charge de la dépendance, de clarifier les sources de financement afin d'éviter des transferts entre enveloppes destinés à pallier les insuffisances de financement.

Le Plan Solidarité Grand Age avait prévu d'expérimenter avec quelques départements volontaires une gestion départementale de l'ensemble des budgets relatifs à la prise en charge des personnes âgées. Il s'agissait notamment de tester le transfert pour 2007 aux conseils généraux de création de places médicalisées dans les maisons de retraite et des services de soins à domicile, qui relève de l'Etat avec des financements de l'assurance maladie. Cette orientation qui impliquait une intervention législative n'a finalement pas été retenue au moment du vote de la loi de financement de la sécurité sociale.

❖ Les ambiguïtés de l'intervention de la CNSA sur les budgets d'assurance maladie

La CNSA a été créée par la loi du 30 juin 2004. Elle est financée par :

- la contribution de solidarité pour l'autonomie –CSA- : 0,3 % sur les revenus salariaux au titre de la suppression du jour férié, ainsi qu'un prélèvement équivalent sur les revenus de placements et du patrimoine ;
- une part de la recette de la CSG (0,1 point antérieurement) ;
- une contribution des régimes d'assurance vieillesse.

Par ailleurs, la CNSA dispose depuis 2006 de crédits de l'assurance maladie retracés par l'ONDAM médico-social voté. Ces crédits, qui lui sont versés après le vote de la loi de financement de la sécurité sociale, couvrent notamment les dépenses destinées aux EHPAD (forfaits soins), SSIAD et places d'accueil temporaire. La caisse y apporte une contribution correspondant à une part de la CSA (1 Mds euros en prévision 2007). Elle opère la répartition de ces crédits entre enveloppes (handicap et personnes âgées) et au niveau régional.

Cette procédure offre également un supplément de compétence technique dans le pilotage national des crédits de l'ONDAM médico-social. En principe, elle doit permettre à la caisse de réaliser, au sein du budget de l'assurance maladie, des arbitrages financiers entre différentes stratégies de prises en charge. En pratique, elle comporte néanmoins beaucoup d'ambiguïtés. Le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) montre à cet égard que la compétence de répartition des crédits de l'ONDAM médico-social entre différentes formes de services et établissements, continue de relever de la prérogative ministérielle.

⁸⁰ On peut relever notamment les cannes, certains matériels à usage unique (comme les couches), les rampe murales dans les WC, les fauteuils roulants, les robinets, les dispositifs électriques pour ouvrir ou fermer les portes, les déambulateurs, les sièges dans la baignoire, la télé-alarme...

L'article L.14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ne fait pas référence à une « délégation » de l'assurance maladie mais à une « contribution ». Les dépenses de la CNSA y sont présentées comme des charges. En principe l'intervention de la CNSA ne se réduit donc pas simplement à celle d'un compte « miroir » de l'assurance maladie, mais se traduit par des flux financiers, issus de l'assurance maladie, transitant par le budget de la caisse et affectés aux caisses primaires payeurs en dernier ressort des établissements et SSIAD. Ce circuit doit conduire à ce que la CNSA supporte, dans ses comptes, les dépassements ou bénéficie des économies réalisées sur ce budget. Pour le budget de l'assurance maladie, cette procédure est neutre comptablement. En cas de dépassements, le déficit doit être financé par la CNSA, mais, dans la mesure où la CNSA n'a pas l'autorisation d'emprunter, si la CNSA ne trouve pas les moyens de financer sur ses autres recettes (redéploiement entre section), c'est l'assurance maladie qui fait l'avance de trésorerie. Par contre, en cas d'excédent, la CNSA peut ajuster à la baisse le versement de la CSA aux régimes d'assurance maladie et en réaffecter ces sommes à d'autres sections (sous réserve d'une autorisation réglementaire). Dans les deux cas, le résultat comptable de l'assurance maladie n'est pas affecté.

Le souci de garantir une étanchéité de principe entre assurance maladie et compensation de la dépendance a conduit à une segmentation du budget de la CNSA. Le budget de la Caisse est divisé en sections. Le contenu de ces sections a déjà beaucoup évolué depuis la loi du 30 juin 2004. Il est aujourd'hui le suivant :

- la section I retrace le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux, avec deux sous sections : personnes handicapées et personnes âgées. Cette section n'est que pour partie financée sur des ressources propres à la caisse et est principalement abondée par une « contribution » de l'assurance maladie ;
- la section II retrace les concours versés aux départements pour l'APA (1 450 millions euros en prévision 2007) : cette section est financée par les recettes traditionnelles du FFAPA (une partie du produit du 0,1 point de CSG et la contribution des caisses de retraite) et par la CSA (20% de son produit) ;
- la section III retrace le concours de la Caisse aux départements au titre de la prestation de compensation du handicap (502 millions euros) et des maisons départementales des personnes handicapées. Elle est financée par une fraction de la CSA comprise entre 26 et 30% ;
- la section IV retrace les financements en faveur des actions innovantes et de la professionnalisation ; elle est financée par une part de la CSG non affectée à la II^o section ;
- une section V finance les « autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie » : cette section doit profiter des excédents dégagés fin 2005 sur les deux premières sections pour financer des opérations d'investissement et d'équipement destinées à la mise aux normes techniques et la modernisation des locaux des établissements accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- la section VI correspond aux frais de gestion de la CNSA.

Cette segmentation, fixée par la loi, est un gage de transparence mais peut être une source de complexité dans la gestion des dépenses de la CNSA. Elle empêche les redéploiements entre sections en cours d'année, mais aussi d'une année sur l'autre : les excédents engrangés par une section sont ainsi réaffectés à cette section, sauf dérogation réglementaire. Par exemple, la sous consommation prévisible des dépenses budgétées pour la Prestation de Compensation du Handicap n'est pas immédiatement mobilisable.

3.1.2. Les évaluations du Centre d'Analyse Stratégique

Le périmètre retenu par le Centre, qui s'est centré sur les coûts de personnel en incluant les dépenses des ménages, y compris celles relatives à l'hébergement, exclut les dépenses d'investissement, les coûts des actes de soins en AIS et les dépenses des autres soins de ville et correspond à 85% du total des dépenses de prise en charge de la dépendance.

**Projections des coûts de personnel Centre d'analyse stratégique et répartition entre financeur
(en M euros 2005, Centre d'Analyse Stratégique)**

En euros 2005	2005	2025	Progression totale (hors inflation)	Progression moyenne annuelle (hors inflation)	Différentiel avec la croissance spontanée prévisible des recettes	Croissance per capita (pour les ménages)
Assurance maladie	5398	12913	139%	4,4%	2,2%	
APA nettes de compensation	2369	6518	175%	5,2%	3,0%	
CNSA	1332	3367	153%	4,7%	2,5%	
Total public	9099	22798	151%	4,7%	2,5%	
Usagers	4411	7519	70%	2,7%		1,7%
TOTAL	13510	30317	124%	4,1%	1,9%	

Source : Centre d'Analyse Stratégique, calculs de la mission

Note technique : On fait l'hypothèse que les recettes publiques progressent comme le PIB (2,25% en volume) et on retient une évolution de la pension moyenne nette de 1,1% par an (sur la base du scénario du COR). On considère que le niveau de revenu des ménages retraités évolue comme le niveau des pensions

La répartition actuelle des financements correspond à la clé de répartition établie par la Cour des comptes (60% pour l'assurance maladie, 25% pour les départements, 12% pour la compensation CNSA). Pour projeter cette répartition, le centre formule des hypothèses volontaristes :

- la progression du reste à charge des ménages est contenue à domicile : les dépenses d'aide sont réparties à 85 % sur l'APA et à 15 % sur les usagers ; les dépenses de soins (SSIAD et IDE) sont prises en charge par l'assurance maladie ;
- en établissement, le CAS suppose que les dépenses des personnels d'animation ne sont pas intégralement supportées par les ménages (comme actuellement, via le tarif hébergement) et sont réparties entre l'assurance maladie (70%), APA (21 %) et usagers 9 %. Le champ du tarif hébergement serait ainsi fortement réduit ;
- s'agissant de l'APA, la répartition du financement entre les départements (64 %) et la compensation par la CNSA (36 %) est maintenue à son niveau actuel.

Projections des coûts de personnel du Centre d'Analyse Stratégique : répartition entre financeurs

En %	Part dans le financement en 2005	Part dans le financement en 2025
Assurance maladie	40%	43%
APA nettes de compensation	18%	21%
CNSA	10%	11%
Total public	77%	75%
Usagers	33%	25%

Source : Centre d'Analyse Stratégique

Compte tenu de ces hypothèses volontaristes, le scénario du CAS se traduit par une réduction de la part des ménages dans le financement de la dépendance : elle passerait d'un tiers du total des dépenses à un niveau de un quart. Parallèlement la dépense d'assurance maladie verrait son poids s'accroître.

Pour l'assurance maladie, il s'agirait de dégager chaque année un peu plus de 100 M d'euros supplémentaires (116 M euros en valeur 2005), soit 0,01 points de CSG. L'effort en matière d'APA pour la CNSA et les départements serait du même ordre de grandeur.

A ces dépenses supplémentaires, il faudrait ajouter selon le CAS les coûts d'investissement liés à la nécessité de restructurer et développer le parc. Le CAS suppose une prise en charge de ses coûts à hauteur d'un quart (25%) par l'assurance maladie, qui pourrait représenter chaque année un coût supplémentaire de 350 M euros en début de période et 100 M euros en fin de période.

❖ Le rôle des conseils généraux

On a vu que le scénario d'évolution des dépenses du Centre d'Analyse Stratégique s'appuie sur des clés de répartition qui conduisent à ce que les départements et la CNSA supportent la plus vive accélération de progression des dépenses dans les prochaines années. Cet effet sera d'autant plus important que le périmètre d'intervention de l'APA absorbera progressivement des dépenses à la charge de l'assurance maladie.

Les conseils généraux supportent en effet l'essentiel des dépassements des budgets de l'APA, dont ils sont le principal financeur (69% des dépenses en prévision 2007). Dans les années de montée en charge de l'APA, cette situation a conduit à une croissance rapide de leurs budgets.

Au moment de la création de l'APA, le gouvernement avait en effet prévu de répartir le coût de l'APA selon la clé de répartition suivante : un tiers sur le fonds de financement national de l'APA (FFAPA), abondé par une quote-part de CSG et une contribution des caisses de retraite, et deux tiers sur les départements. Cette dépense devait être couverte par le redéploiement des crédits départementaux affectés antérieurement à la Prestation Spécifique Dépendance, à l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne ainsi qu'à l'aide ménagère ; le surcoût pour les conseils généraux ne devait représenter que 16% de la dépense totale. L'équilibre entre la compensation nationale et la dépense locale a été globalement respecté depuis lors, mais la croissance rapide du nombre de bénéficiaires de la prestation a fortement pesé sur les budgets départementaux. En 2002, les dépenses de l'APA ont représenté 2,2 milliards d'euros, soit 1,5 milliard d'euros de plus que les aides préexistantes versées en 2001. En 2003, la croissance rapide du nombre de bénéficiaires a conduit à une évolution des coûts supérieure de 1 Mds euros aux estimations initiales. Une réforme du système de financement est intervenue. La loi du 31 mars 2003 a opéré un partage de ce surcoût entre les départements, le FFAPA, qui a emprunté pour cela 400 M euros, et les bénéficiaires, dont les tickets modérateurs ont été relevés⁸¹. Elle a prévu un dispositif de péréquation pour les départements dont la pression fiscale est la plus élevée.

La loi de 2003 s'inscrit dans le respect de la répartition des charges entre l'échelon national et départemental puisque l'Etat a partagé les ajustements rendus nécessaires par le dépassement des budgets.. Depuis 2004, la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui a intégré le FFAPA, a permis à l'Etat de respecter ce partage, qui semble ainsi être entré dans la pratique.

Un récent rapport parlementaire souligne que cet équilibre est « fragile »⁸². La répartition des budgets initiaux ne garantit pas une répartition à due concurrence en exécution. D'une année sur l'autre, le taux réel de participation du FFAPA-CNSA varie entre 30 et 40%. Les conseils généraux supportent l'essentiel de l'ajustement budgétaire : leurs dépenses au titre de l'APA ont doublé entre 2002 et 2004, passant de 1,8 milliard à 3,6 milliards d'euros.

⁸¹ Le seuil des ressources mensuelles à partir duquel le bénéficiaire est soumis à une participation financière a été abaissé de 949 euros à 623 euros. Cette participation est comprise entre 0 et 90 % du plan d'aide contre 0 et 80 % avant 2003. Le bénéficiaire disposant de revenus mensuels supérieurs à 2 483 euros (contre 3 162 euros auparavant) finance désormais 90 % du plan d'aide.

⁸² Assemblée nationale, Rapport d'information, M Laffineur, A Bonrepaux, *Les transferts de compétences de l'État aux collectivités territoriales et leur financement*, décembre 2006

❖ Une péréquation insuffisante

Le concours du FFAPA puis de la CNSA, permet d'opérer une péréquation entre les départements dans l'allocation de la ressource. Un décret du 22 décembre 2004, a fixé les critères de répartition comme suit :

- 50 % de la dépense : nombre de personnes âgées de plus de 75 ans ;
- 20 % de la dépense : dépenses APA ;
- 25 % de la dépense : potentiel fiscal ;
- 5 % de la dépense : nombre de bénéficiaires du RMI.

A ces critères, s'ajoute la garantie donnée aux départements que la charge nette de l'APA (dépenses d'APA financées par le département après attribution du concours de la CNSA) ne dépasse pas 30 % de leur potentiel fiscal.

Les conséquences de ces critères ne sont pas pleinement tirées. Comme le note la Cour des comptes⁸³, certains départements auraient du voir le concours de l'Etat diminuer en 2004 par rapport à 2003. Pour éviter une telle diminution, une lettre ministérielle du 22 juillet 2004 a prévu l'attribution d'un « concours spécifique » financé sur l'excédent de 40 millions euros constaté fin 2004 sur la section « modernisation de l'aide aux personnes âgées » (section IV en 2004).

La péréquation opérée est encore insuffisante. La dépense d'APA des départements hors concours du FFAPA représente en moyenne 14,2 % de leur potentiel fiscal en 2004. Ce taux d'effort fiscal théorique varie de 2,1 % à 21 % d'un département à l'autre, soit un rapport de 1 à 10. Le concours financier du FFAPA a permis de ramener le taux d'effort fiscal moyen des départements à 9 %.

3.1.3. *Les paramètres de l'APA*

❖ Une croissance dynamique du nombre de bénéficiaires, au delà des objectifs initiaux et des tendances démographiques

Les projections réalisées sur l'évolution du nombre de personnes dépendantes ont été faites à partir des tendances démographiques et des taux de prévalence de la dépendance mesurée à partir de l'enquête HID 1998 et 1999. Dans cette enquête, les personnes déclaraient leur incapacité, partielle ou totale, à effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne (IADL). Selon le nombre et la gravité de ces incapacités, différentes grilles mesurant la dépendance peuvent être utilisées (Katz, Colvez, AGGIR)⁸⁴. L'enquête ne pouvait mesurer que des équivalents GIR puisque le protocole de l'enquête n'est nullement comparable à une évaluation du groupe GIR par des professionnels. Le nombre d'équivalents GIR 1 à 4 a été évalué en 2000 entre 760 000 et 920 000, l'incertitude portant surtout sur les équivalents GIR 4 pour cette grille⁸⁵.

⁸³ Cour des comptes, Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, juillet 2006

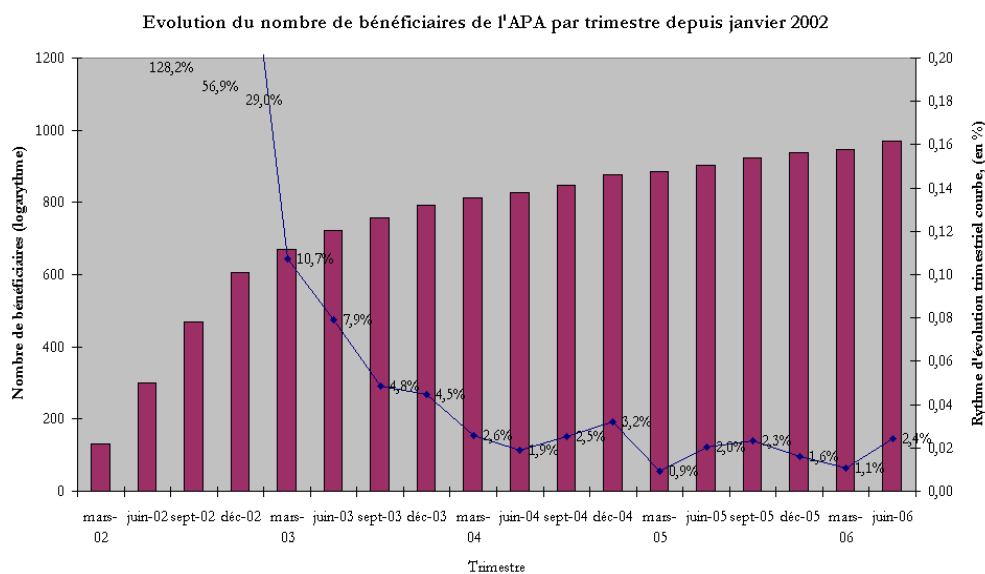
⁸⁴ Depuis la création de l'APA en 2001, l'utilisation de la grille AGGIR a reçu valeur légale (L232-2 CASF). La responsabilité de conduire cette évaluation est confiée à des équipes médico-sociales, chargées d'élaborer un plan d'aide, dont le montant est fonction du classement en GIR. Cette grille est fondée sur l'observation par un tiers de la réalisation de six actes de la vie courantes⁸⁴ et des problèmes concernant l'orientation dans le temps et dans l'espace de la personne. La grille est une « boîte noire » : un logiciel assure des pondérations et des sommations qui aboutissent au classement des personnes en six groupes⁸⁴ : le groupe 1 est le plus sévère ; le groupe 6 le plus léger. Ces groupes sont censés être homogènes en terme de ressources employées et de coûts : on parle ainsi de groupe iso-ressources (GIR).

⁸⁵ L'enquête DREES recoupe cette évaluation avec des projections du nombre de personnes dépendantes au titre de l'indicateur dit EHPA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées) qui croise les quatre groupes de la grille Colvez (qui mesure le besoin d'aide lié à la perte de mobilité), avec deux groupes de dépendance psychique constitués en fonction de l'importance de l'aide nécessitée par les problèmes d'orientation dans le temps et dans l'espace et les troubles du comportement. Cet indicateur a abouti à

Les projections envisagées dans ce rapport ont pour point de départ le chiffre de 760 000 en 2000 et s'élèvent à 830 000 - 840 000 en 2006, ce qui peut poser question au regard des 971 000 bénéficiaires de l'APA en juin 2006.

Il y a plusieurs explications à ce manque de cohérence.

- La première, la plus évidente, est que le nombre de bénéficiaires de l'APA a été initialement sous-estimé à partir de l'enquête HID : l'étude de la DREES, aboutissait à un chiffre de 796 000 bénéficiaires⁸⁶, mais reconnaissait elle-même les incertitudes liées à la méthodologie adoptée et proposait une fourchette allant de 800 000 à 960 000 personnes dépendantes ; les projections reposent sur le bas de la fourchette, mais dans ces conditions, il suffirait de « rebaser » les projections et déplacer les courbes vers le haut pour obtenir le nombre prévisible de personnes dépendantes ; le rythme de progression n'en serait pas altéré.
- Le nombre des personnes dépendantes est donc encore sujet à d'importantes incertitudes ; si on applique une autre grille que la grille AGGIR, la grille Colvez, on aboutit en effet à un nombre nettement supérieur de 1,4 M de personnes ; les modèles anglais et allemands montrent que notre évaluation de la dépendance à travers la grille AGGIR est encore relativement restrictive.
- On doit toutefois penser que l'APA, quatre ans après sa création, a pour partie achevé sa montée en charge. On le constate notamment dans le graphique ci-dessous : après avoir vigoureusement progressé entre 2002 et 2004, le nombre de bénéficiaires de l'APA semble avoir atteint un rythme de croisière depuis juin 2004, oscillant entre des taux de progression de 1 et 2,5%.



Source : DREES

Ces incertitudes ne permettent pas encore d'apprécier si la montée en charge de l'APA est achevée ou non. Le taux de croissance des bénéficiaires (+8% en rythme annuel) par an est encore très nettement supérieur à celui qui résulterait de la démographie (1 %). Si ces taux se rapprochent, on pourra alors parler de fin de montée en puissance. Par contre, un écart persistant pourra être signe d'une dérive inquiétante.

❖ Une application peu homogène dans le temps et dans l'espace de la grille AGGIR

une estimation du nombre de personnes dépendantes légèrement supérieures à celle que donne l'application de la grille AGGIR. Les projections convergent avec celles réalisées à partir de la grille AGGIR.

⁸⁶ C Colin, V Coutton, « Le nombre de personnes âgées dépendantes », DREES, *Etudes et résultats*, n°94, décembre 2000

Les incertitudes ne sont pas également réparties entre GIR : le tableau ci-dessous montre que l'écart par rapport aux projections initiales s'explique à 90% par le GIR 4 si on s'appuie sur les hypothèses basses qui servent de point de départ aux projections citées ci-dessus. Ainsi selon l'enquête HID, les bénéficiaires en GIR 4 devaient représenter 33% des bénéficiaires de l'APA ; ils en représentent aujourd'hui 43%. Toutefois cet écart se résorbe, voire s'inverse, si l'on retient l'hypothèse haute.

Source de l'écart entre les prévisions à partir de l'enquête HID et le nombre de bénéficiaires de l'APA

	Estimations 1999	Estimations 2006	sept-06	Ecart
GIR 1	69	75	82	7
GIR 2	262	283	284	1
GIR 3	201	217	193	-24
GIR 4 hypothèse basse	264	285	429	144
GIR 4 hypothèse haute	428	462	429	-33

Source : DREES

On constate également que le nombre de bénéficiaires en GIR 4 a connu depuis 2002 une évolution nettement plus erratique que celle des autres GIR, qui ont enregistré une décélération régulière. Le ralentissement rapide entre juin 2004 et juin 2005 pose notamment question.

Progression du nombre de bénéficiaires de l'APA depuis juin 2002

	Tous GIR	GIR 1 à 3	GIR 4
Juin 2002 à juin 2003	142%		
Juin 2003 à juin 2004	15%	13%	17%
Juin 2004 à juin 2005	9%	14%	2%
Juin 2005 à juin 2006	8%	5%	11%

Source : DREES, calculs de la mission

Cette évolution pourrait trouver sa source dans le fait que les équipes pluri-disciplinaires ont une marge d'appréciation élevée sur la grille AGGIR, notamment sur le GIR 4. Cette explication est corroborée par de nombreux comptes-rendus de professionnels qui montrent la perméabilité de la grille.

Les disparités de la proportion de bénéficiaires de l'APA⁸⁷, qui variait selon un rapport de 1 à 3 selon les départements, donnent un indice supplémentaire de la faible homogénéité de la grille. Certes ces différences s'expliquent à plus de 60% par les différences de structure démographique : part de la population rurale, agricole, ouvrière, bénéficiaires du minimum vieillesse⁸⁸... 6% des écarts s'expliquent par des critères qui dépendent de la politique des départements en matière de personnes âgées : offre de places en établissements, potentiel fiscal, aide sociale. Par contre, près d'un tiers des variations départementales demeurent inexpliquées, ce qui renvoie à la question de l'homogénéité dans l'application de la grille.

Une étude a testé dans cinq départements sur un nombre significatif de personnes la validité de l'affectation en GIR en réalisant une seconde évaluation : un tiers des résultats d'affectation en GIR sont discordants d'une

⁸⁷ F Jeger, « L'allocation Personnalisée d'Autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003 », DREES, *Etudes et résultats*, n°372, janvier 2005

⁸⁸ La part de la population rurale est notamment le principal déterminant des écarts (35%).

évaluation à l'autre⁸⁹. Ces discordances ne semblent pas concentrées sur quelques items de la grille (notamment l'évaluation de la cohérence et de l'orientation de la personne), mais la concernent dans son ensemble. Le plus souvent (17,9% des personnes évaluées), le GIR attribué initialement était plus généreux que celui réévalué, mais parfois (10,7% des cas), le second GIR était à l'inverse plus sévère que celui attribué, l'écart de GIR est rarement supérieur à 2 (5% des cas).

Une solution à cette difficulté peut consister à encadrer les procédures d'évaluation du risque. C'est notamment ce qu'avait envisagé le comité scientifique réuni en 2003 sur le sujet⁹⁰. Sur la base de ces travaux, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a piloté en 2004 un groupe de travail qui a élaboré un nouveau guide d'utilisation de la grille.

L'étude sur la reproductibilité de la grille montre que le déterminant le plus décisif des écarts entre deux évaluations est la nature du professionnel qui applique la grille. Confier l'évaluation à un professionnel de santé, médecin ou infirmier, est facteur de plus grande uniformité dans l'application de la grille⁹¹. On peut toutefois se demander s'il serait légitime d'imposer l'évaluation par ce type de professionnel, tant cette intervention serait coûteuse en temps. Par ailleurs, si l'intervention de ces professionnels constitue une garantie d'homogénéité de la décision, elle n'est pas la plus performante pour construire un plan d'aide.

L'APA est une prestation appréciée de ses bénéficiaires⁹². En 2003, en effet, 87% des bénéficiaires ont jugé les démarches d'obtention de l'APA « plutôt simples ». Cette réalité tient aux caractéristiques de la prestation. En revanche, le classement en GIR constitue leur principale source d'insatisfaction. Un cinquième des bénéficiaires envisage ainsi de faire réviser l'évaluation de leurs besoins.

Compte tenu de la complexité de cette grille, les ménages n'ont pas aujourd'hui la capacité technique d'évaluer leur positionnement dans la grille AGGIR. Cela limite leur position d'interlocuteur dans la construction du plan d'aide et leur capacité à faire valoir leurs droits.

Un élément de perturbation dans l'application de la grille AGGIR provient du fait qu'elle remplit une double fonction : une fonction « bio-médicale » d'évaluation de l'état de la personne pour ouvrir les droits à l'APA ; une fonction de détermination du niveau d'aide susceptible d'être financé par l'APA. Or la grille n'a pas été validée pour cette seconde fonction et on peut supposer que la corrélation avec la réalité des coûts de la dépendance n'est pas garantie⁹³. Ainsi une personne classée en GIR 3 peut avoir des besoins supérieurs à une personne classée en GIR 2 et recevra pourtant une aide de 25 % inférieure⁹⁴.

⁸⁹ A Colvez, V Royer, S Berthié-Mourgaud, C Pociello, *Etude de la fiabilité de l'instrument AGGIR*, nov 2005

⁹⁰ Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, janvier 2003

⁹¹ Le rapport de 2005 précité montre en effet que dans les départements où l'évaluation est le fait d'une infirmière (Alpes maritimes) ou d'un médecin (Puy de Dôme), les résultats sont relativement homogènes (les taux de discordance sont assez faibles -17% des cas-) ; par contre, dans les départements dans lesquels l'évaluation est réalisée par un travailleur social (Gard, Yvelines) , les discordances sont nettement plus fréquentes

⁹² A Weber, « L'appréciation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie par ses bénéficiaires et par leurs proches », Etudes et résultats, n°371, janvier 2005.

⁹³ Ce constat est confirmé par des travaux de comparaisons internationales. C Swine, P Lucas, P Gillet, et al, Etude de validation de différents instruments de mesure de la dépendance, 2003, Voir notamment sur ce point le rapport de B Roussille, *L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation*, IGAS, 2004

⁹⁴ Autre exemple relevé par le centre d'analyse stratégique « la hiérarchie de l'APA à domicile pour les GIR 1 et 2 n'apparaît pas forcément adaptée à la prise en charge des personnes atteintes de détériorations intellectuelles sévères (personnes confinées au lit versus personnes déambulantes). Une analyse précise des plans d'aides pour les personnes désorientées, respectivement classées en GIR 1 et 2, devrait permettre d'étudier l'opportunité d'une évolution en la matière.». Centre d'Analyse Stratégique, op cit, p 105

❖ La question de l'application de la grille aux dépendants psychiques

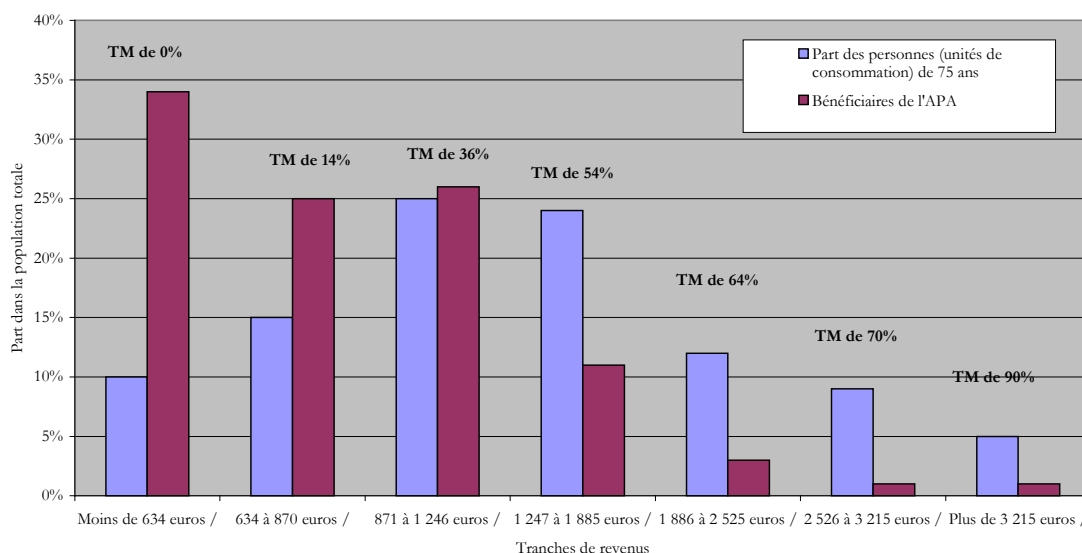
Il est admis que le traitement dans la grille AGGIR de la dépendance psychique, notamment de la maladie d'Alzheimer, pose problème⁹⁵. Cette difficulté a son origine dans la construction de la grille⁹⁶ : un examen épisodique est en effet mal adapté pour évaluer les conséquences de pathologies qui ne s'expriment pas de façon permanente et sont souvent en rapport avec le milieu extérieur.

❖ Ce qui n'exclut pas un non recours sans doute important et lié au barème

Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Finances sur l'évaluation de l'APA⁹⁷ en 2003 montrait que le taux de recours à l'APA est lié à la richesse des individus, approchée à travers celui des pensions.

Les données plus récentes confirment que les personnes à bas revenus recourent beaucoup plus à l'APA que celles dont le revenu est le plus élevé.

Répartition par tranche de revenu du barème de l'APA des bénéficiaires de l'APA et de la population des plus de 75 ans



Source : DREES Etudes et résultats 415 juin 2005, Enquête revenus fiscaux, 2004

La très nette surreprésentation des plus bas revenus au sein des bénéficiaires de l'APA pourrait pour partie s'expliquer par des inégalités sanitaires. Une étude récente de l'INSEE montre notamment que la mortalité aux grands âges est marquée par un fort gradient social⁹⁸ : à 86 ans, les femmes ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat vivent encore 7,1 ans en moyenne, contre un an de moins pour les femmes sans diplôme. Pour les hommes, l'écart est presque aussi net (5,2 ans pour les plus diplômés contre 4,5 ans pour ceux qui n'ont pas de diplôme). Il n'est toutefois pas possible à ce stade de savoir quel lien établir entre niveau d'études

⁹⁵ Voir notamment Comité scientifique présidé par A Colvez, rapport pour l'adaptation des outils de l'évaluation de l'autonomie, janv 2003

⁹⁶ S Lafont, P Barberger, C Sourgen, JF Dartigues, Relation entre performances cognitives globales et dépendance évaluée par la grille AGGIR, Revue d'épidémiologie et de santé publique, mars 1999, n°1, 7-17

⁹⁷ IGAS-IGF, Mission d'évaluation de l'APA, 2003, rapport non publié

⁹⁸ Isabelle Robert-Bobée et Olivier Cadot, Mortalité aux grands âges : encore des écarts selon le diplôme et la catégorie sociale, division Enquêtes et Études démographiques, Insee Première n°1122, février 2007

et niveau de revenu et entre plus forte espérance de vie et incidence de la dépendance. Les inégalités sociales de la dépendance, qu'on peut supposer importantes, ne sont pas précisément connues.

Les histogrammes conduisent également à formuler l'hypothèse qu'existe un non recours à l'APA important chez les ménages à revenu moyen et élevé. On constate en particulier une rupture très nette du niveau de recours à la prestation après 1246 euros de revenus mensuels qui doit être mise en relation avec la progression du ticket modérateur laissé à la charge de l'assuré.

L'ampleur du non recours à l'APA semble ainsi importante, malgré la suppression de la récupération sur succession pour cette prestation. Il s'explique par plusieurs raisons :

- le recours à une prestation sociale est encore souvent vécue comme la reconnaissance de l'entrée dans la dépendance et cette position d'assistance est refusée, notamment par les hommes⁹⁹ ;
- les personnes âgées dont l'entrée dans la dépendance est progressive et qui sont habituées à une aide à domicile, peuvent hésiter à changer de professionnel pour intégrer leur prise en charge au sein d'un plan d'aide ;
- les professionnels qualifiés intervenant dans le cadre des plans d'aide sont parfois plus onéreux que des intervenants informels, ce qui réduit l'intérêt de la prestation.

A partir des fichiers du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Grenoble, l'Observatoire du non recours (ODENOR) estime ainsi à 9% des personnes moyennement ou lourdement dépendantes ayant fait le choix de ne pas demander l'APA. Cette évaluation, qui ne porte que sur les personnes qui ont eu un contact avec le CCAS, pourrait minorer l'importance du non recours.

Ce constat peut s'entrechoquer avec celui selon lequel le nombre de bénéficiaires de l'APA est déjà largement supérieur au nombre théorique des personnes dépendantes.

En pratique, il est aujourd'hui impossible de déterminer dans ce profil ce qui relève des inégalités de distribution de la dépendance et ce qui relève de l'effet de non recours à la prestation induit par le barème de la prestation. Cette carence est une difficulté importante dans le pilotage des politiques publiques : elle ne permet pas de connaître le niveau de contrainte dans lequel se situent les classes moyennes et supérieures de la population dans le financement de leur dépendance, ni de confronter l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à sa cible théorique. Dès lors, elle rend relativement aveugles les décisions sur les tickets modérateurs de l'APA.

❖ Le mode d'indexation de l'APA

Un tiers des bénéficiaires de l'APA considère que le niveau des plans d'aide est insuffisant¹⁰⁰, soit une proportion plus importante que celle qui exprime des difficultés à acquitter le ticket modérateur de l'APA (un quart des bénéficiaires). La croissance des coûts salariaux et la médicalisation des prises en charge pourraient dans les années à venir accroître cette proportion si les plafonds de l'APA ne sont pas correctement revalorisés.

L'article L232-3 CASF prévoit que le montant maximum du plan d'aide financé au titre de l'APA est revalorisé au 1er janvier de chaque année, « au moins conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année civile à venir ».

En pratique, les plans d'aide de l'APA ont été revalorisés depuis 2002 au rythme minimum prévu par les textes soit l'inflation, ce qui a conduit à une érosion du pouvoir d'achat de cette prestation.

⁹⁹ Voir sur ce point l'étude de l'ODENOR, Des personnes âgées hors leurs droits, non recours subi ou volontaire, mars 2005

¹⁰⁰ Voir A Weber, « L'appréciation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie par ses bénéficiaires et par leurs proches », Etudes et résultats, n°371, janvier 2005.

Niveau de revalorisation des plafonds d'aide de l'APA depuis sa création

Année de revalorisation	Revalorisation des plafonds d'aide de l'APA
2003	1,5%
2004	1,7%
2005	2,0%
2006	1,8%
2007	1,8%

Source : DGAS

Une indexation minimale de l'APA sur les prix ne serait pas compatible avec les développements quantitatifs et qualitatifs des plans d'aide préconisés par le scénario du Centre d'Analyse Stratégique, sur lequel repose le PSGA.

3.1.4. L'action sociale de la branche vieillesse

Plusieurs rapports récents ont souligné la difficulté à positionner l'intervention de la branche vieillesse depuis la création de l'APA¹⁰¹. En effet, la branche vieillesse ayant recentré son intervention sur le maintien à domicile des personnes fragilisées sur les GIR 5 et 6, son intervention se combine mal avec les prestations que financent par ailleurs les conseils généraux via l'APA. L'intervention de la branche vieillesse rajoute un interlocuteur supplémentaire pour les structures prestataires de services. La logique de prévention qui préside aux interventions sur le GIR 5 et 6 est encore faiblement définie.

Parmi les actions prioritaires développées dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion, beaucoup semblent faire doublon avec celles que les conseils généraux ont vocation à exercer dans le cadre de leur compétence en matière de coordination gérontologique : « mieux connaître les attentes et les besoins des retraités », « développer un dispositif d'évaluation globale de leurs besoins » et « organiser des plans d'actions personnalisés pour le maintien à domicile ».

Comme l'a noté la Cour des comptes¹⁰², « tous les départements ont signé des conventions de coordination gérontologique avec les CRAM, conformément à l'article L 113-2 du code de l'action sociale, pour assurer la continuité de prise en charge des bénéficiaires de l'APA. Mais, dans nombre de cas, ce partenariat n'est pas suffisamment approfondi puisque en 2003 les services sociaux des CRAM ne participaient aux équipes médico-sociales et aux commissions d'attribution de l'APA que dans 39 départements. De même, la reconnaissance mutuelle par les équipes médico-sociales et par le service social des CRAM des évaluations effectuées pour déterminer le GIR d'une personne n'est pas totalement généralisée ».

En principe, l'action de la branche vieillesse devrait se centrer sur la « prévention » de la perte d'autonomie, c'est-à-dire que la branche vieillesse devrait financer un système complet d'interventions, dont l'efficacité est établie sur un plan médico-économique, visant à compléter l'APA pour réduire l'entrée en dépendance ou éviter que l'état de dépendance ne se dégrade. On ne dispose toutefois que de très peu d'éléments sur l'efficacité comparée des interventions préventives et les interventions de la branche vieillesse demeurent très majoritairement centrées sur la fourniture de services d'aides ménagères. En 2005, les budgets du fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées (FNASSPA), qui se sont élevés à 345 M

¹⁰¹ Voir rapport Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ; M Durrafourg, S Paul, rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la branche vieillesse, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2006

¹⁰² ibidem

euros¹⁰³, ont financé pour les 4/5^{ème} (83%) des aides individuelles, essentiellement des prestations d'aide ménagère (68%, pour 300 000 bénéficiaires), et seulement un cinquième (17%) des aides immobilières, la plupart destinées aux structures d'accueil. Ce type d'aide, semblable à celle délivrée par l'APA, relève plus par nature de la compensation d'une perte d'autonomie que de la prévention proprement dite.

On voit mal au demeurant comment la prévention de la dépendance pourrait ne concerner que les personnes qui ne sont pas reconnues comme dépendantes au titre de l'APA, qui devraient être les principales bénéficiaires d'action de prévention visant à ralentir le processus de dépendance (interventions sur l'habitat, aides techniques...). En vertu de la nouvelle COG, les interventions de la CNAVTS doivent se centrer sur les publics « fragilisés », notamment en raison de leur niveau de ressources, de leur isolement social, de leur avancée en âge, de leur état de santé ou de leurs conditions de vie. Cette cible dépasse le champ des bénéficiaires actuels des aides versées par la branche. Les critères de ciblage des personnes restent à définir.

Enfin, contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'intervention d'un organisme national ne favorise pas nécessairement l'équité de traitement sur tout le territoire. Le rapport de la Cour des comptes a en effet souligné des variations importantes constatées dans le ratio d'aide par bénéficiaire, qui va en 2003 de 61 heures (CRAM de Lille) à 110 heures (CRAM de Marseille)¹⁰⁴. Avec le recentrage sur les GIR 5 et 6, les heures d'aide ménagère financées par la CNAVTS sont passées de 37 millions en 2001 à 21,6 millions en 2005, soit une réduction de 41 %.

Le Plan Solidarité Grand Age avait prévu d'expérimenter en 2007 avec quelques départements volontaires un transfert aux conseils généraux de la compétence de l'attribution des aides à domicile pour les personnes âgées les moins dépendantes, qui relève de la CNAV. Cette orientation qui impliquait une intervention législative n'a finalement pas été retenue en raison de l'opposition des partenaires sociaux.

3.2. L'enjeu du maintien de la solvabilité des ménages

3.2.1. Le montant actuel des restes à charges

Le total du reste à charge supporté par les personnes dépendantes, au sens large (en incluant les frais d'hébergement), pourrait correspondre à :

- 1,1 Mds euros au titre des tickets modérateurs de l'APA ;
- 4,5 à 5,5 Mds euros au titre de tickets modérateurs en établissement, dont il faudrait déduire près d'un milliard d'euros d'aide sociale à l'hébergement.

A ces dépenses, il faudrait ajouter les restes à charge supportés par les ménages bénéficiaires de l'APA, mais aussi les restes à charge supporté par les ménages qui sont dépendants mais ont décidé de ne pas recourir à l'APA.

❖ A domicile, le ticket modérateur de l'APA

En juin 2006, le montant moyen d'un plan d'aide de l'APA à domicile était de 476 euros. Le reste à charge sur ce plan d'aide était en moyenne de 20% (soit 78 euros), soit une dépense totale de 539 M euros par an, pour 576 000 bénéficiaires de l'APA à domicile.

¹⁰³ En contrepartie de la baisse de sa charge d'aide ménagère, un transfert (62 M euros en 2005) a été imposé à la CNAVTS au profit du fonds de financement de l'APA (FFAPA), désormais absorbé dans la CNSA. En raison de ce transfert, la dépense de la CNAVTS en prestations d'aide ménagère n'a diminué en définitive que de 3 % entre 2001 et 2005.

¹⁰⁴ Voir rapport Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

Pour connaître la réalité du reste à charge supporté par les ménages, il faudrait en principe ajouter à ce ticket les dépenses qui ne sont pas inscrites au plan d'aide. Mais ces données sont difficiles à estimer.

En moyenne les plans d'aide correspondent à 70% des plafonds nationaux. Mais pour les personnes très dépendantes notamment, qui nécessitent une aide permanente, il est fréquent que les heures d'aide financées ne suffisent pas à couvrir l'ensemble des besoins.

En sens inverse, il faudrait déduire des restes à charge des ménages les aides fiscales ou sociales dont ils bénéficient (cf infra). En incluant ces aides fiscales et sociales, les estimations de la Cour des comptes montrent une très grande dispersion du taux d'effort des ménages par rapport à leur revenu. Le taux d'effort est systématiquement plus élevé pour les personnes ayant les revenus les plus faibles, et diminue au fur et à mesure de l'augmentation des revenus.

❖ En établissement, des restes à charge essentiellement constitués par les tarifs hébergement

En établissement, le reste à charge est composé de deux éléments :

- le ticket modérateur sur le forfait dépendance ;
- le tarif journalier relatif à l'hébergement qui recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement, ainsi que la totalité du coût immobilier. Il est à la charge de la personne accueillie.

L'ensemble constitue un prix de journée qui varie d'un établissement à l'autre. Les tarifs dépendance (fonction des GIR) sont fixés par le conseil général. Pour les établissements habilités à l'aide sociale, le tarif hébergement est fixé par les services de l'Etat (DDASS). Dans les établissements non habilités à l'aide sociale ou pour la partie des établissements hors habilitation, le tarif hébergement est en principe libre, même si son évolution est encadrée.

On ne dispose d'aucune donnée nationale sur le niveau de ces tarifs et par conséquent sur le reste à charge –au sens large, incluant les frais d'hébergement - supporté par les ménages.

Pour pallier cette insuffisance, la Cour des comptes a examiné en 2003 dans dix départements les prix de journée dans les établissements habilités à l'aide sociale. Cet examen montre que les restes à charge des personnes accueillies en établissement, avant aide sociale, sont élevés. D'un département à l'autre, hors Paris, ils varient de 1050 euros à 1400 euros par mois. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude qu'avait déjà conduite la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse¹⁰⁵. Le Centre d'Analyse Stratégique a relevé des tarifs voisins et souligné une grande disparité au niveau infra-départemental.

Ces tarifs connaissent une augmentation annuelle très vive. A Paris, l'augmentation annuelle du tarif hébergement est estimée par la MECSS de 5 à 6 % en 2006. La décomposition de l'indice des prix à la consommation confirme ce fort dynamisme des tarifs hébergement. La catégorie « maisons de retraite et autres services aux personnes âgées » de l'indice des prix, qui décrit principalement l'évolution des tarifs hébergement (quel que soit le statut des établissements), a en effet connu une progression de 29,6 % depuis décembre 1998, soit le double de celle de l'indice des prix de base en France métropolitaine (+14,7% sur la même période).

Si l'on additionne les dépenses des 395 000 bénéficiaires de l'APA qui étaient accueillis en établissement en juin 2006, en retenant une fourchette de restes à charge allant de 1 100 euros à 1 500 euros¹⁰⁶ par mois, on peut estimer la dépense globale restant à la charge des personnes accueillies dans une fourchette se situant,

¹⁰⁵ CNAVTS « Données quantitatives de l'enquête sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées de la branche retraite », janvier 2004.

¹⁰⁶ On retient ici une fourchette large qui s'appuie sur les chiffres des restes à charge dans les établissements conventionnés à l'aide sociale. On peut néanmoins penser que ces chiffres constituent une hypothèse base.

selon une évaluation minimale, entre 5 et 7 Mds euros, dont il faut déduire, d'après les estimations de la Cour des comptes, 1 Mds euros correspondant à l'aide sociale à l'hébergement¹⁰⁷ et un peu plus de 350 M euros au titre des aides au logement (chiffre 2003)¹⁰⁸ ; la dépense restant à charge des ménages en établissement est alors de l'ordre de 3,5 à 5,5 Mds euros¹⁰⁹. Dans cet ensemble, la part du tarif hébergement est de loin la plus importante. La part laissée à la charge par le ticket modérateur de l'APA est en effet en moyenne de 128 euros par mois, ce qui correspond à une dépense globale de 606 M euros.

❖ Les limites de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)

Pour 22% des personnes hébergées en maisons de retraite ou foyers logements, l'aide sociale à l'hébergement (ASH) a contribué en 2003 à la prise en charge de ce tarif dans les établissements conventionnés. Les personnes âgées participent au coût de l'hébergement à concurrence de 90 % de leurs ressources. Les sommes laissées à disposition de la personne âgée ne peuvent être inférieures à 10 % du minimum vieillesse. Le montant de l'aide sociale peut être récupéré sur l'actif successoral au décès du bénéficiaire. Les aides au logement peuvent également alléger cette partie du reste à charge.

L'aide sociale n'est ouverte qu'aux établissements habilités. L'ordonnance du 1er décembre 2005 *portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux* a engagé une réforme de ce dispositif. En rendant possible la suppression de la tarification administrée des établissements accueillant un nombre minoritaire de bénéficiaires de l'aide sociale, elle assouplit la gestion des établissements qui accueillent des bénéficiaires de l'aide sociale.

Cette réforme n'est sans doute pas suffisante. Les incohérences du système actuel de l'aide sociale à l'hébergement sont souvent soulignées : inégalités d'un département à l'autre des pratiques de recours sur succession, taux de couverture variable selon les départements, difficultés d'accès aux établissements habilités dans certaines zones... Comme le note le rapport du CAS : « *Au-delà des assouplissements apportés par l'ordonnance, la question de la pérennité de l'ASH dans sa forme actuelle peut sans doute être posée. Distinguer un secteur contraint (quand bien même les personnes concernées ne représentent qu'une minorité des résidents de l'établissement) et un secteur libre (auquel sont obligés de recourir des usagers pas forcément privilégiés faute d'alternative de proximité) n'est pas forcément rationnel. L'ordonnance traite la première contradiction. Reste à considérer la seconde en offrant plus systématiquement une part de places habilitées dans l'ensemble des établissements sans pour autant contraindre inutilement les opérateurs en question* »¹¹⁰.

3.2.2. Une stabilité probable de la capacité de financement des retraités mais des problèmes de répartition

Les pensions représentaient, en 2001, 83 % des revenus des personnes âgées. La dégradation prévisible de leur niveau par rapport au salaire moyen, lié à leur revalorisation sur les prix, pourrait réduire la capacité de financements des retraités. A l'inverse, le niveau moyen des retraites des ménages les plus âgés devrait progresser du fait de l'arrivée de générations en moyenne plus riches que celles qui les ont précédées. Il est difficile de départir ces deux évolutions pour simuler la capacité de financement des retraités dans les prochaines années.

Les plus jeunes retraités bénéficient d'un niveau de retraite moyen nettement supérieur à celui de leurs aînés. C'est vrai notamment des retraites masculines. L'échantillon inter-régime de retraités de 2004¹¹¹ indique ainsi que la retraite globale moyenne des 65-69 ans est de 805 euros pour les femmes et 1466 euros pour les

¹⁰⁷ Ces estimations sont cohérentes avec les chiffreages retenus par le centre d'analyse stratégique s'appuyant sur les données de l'ODAS

¹⁰⁸ J Mauguin, Les dépenses d'aide sociale des départements en 2005, DREES, *Etudes et résultats*, n°543, décembre 2006

¹⁰⁹ En principe, il faudrait également déduire de cette estimation la réduction d'impôt sur le revenu au titre des dépenses afférentes à la dépendance supportées par les personnes âgées en établissements, qui représente une dépense fiscale annuelle de 47 M euros (cf annexe).

¹¹⁰ CAS, *op cit*, p 132

¹¹¹ Les pensions perçues par les retraités fin 2004. DREES *Etudes et résultats* n° 538 novembre 2006.

hommes, contre une retraite moyenne des 85 ans et plus de 835 euros pour les femmes et 1287 euros pour les hommes. La retraite moyenne des hommes de plus de 85 ans est donc de 13% inférieure à celle des hommes de 65-69 ans. Celle des femmes de plus de 85 ans est de 3,7% supérieure à celle de la génération des 65-69 ans. Comme on l'a vu, les retraites liquidées seront réévaluées chaque année suivant l'évolution des prix. Le Conseil d'Orientation des Retraites table au total sur une évolution moyenne de 1,1% par an.

Dans ces conditions, on peut comparer l'évolution du pouvoir d'achat moyen de la retraite en services d'aide aux personnes dépendantes. Les générations qui auront entre 85 et 90 ans en 2025, devraient ainsi disposer d'une retraite moyenne de 1601 euros courants pour les hommes et 1001 euros pour les femmes à cette échéance, soit respectivement 41% et 19% de plus que la retraite moyenne actuelle de cette tranche d'âge. Parallèlement, si l'on suit le scénario du Centre d'Analyse Stratégique (c'est-à-dire en faisant l'hypothèse que l'assurance maladie prend à sa charge un quart des investissements futurs dans le secteur), les restes à charge par tête pourraient progresser de 1,7% par an, soit 42% sur l'ensemble de la période. Ces chiffres, qui sont marqués par de très grandes incertitudes, semblent indiquer que la capacité de financement par les retraités de leur reste à charge, ne peut rester globalement stable que si les pouvoirs publics réduisent le périmètre des restes à charge.

La simulation de l'évolution des revenus moyens masque par ailleurs un risque de croissance des inégalités entre ménages :

- la croissance de la bi-activité pour la génération qui aura 85 ans dans vingt ans devrait accroître le niveau global des revenus appréciés au niveau des ménages, mais aussi accroître les inégalités entre différentes configurations familiales ;
- la dispersion de revenus est en effet plus forte pour cette génération que pour celle qui l'a précédée. On constate notamment dans le tableau ci-dessous une assez forte concentration des jeunes retraités, notamment des femmes en bas de l'échelle des revenus. 41 % des jeunes retraités perçoivent une retraite inférieure à 1 100 euros (1 310 euros en 2025). Plus de la moitié des femmes perçoivent une retraite inférieure à 900 euros (1 071 euros en 2025).

Répartition par montant des retraites globales des 60-69 ans en 2004

	Moins de 700 euros	De 700 à 900 euros	De 900 à 1100 euros	De 1100 euros à 1300 euros	De 1300 euros à 1600	De 1600 à 2000 euros	Plus de 2000 euros
Hommes	8 %	8 %	10 %	12 %	20 %	17 %	26 %
Femmes	36 %	15 %	13 %	9 %	10 %	9 %	8 %
Ensemble	22 %	8 %	11 %	12 %	14 %	13 %	17 %

Source : Echantillon inter-régime de retraités 2004 DREES

On voit en recoupant ces données que les risques d'insolvabilité pourraient concerner un plus grand nombre de ménages, notamment de femmes seules isolées.

La croissance des coûts de la prise en charge de la dépendance devrait donc dans les années récentes s'entrechoquer avec le mode de revalorisation des pensions retenu.

3.2.3. Le caractère peu redistributif des aides fiscales

Pour maîtriser la croissance des restes à charge des ménages, les pouvoirs publics ont eu tendance à créer dans les années récentes des dispositifs fiscaux ayant pour vocation d'alléger le reste à charge des ménages. Ces dispositifs sont plus longuement présentés en annexe 10. Il s'agit notamment de :

- la réduction d'impôt sur le revenu au titre des dépenses afférentes à la dépendance supportées par les personnes âgées en établissements (47 M euros) ;

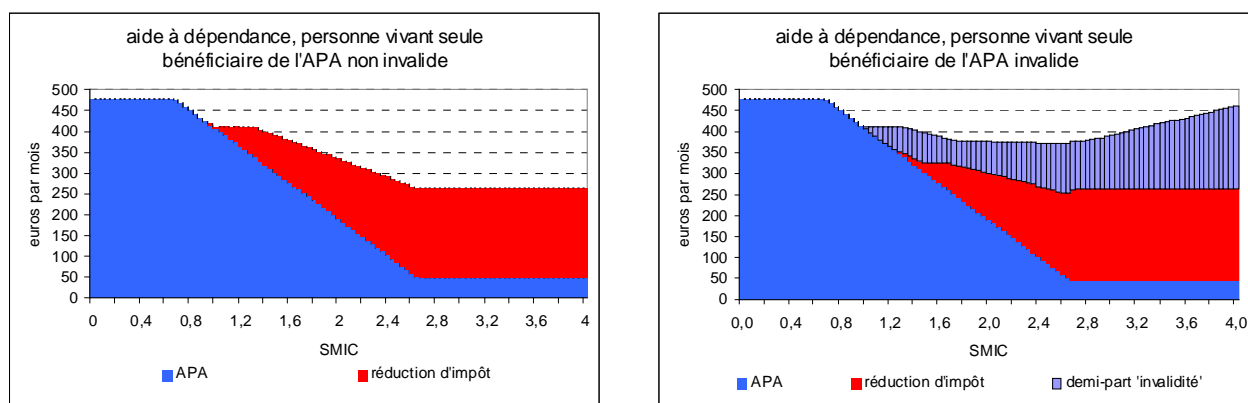
- la déduction forfaitaire en cas d'hébergement d'une personne dépendante par les descendants (26 M euros) ;
- la déduction de l'APA au titre de l'impôt sur le revenu (190 M euros) ;
- les mesures d'extension des déductions d'impôt sur le revenu au titre des frais d'hébergement adoptée dans le PLF 2007 : extension des réductions d'IR (70 M euros) ;
- la majoration du quotient familial pour les personnes titulaires d'une carte d'invalidité (110 M euros, qui bénéficie aux personnes dépendantes) ;
- le taux de TVA réduit sur certains matériels (122 M euros, qui bénéficient aux personnes dépendantes).

L'ensemble de ces aides fiscales représente une dépense, pour le seul champ de la dépendance, qui peut être estimée à 500 Meuros.

La dépense fiscale apparaît donc, sur un plan quantitatif, comme un instrument primordial de prise en charge de la dépendance : aucune réflexion sur l'évolution du dispositif actuel ne peut par conséquent s'exonérer d'une évaluation approfondie de la finalité, de l'efficacité et de la cohérence des mesures fiscales.

Une étude sur cas type réalisée pour la mission par la Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique (DGTPE), du ministère de l'économie et des finances (voir annexe 9) montre que, dans certains cas, les montants de l'aide globale accordée sont plus importantes pour les personnes de revenus élevés que pour les bas revenus.

Profil des aides à la dépendance selon le niveau de revenu du bénéficiaire



Source : DGTPE

L'effet anti-redistributif des aides fiscales réduit voire annule l'effet redistributif du barème de l'APA. Dans le cas d'une personne âgée à domicile percevant moins de l'équivalent d'un SMIC et demi (1470 euros par mois), l'APA apporte un supplément de revenu important, mais la carte invalidité est « inutile ». A l'inverse, au delà de deux SMIC et demi (2450 euros par mois), l'APA procure un supplément de revenu faible, mais la possession de la carte invalidité permet une amélioration importante du revenu.

Cette « courbe en U » du profil de l'aide globale en fonction du revenu est donc en défaveur des classes moyennes.

On peut même aboutir au résultat paradoxal que le niveau de reste à charge en établissement (avant aide sociale) est plus faible pour les ménages ayant les revenus les plus élevés que pour les ménages ayant des revenus moins élevés.

3.2.4. L'évolution du patrimoine

❖ Une croissance prévisible des patrimoines

Les générations qui seront dépendantes dans les 20 prochaines années sont globalement mieux dotées en patrimoine que les générations qui les ont précédées ou qui vont leur succéder. Le patrimoine moyen des tranches d'âge des 50-54 ans (246000 euros), des 55-59 ans (260000 euros) et des 60-64 ans (224900euros), est deux fois plus élevé que le patrimoine moyen actuel des 85 ans et plus (119000 euros)¹¹².

Néanmoins les générations actuelles de plus de 85 ans connaissent de plus faibles inégalités patrimoniales que les suivantes. Le rapport entre le niveau de patrimoine des 10% des ménages les mieux dotés en patrimoine et celui des 10% les moins bien dotés est 2 fois supérieur chez les 65-69 ans (260) à ce qu'il est chez les plus de 85 ans (130).

Cet effet génération est difficile à expliquer. Globalement, 76 % des ménages de retraités sont propriétaires d'au moins un logement¹¹³, contre 60 % pour l'ensemble des ménages. Le taux de propriétaire atteint son maximum pour les classes d'âge 55-59 ans et 59-65 ans (+ de 80%) alors qu'il n'est que de 66% pour les plus de 80 ans. Par ailleurs, la valeur moyenne des logements des ménages diminue avec l'âge. Au total on peut considérer que les générations qui vont être dépendantes dans les prochaines années vont tendanciellement être plus souvent détentrices de patrimoine immobilier et d'un patrimoine d'une plus grande valeur, que les générations précédentes.

Le patrimoine immobilier représente aujourd'hui 65% du patrimoine des ménages retraités, contre 72,3% du patrimoine des actifs de plus de 50 ans. Les ménages retraités ont tendance en effet à diversifier leur patrimoine, notamment parce que leur patrimoine immobilier est déjà acquis parce qu'ils épargnent à des fins de prévoyance.

La valeur du patrimoine des personnes aux âges élevés devrait donc croître. L'effet de cette évolution sur la prise en charge de la dépendance, qui pourrait être multiple, est difficile à prévoir : la plus grande détention de patrimoine peut réduire la demande de prise en charge en établissement ; elle peut aussi fournir des ressources supplémentaires aux ménages.

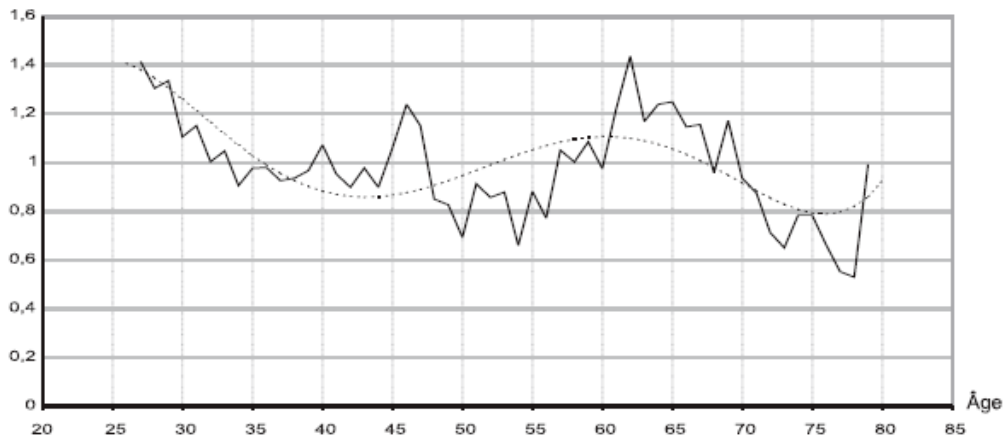
Une part du patrimoine détenu par les actifs correspond d'ailleurs déjà à une épargne de précaution accumulée pour couvrir un risque. Il est à cet égard frappant dans le graphique ci-dessous que l'effort d'épargne des ménages augmente significativement au moment de l'entrée en retraite. On peut supposer que cette épargne est réalisée pour partie dans la perspective de la dépendance aux grands âges. Elle l'est aussi pour préparer la transmission de patrimoine.

Il en résulte que les français continuent de détenir des actifs en fin de vie sans réduire leur épargne : 82,9% des ménages de plus de 70 ans ont un livret d'épargne, 26,9% ont de l'épargne logement, 33% ont un contrat d'assurance vie.

¹¹² Source enquête patrimoine 2004

¹¹³ Enquête logement, 2002

Profil relatif du taux d'épargne au cours de la vie



Sources : INSEE, enquêtes Budget des familles, 1979, 1984, 1989, 1994 et 2000.

Lecture : à 30 ans, le taux d'épargne d'un ménage est 1,2 fois supérieur à sa moyenne sur l'ensemble de la vie.

Dans ces conditions, les transmissions patrimoniales augmentent. En 30 ans la proportion de décès donnant lieu à une déclaration de succession est passée du tiers en 1970, à la moitié en 1984 puis aux deux tiers en 2000¹¹⁴. Par ailleurs, les transmissions par donation anticipée se sont développées : en 2004, parmi les ménages ayant un enfant ne vivant pas avec eux, 13% leur ont transmis une part de leur patrimoine par donation.

Le patrimoine des retraités, compte tenu de ses perspectives de croissance, constitue donc une assiette qui pourrait être mobilisée pour financer la prise en charge de la dépendance, soit sous forme d'un reste à charge par les ménages, soit sous forme d'un mécanisme de recours sur succession rénové, soit sous forme d'impôt.

❖ La place de l'assurance vie

Un ménage sur trois (34,5%) détient une assurance vie, au sens large¹¹⁵.

L'assurance vie est la principale composante du patrimoine financier des ménages (36 % en 2006) ; elle représentait un encours de plus de 1 050 Mds d'euros à la fin de l'année 2006, soit environ 13% du patrimoine total des ménages. La part de l'assurance vie tend à progresser dans le patrimoine des ménages.

La souplesse du produit, son régime fiscal et successoral en font un placement très recherché. Les fédérations professionnelles de l'assurance estiment à près de 11 millions le nombre de personnes disposant d'un contrat d'assurance vie en France. La réforme des retraites de 2003 s'est accompagnée de la création de nouveaux produits favorisant la sortie en rente viagère à l'âge de la retraite (PERP, PERE).

Dans un contexte de marchés financiers orientés à la hausse, les contrats en unités de compte ont connu une hausse des cotisations en 2006 (45 % soit 38,8 Mds d'euros). Cet afflux vient conforter la tendance de long terme à la croissance de ces contrats qui représentaient 21 % des encours d'assurance vie en avril 2006. Les innovations intervenues en 2006¹¹⁶ pourraient stimuler encore ce type de placements en assurance vie mais elles sont encore trop récentes pour avoir des effets visibles dans les données disponibles.

¹¹⁴ A Lafferrère, « Le logement patrimoine et son rôle dans les transferts entre générations », Exposé pour l'ONMI, août 2003 Ces chiffres s'expliquent pour partie par le fait que le seuil de non déclaration n'a pas été réévalué depuis 1970.

¹¹⁵ C. Darmon, H. Pagenelle, « Patrimoine : quand les ménages prennent de l'assurance », INSEE Premières, mai 2005

¹¹⁶ Il s'agit de la transformation des contrats en euros en contrats multi-supports sans perte de l'antériorité fiscale, ainsi que l'extension des contrats diversifiés, jusqu'alors réservés au contrat d'épargne populaire (PERP), aux contrats d'assurance-vie (décret du 26 juillet

La Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) a réalisé une enquête pour connaître les caractéristiques et les motivations des souscripteurs de contrats d'assurance en cas de vie en 2006 (en euros ou en multi-supports, souscrits à titre individuel)¹¹⁷. Il en résulte que le principal objectif de détention d'un contrat d'assurance vie est la constitution d'un complément de retraite (30 %). Puis viennent l'épargne sans projet précis ou de précaution, la valorisation d'un capital, la transmission d'un capital (notamment pour ceux qui sont déjà retraités), l'épargne en vue d'un projet précis et, enfin, la fiscalité de l'assurance vie. Les personnes âgées de 40 à 49 ans plébiscitent l'objectif retraite (qui, pour eux, atteint 49 %), tout comme les 30-39 ans et les 50-59 ans. Si la retraite reste l'objectif de près d'une personne de moins de 30 ans sur trois, la constitution d'une épargne (43 %) est privilégiée par cette tranche d'âge. L'objectif principal des plus de 60 ans est la transmission d'un capital. L'âge moyen des souscripteurs est de 51 ans. Il est inférieur de trois ans à celui constaté par l'enquête précédente en 2001, grâce à un double mouvement : accroissement des moins de 30 ans (15 % de l'ensemble en 2006) et baisse des plus de 60 ans (35 % en 2006). La part des employés, déjà importante, s'accroît pour atteindre 25 % de l'ensemble des souscripteurs, alors que les cadres en représentent 20 % et les retraités 37 %. La progression de nouveaux clients s'accélère (41 % des souscripteurs). Si le revenu moyen se situe aux environs de 30 000 euros par ménage, 43 % des souscripteurs déclarent un revenu brut annuel de leur ménage inférieur à 20 000 euros. Ce sont ceux qui épargnent régulièrement une partie de leurs revenus pour se constituer progressivement un capital ou une rente.

3.3. Les limites actuelles de l'assurance privée dans la couverture du risque

Les perspectives de développement de l'assurance dépendance ne peuvent être envisagées indépendamment de celle de la couverture publique : les individus pourraient être d'autant moins incités à la prévoyance individuelle qu'ils anticiperont que l'Etat mettra en place des solutions pour couvrir le risque et inversement, la prise de conscience de l'existence du risque pourrait les inciter à chercher à se prémunir des conséquences de ce risque. En toute hypothèse, les produits existants doivent évoluer pour participer efficacement à la couverture du risque dépendance.

3.3.1. Les caractéristiques du risque

Le risque dépendance constitue un risque long dont l'évaluation est délicate compte tenu des incertitudes sur la prévalence du risque et son évolution à long terme. Cette double contrainte (risque long, incertitude sur l'aléa) doit être prise en compte par les entreprises d'assurances dans leur mode gestion du risque (caractère prudent du provisionnement, possibilité d'ajustement de la tarification en cours de vie du contrat).

❖ Un risque long

La couverture assurantielle du risque dépendance est rendue complexe par les problèmes d'évaluations particuliers de ce risque par le fait que sa réalisation est éloignée de la souscription de l'assurance. Ainsi en France le contrat est souscrit en moyenne à 64 ans pour une probabilité maximale d'occurrence du risque vers 85 ans.

Un inconvénient pour l'assuré réside dans le risque de cotisations à fonds perdus, soit en cas de rupture anticipée du contrat, soit en cas de non réalisation du risque. Cet inconvénient est courant dans le champ de la dépendance même si de plus en plus de contrats prévoient des systèmes de mise en réduction en cas de rupture anticipée. Il n'en reste pas moins que la longueur de la période de cotisation requise avant l'incidence éventuel du risque multiplie les chances de rupture dans les versements. Elle explique les réticences des assurés à figer

2006), dont l'objectif est d'encourager la détention durable d'actions par les ménages, de rendre à l'assurance-vie sa vocation de produit d'épargne à moyen-long terme et d'augmenter la prise de risque tout en garantissant la performance des produits.

¹¹⁷ Lettre *Assurer* n° 82, novembre 2006. (Enquête réalisée auprès de 7 045 souscripteurs de contrats d'assurance en cas de vie souscrits entre le 1er et le 15 mars 2006).

leur choix sur une aussi longue période, si bien qu'ils souscrivent aujourd'hui très tardivement une assurance dépendance.

Le risque long accroît les incertitudes sur l'évolution des coûts de la dépendance entre la date de souscription du contrat et la date de réalisation du risque. On a vu que ces coûts étaient à 85% des coûts salariaux. Il est alors difficile pour l'assureur de proposer des garanties en nature. Aussi la plupart des contrats commercialisés sur le marché proposent des prestations financières (rente d'appoint en cas de survenance du risque), toutefois assorties de garanties d'assistance. Dans ces conditions, l'intérêt pour les ménages d'une couverture assurantielle du risque est réduit par rapport à un mécanisme d'épargne.

Une enquête réalisée par l'institut CSA pour la Fédération Française des Sociétés d'Assurance en juin 2006¹¹⁸ souligne que les français privilégient une couverture des besoins en nature à une aide monétaire : les besoins exprimés portent sur la prise en charge physique avant l'aide budgétaire (les deux tiers des personnes interrogées préféreraient que l'assurance prenne en charge directement l'aide à domicile et seuls 22% souhaitaient une solution de rente) ; parmi ces besoins, l'aide à domicile est fortement privilégiée. Ceci paraît toutefois contraire à la pratique constatée en Allemagne (voir annexe 6) où les prestations en espèces sont privilégiés par les ménages par rapport aux prestations en nature.

❖ **L'existence de l'anti-sélection**

Le marché de l'assurance privée du risque dépendance s'est structuré autour d'une souscription relativement tardive des contrats. Il n'est dès lors pas impossible de penser qu'aujourd'hui les demandes de souscription interviennent à un âge où la probabilité existe que le preneur d'assurance ait été personnellement sensibilisé au risque dépendance du fait de l'expérience de ses parents. Il est possible à cet âge que ses antécédents médicaux augurent d'une exposition particulière au risque. Les assureurs privés sont dès lors confrontés au problème particulier de l'anti-sélection qui les conduit à faire face à une demande de couverture de la part d'assurés pour lesquels la probabilité de dépendance est plus élevée que la moyenne de la population française. Si les assureurs ont mis en place des procédures de sélection des risques (questionnaire médical, période de carence) qui permettent de limiter ce phénomène, sans doute faut-il voir dans cette caractéristique l'explication du taux élevé de refus qui caractériserait le marché de l'assurance dépendance individuelle.

❖ **Une couverture assurantielle du risque dépendance relativement nouvelle**

Le marché français de l'assurance dépendance a commencé à se développer en 1984 suite à un appel d'offre de l'AGIRC. Puis en 1998, l'AGIRC a considéré qu'il n'entraînait pas dans son objet d'avoir d'autres activités que la gestion des régimes de retraite complémentaire et son portefeuille de contrats dépendance (15 000 assurés) a été fermé. Il est depuis géré par un Groupement pour l'étude et l'assurance de la dépendance (GEAD). Les assureurs qui avaient répondu à l'appel d'offre ont continué à couvrir le risque.

Les contrats d'assurance dépendance actuellement commercialisés sont relativement récents. En particulier, on constate un important renouvellement de la gamme depuis le début des années 2000 : la création de l'APA a alors été accompagnée par le lancement de nombreux nouveaux produits et une montée en charge rapide du marché (à un rythme de souscription moyen supérieur à 10% par an entre 2000 et 2002). Ainsi, selon la FFSA, les contrats toujours sur le marché ont été créés il y a moins de dix ans.

Le marché est donc jeune, ce qui conduit à ce que les assureurs ne disposent pas encore de données complètes sur l'évolution de leur portefeuille aux grands âges : la part des personnes indemnisées par rapport aux cotisants est encore inférieure à quelques pour cent et quantitativement insuffisante pour permettre d'établir des tables d'incidence.

¹¹⁸ CSA, *Attitudes et comportements face au risque dépendance, étude pour la FFSA*, juin 2006

3.3.2. Le marché

❖ Après une progression rapide ces dernières années, le marché de l'assurance dépendance couvrirait près de un million de particuliers¹¹⁹

Selon la Fédération Française des Sociétés d'Assurance, en 2005, 887 800 de personnes sont couvertes par un contrat individuel avec une garantie principale dépendance. A ces contrats il faut ajouter :

- 100 000 personnes qui sont couvertes par un contrat avec une garantie complémentaire ;
- près de 800 000 personnes, qui sont également couvertes par un contrat de prévoyance collectif ou mutualiste. Toutefois ces contrats, qui sont des contrats de prévoyance, n'offrent pas une couverture du risque dépendance futur de la personne (ils ne couvrent que le risque annuel).

Si on ajoute les mutuelles et instituts de prévoyance¹²⁰, ce sont près de 3 millions de personnes couvertes¹²¹, mais ce chiffre recouvre des produits de nature très diverse (cf infra). Au sens strict, seulement 1 M de personnes disposent d'une assurance pour leur risque futur.

Contrats d'assurance dépendance souscrits auprès d'entreprises adhérentes à la Fédération Française des Sociétés d'Assurance

Nombre et montant en affaires directes		Contrats individuels et groupe ouverts	Contrats collectifs souscrits dans le cadre de l'entreprise ou d'une mutuelle	Ensemble
Contrat dont la garantie dépendance est la garantie principale	Nombre de personnes assurées	887 755	815 284	1 703 040
	Nouvelles personnes assurées dans l'année	104 360	119 000	223 360
	Cotisations nouvelles (en M euros)	21,3	1,3	22,6
	Cotisations (en M euros)	291,3	20,7	312
	Cotisation moyenne annuelle par tête assurée (en euros)	328	25	183
	Prestations versées	40,8	10,6	51,4
	Provisions au 31/12	1 392,8	93,6	1 486,5
Contrat dont la garantie dépendance est complémentaire à un contrat d'assurance vie (épargne, retraite ou décès)	Nombre de personnes assurées	136 130	110	136 240
	Nouvelles personnes assurées dans l'année	35 800	7 600	43 400

Source : FFSA

¹¹⁹ Il y avait en 2004, 21,4 M de personnes de plus de 50 ans. On peut penser que les personnes ayant souscrit un contrat dépendance avant cet âge sont très rares.

¹²⁰ La couverture du risque dépendance semble très maigre dans les instituts de prévoyance (hors AG2R qui couvre ce risque via une filiale ayant le statut de société d'assurance). L'ACAM l'estimait à 8 M euros le chiffre d'affaire en 2003.

¹²¹ Ce chiffre est cohérent avec le portefeuille annoncé par la CNP qui déclare couvrir 1,2 M d'assurés, alors que seul 800000 assurés sont pris en compte dans les statistiques de la FFSA. On peut penser que le reliquat est constitué de mutualistes et d'Assurposte (dont le contrat est monté en charge en 2005 soit après l'enquête de la FFSA).

Selon la FFSA, 312 M euros de cotisations ont été encaissés par les entreprises adhérentes, 54,2 M d'euros de prestations versées et 1,5 Mds euros de provisions constituées en 2005.

❖ Un marché croissant

Le marché connaît une croissance dynamique. Il a doublé de taille depuis 1999 (on comptait alors 853 000 personnes couvertes seulement au titre d'une garantie principale et 50 000 à peine au titre d'une garantie complémentaire). Il a triplé en euros courants en termes de cotisations (119,5 M euros de cotisations en 1999) et de provisions (541,9 M euros en 1999). En 2005, le nombre de cotisants était en hausse de 17% par rapport à 2004. La France est aujourd'hui, par le nombre de personnes couvertes, le premier marché européen de l'assurance dépendance.

Les assureurs attribuent la croissance du marché au début des années 2000 aux réflexions des pouvoirs publics sur la couverture du risque qui ont constitué un signal pour les assurés de l'importance du risque dépendance et de la nécessité de couvrir ce risque par des mécanismes de prévoyance. Après cette brusque montée en charge le marché s'est contracté en 2002 et 2003, avant de repartir en 2004 et 2005. Le nombre de personnes couvertes par une garantie principale a en effet nettement progressé (+ 14%) en 2005 selon la FFSA. Cette hausse peut être imputée aux annonces consécutives à la canicule.

❖ Un marché très concentré

Selon la FFSA, quatre sociétés sur trente proposant une garantie dépendance couvrent à titre principal 72% des personnes assurées, et perçoivent 73% des cotisations encaissées en 2005. Il s'agit de :

- AG2R, par l'intermédiaire de sa filiale PRIMA (21% des assurés en garantie principale à adhésion individuelle, 22% des cotisations) ;
- GROUPAMA (24% des assurés, 18% des cotisations) ;
- CREDIT AGRICOLE par l'intermédiaire de PREDICA (18% des assurés¹²², 23% des cotisations) ;
- CNP (9% des assurés en garantie principale à adhésion individuelle¹²³, 10% des cotisations)

❖ De faibles perspectives en matière d'assurance collective à adhésion obligatoire

Près de la moitié des personnes couvertes contre la perte d'autonomie le sont par l'intermédiaire d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, souscrit à titre professionnel. Il peut s'agir :

- de garanties associées à une couverture complémentaire santé dans le cadre de régimes mutualistes de la fonction publique, ce qui représente la presque totalité des assurés couverts dans le cadre de leur activité professionnelle ;
- de garanties intégrées dans des régimes de prévoyance complémentaire d'entreprises à adhésion obligatoire, ce type de couverture étant très peu développé sur le marché ;
- de garanties de prévoyance destinées aux professionnels indépendants dans le cadre de contrats "Madelin", ces couvertures étant également très peu développées.

Une seule société (la CNP) couvre 91% des personnes assurées au 31 décembre 2005 et perçoit 82% des cotisations. Depuis 1999, la part des contrats à adhésion individuelle augmente nettement par rapport aux contrats collectifs. Dans le même temps, les prix ont baissé : la cotisation moyenne des contrats souscrits dans le cadre de l'entreprise ou dans un cadre mutualiste a diminué de 24% en euros constants depuis 1999. L'année 2005 marque une inversion de tendance dont on peut penser qu'elle est exceptionnelle.

¹²² Ce chiffre est cohérent avec le chiffre déclaré dans le rapport annuel de l'organisme, qui déclare couvrir 155000 assurés en adhésion individuelle

¹²³ Les chiffres de la FFSA, qui compte 820000 personnes assurées par la CNP, sont en fort décalage avec ceux communiqués à la mission par la CNP, qui déclare couvrir en garantie principale 1,8 d'assurés.

Le développement des garanties collectives présente en principe plusieurs avantages dans la couverture du risque dépendance :

- ses coûts de distribution sont faibles ;
- elle permet de couvrir le risque sur une base large, évite ainsi les problèmes d'anti-sélection et produit des données nombreuses et fiables.

Lorsque le risque de dépendance est couvert dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire, la cotisation d'un exercice ne couvre que les risques dudit exercice, et dans ce cas il n'y a pas de constitution de provisions pour risques croissants. Dans ces conditions, les contrats collectifs ne couvrent pas le risque futur du salarié mais seulement son risque annuel. Ils ne couvrent donc pas en tant que telle la dépendance, mais plutôt le risque d'invalidité du salarié.

Quelques rares contrats à adhésion obligatoire prévoient le paiement d'une cotisation lissée dans le temps, donnant lieu à provisionnement. Dans ce cas, lors de son départ à la retraite, le salarié a accumulé des droits qui devraient lui permettre de poursuivre le versement de cotisations sur un contrat d'accueil. A défaut, il ne serait pas couvert en fin de vie.

Le développement des contrats collectifs en entreprise dans le champ de la dépendance connaît cependant des limites.

- Une première limite de l'assurance dépendance réside dans l'incertitude existante sur la pérennisation des cotisations au moment de la rupture du lien entre le salarié et l'entreprise. Les assureurs développent toutefois des solutions satisfaisantes à cet égard.
- Une seconde limite réside dans le fait que le développement d'une couverture dépendance aura tendance à fidéliser les salariés les plus expérimentés, ce qui est à contre-emploi des tendances contemporaines de la gestion des ressources humaines, qui visent à attirer vers les entreprises les trentenaires. Ce constat peut cependant avoir un effet positif dans la mesure où il est de nature à favoriser le maintien dans l'emploi des salariés les plus âgés, objectif poursuivi par les pouvoirs publics.
- Enfin, les entreprises ont tendance à recentrer la couverture de leur risque (par exemple en sortant les conjoints des contrats santé) et à être plus vigilantes sur la gestion de leur passif social. Cette évolution est en partie liée aux évolutions comptables (normes IFRS), qui impliquent de provisionner les engagements sociaux. Ce phénomène qui se constate dans le champ de la couverture santé, n'est évidemment pas favorable aux couvertures moins traditionnelles comme la dépendance.
- A cet égard, le système actuel des plafonds de déductibilité fiscale et sociale (un plafond global pour les retraites, un autre pour l'ensemble des dépenses de prévoyance qui inclut la dépendance) n'incite peut-être pas suffisamment les entreprises à chercher des couvertures dépendance en l'absence d'affichage de plafonds spécifiques pour ce type de cotisations.

Il a été signalé l'intérêt de Conseils Généraux en matière d'assurance collective visant :

- soit à lisser la charge dans le temps de l'APA avec le concours des assureurs et bénéficier ainsi des produits financiers générés par les fonds placés auprès des spécialistes du long terme,
- soit à financer une fraction des cotisations d'assurance privée des personnes ne se trouvant pas éligibles aux dispositifs sociaux.

Il est à noter que ces deux dispositifs n'ont pas fait l'objet actuellement de développement et mériteraient d'être étudiés.

❖ **Le faible nombre des produits en garantie complémentaire**

Fin 2005, selon la FFSA, 136 250 personnes étaient protégées au titre d'un contrat dont la garantie dépendance est une garantie complémentaire à un contrat d'assurance vie (épargne, retraite ou décès).

Beaucoup des interlocuteurs rencontrés voient dans les produits d'épargne retraite de bons supports pour le développement de l'assurance dépendance. Une meilleure information du public permettrait une plus grande sensibilisation à la couverture de ce risque.

3.3.3. *Les caractéristiques des produits de prévoyance*

❖ **La sélection médicale**

Les produits dépendance s'appuient sur les formules traditionnelles de maîtrise du risque :

- une sélection médicale destinée à limiter les phénomènes d'anti-sélection ;
- des délais de carence en cas de maladie ;
- des franchises.

❖ **Une sortie en rente avec possibilité de mise en réduction**

Les assureurs proposent aux assurés plusieurs niveaux de rente, dans la limite d'un plancher et d'un plafond, en contre partie d'une cotisation adaptée. Selon les données de la FFSA, la rente mensuelle minimum proposée est en moyenne de 340 euros, la rente mensuelle maximum étant en moyenne de 1 942 euros.

En règle générale, les contrats commercialisés maintiennent des droits envers l'assuré même lorsque celui-ci cesse en cours de contrat de cotiser à la couverture de son risque. L'entreprise d'assurance procède alors à la « mise en réduction » des garanties. Elle est généralement possible après huit ans de cotisations et permet à l'assuré de continuer à bénéficier de garanties, certes réduites au regard de ce à quoi l'assuré aurait pu prétendre en cas de versement des cotisations prévues au contrat.

Les assureurs soulignent leur difficulté à garantir dans le cadre d'un engagement contractuel la fourniture de prestations en nature dont le coût est susceptible de connaître des évolutions importantes d'ici à la réalisation du risque. Si certains considèrent que la couverture de garanties en nature est complexe, la FFSA parie néanmoins qu'il y aurait là un champ important de développement de la profession, bien qu'actuellement très peu pratiqué. Il est à noter que l'APA est également une prestation en espèces.

❖ **Une grande diversité dans l'évaluation du risque**

Les assureurs ont développé des procédures autonomes d'évaluation du risque dépendance, reposant sur des expertises médicales propres. Aucun prestataire n'a recours aux seules évaluations des conseils généraux dont l'hétérogénéité sur le territoire est soulignée.

L'utilisation de la grille AGGIR seule est exceptionnelle et quelques contrats ne reposent pas sur cette grille. La majeure partie des contrats la combine avec d'autres éléments d'appréciation.

Les procédures d'évaluation pouvant s'avérer très coûteuses, les assureurs ont recours soit aux médecins traitants soit à des experts médicaux qu'ils mandatent. Une équipe médicale au siège examine alors les dossiers. Les cas litigieux sont soumis à arbitrages. On constate une assez grande diversité dans ces procédures.

Selon les interlocuteurs rencontrés, l'écart avec les évaluations réalisées par les équipes départementales est de 5 à 10% en moyenne. Cet écart pourrait être plus important pour les produits qui couvrent la dépendance partielle en incluant le GIR 4.

❖ **La couverture de la dépendance partielle**

Une grande partie des responsables d'entreprises d'assurance rencontrés considère la couverture de la dépendance partielle comme une exigence de marché. Une seule considère que ce risque est non maîtrisable. Les garanties se concentrent néanmoins le plus souvent sur le risque lourd, avec des périmètres différents selon les contrats. Des actions de prévention sont parfois mises en place.

Il est à noter la forte présence des assureurs dans les enseignes de services à la personne.

RESUME

- *Les circuits de financement de la dépendance, passablement complexes, ne favorisent pas une gestion de long terme de la solidarité publique. Si on les maintient en l'état, l'assurance maladie qui représente 61% du total de la dépense appréhendée selon l'angle le plus large (celui de la Cour des comptes) devrait supporter l'essentiel des coûts supplémentaires. Un nouvel effort de clarification des frontières entre assurance maladie et dépendance pourrait réduire ce poids. Dans tous les cas, compte tenu de ses spécificités, l'avenir du financement de la prise en charge de la dépendance n'a pas vocation à n'être qu'un élément du débat sur l'avenir du financement de l'assurance maladie.*
- *Compte tenu de l'architecture de notre système de financement, les conseils généraux et/ou les ménages pourraient supporter l'essentiel de l'ajustement en cas de dépassement des capacités de financement. Même si le niveau moyen des retraites va aller en s'accroissant du fait du changement de génération, cette situation pourrait ne pas être soutenable sur le long terme du fait de la plus grande dispersion des revenus des retraités et de la revalorisation du niveau des retraites en fonction de la seule inflation. A l'inverse, l'augmentation des patrimoines, du fait de l'évolution des prix de l'immobilier et du fort taux d'épargne des français pourrait offrir de nouvelles possibilités de financement. Même s'il n'est pas possible, compte tenu de l'absence de projections disponibles sur la dispersion des retraites, de déterminer les proportions de cette évolution, il est probable que la capacité de financement de leur reste à charge par les retraités restera globalement stable, même si les problèmes de répartition entre retraités devraient aller en s'accroissant, ce qui signifie que davantage de ménages auront des difficultés à prendre en charge leur risque dépendance.*
- *Quatre éléments devraient peser sur le long terme :*
 - *La progression du nombre de bénéficiaires de l'APA est encore fortement déconnectée de celle théorique du nombre de dépendants (+ 8% entre juin 2005 et juin 2006, contre +1%). Cette évolution est liée à la montée en charge de la prestation, mais l'APA a maintenant quatre ans (plus que la durée de vie moyenne en dépendance) et cette explication ne suffit plus.*
 - *Le barème d'attribution des aides (par GIR) est mal ajusté aux besoins réels des personnes, notamment pour les personnes qui ont besoin d'aide permanente et pour les dépendants psychiques.*
 - *L'intervention de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est saluée comme positive par la quasi-totalité des parties prenantes du secteur. La caisse est toutefois soumise à des règles de gestion transparentes mais contraignantes et la clé de répartition entre financement national et local de l'APA reste discutée.*
 - *Le soutien public pour compenser la dépendance est peu redistributif. Les ménages qui ont les revenus les plus élevés bénéficient d'aides fiscales dont la valeur moyenne peut être supérieure à l'aide de l'APA ; l'aide est la plus faible en valeur absolue pour les catégories de revenu intermédiaire de la population. Le cumul des différentes aides fiscales et prestations engendre des redondances qui nuisent à l'efficacité de la dépense et à l'équité de la prise en charge.*
- *L'assurance privée de la dépendance est conditionnée par une connaissance scientifique et statistique récente du risque. Le marché français constitue avec les Etats-Unis, le plus gros marché dans ce secteur. Les assureurs ont une approche volontariste d'un risque considéré parfois comme peu assurable à l'étranger. Toutefois, les produits actuellement proposés ont encore une diffusion limitée. Les prestations assurées (des rentes) fournissent des garanties imparfaites sur le long terme et l'évaluation du risque effectuée par des experts médicaux peut être déconnectée de celle réalisée par les conseils généraux, principalement en dépendance partielle. Enfin, les incertitudes sur les déterminants de long terme de la dépendance sont susceptibles de renchérir le niveau des cotisations.*
- *Le niveau de patrimoine des générations qui seront concernées par la dépendance devrait croître progressivement jusqu'à l'arrivée aux grands âges des générations les mieux dotées en patrimoine. Pour une part significative, le patrimoine des ménages, notamment le patrimoine financier, est constitué à l'âge de la retraite dans une logique de prévoyance, avec notamment le cas de la souscription de contrats d'assurance vie, détenus par un ménage sur trois. On peut raisonnablement penser que la dépendance est un des risques couverts par ces formules de contrat. Ces réalités doivent être gardées à l'esprit dans la définition des orientations des politiques publiques pour deux raisons : la première est qu'elle doit modérer l'appréciation du risque d'insolvabilité des ménages, même si les inégalités sont en matière de patrimoine nettement plus fortes*

qu'en matière de revenu ; la seconde est qu'une meilleure solvabilisation du risque dépendance peut avoir un effet indirect de développement des transmissions successorales.

CHAPITRE IV : LES ORIENTATIONS FINANCIERES

4.1. Choisir le scénario pour les finances publiques

4.1.1. Le champ des possibles

Les évolutions des coûts en matière de dépendance s'inscriront dans un contexte général de tensions sur les branches de sécurité sociale peu favorable à de nouvelles hausses de prélèvements. A l'inverse, intérioriser la contrainte sur les prélèvements obligatoires pourrait pénaliser durablement la prise en charge de la dépendance. Le choix à cet égard relève du débat démocratique sur le niveau souhaité de dépense publique allouée à la prise en charge de ce risque.

Dans cette perspective, la Conférence nationale des finances publiques constitue un espace de réflexion qui pourrait être mobilisé sur les questions de dépendance. Lors de sa réunion du 11 janvier 2006, le gouvernement a décidé d'engager une stratégie pluriannuelle de désendettement à partir d'un programme de stabilité transmis à la Commission européenne avec pour objectif un retour à l'équilibre des comptes publics au plus tard à l'horizon 2010 et plus rapidement si la croissance économique est favorable. Les orientations prises pour les finances publiques en matière de dépendance ont vocation à être une déclinaison parmi d'autre de cette stratégie.

Autant que possible les scénarios envisagés ici ont été chiffrés, pour éclairer les pouvoirs publics sur l'intensité des mesures financières à mettre en œuvre.

Le périmètre des dépenses prises en compte est celui retenu par le centre d'analyse stratégique pour projeter l'évolution des dépenses de personnel (cf p 35). Le scénario du libre choix a servi de point de référence pour apprécier l'évolution de la dépense, même si l'on n'a pas écarté d'autres scénarios, qui s'éloignent de ces hypothèses.

En termes de recettes plusieurs types d'orientations peuvent être envisagées, selon que l'on souhaite ou non augmenter les prélèvements obligatoires affectés à la dépendance. En fait ces orientations recouvrent elles-mêmes des scénarios d'inspiration relativement différentes.

Schématiquement trois scénarios sont distingués.

1. Un premier scénario consisterait à refuser toute augmentation nouvelle de prélèvements obligatoires affectés à la compensation de la dépendance.

Ce scénario pourrait s'appuyer sur le fait que la croissance spontanée des financements déjà alloués à la dépendance (qu'on peut estimer à 2,25 % en volume, soit le rythme de croissance potentiel du PIB) permet d'absorber les conséquences des évolutions démographiques projetées (1% par an en moyenne, avec une augmentation plus importante en début et en fin de période).

Ce scénario recouvre deux approches différentes d'esprit :

- La première s'attache à stabiliser à son niveau actuel le système de prise en charge de la dépendance et modérer autant que possible la croissance des coûts, notamment salariaux. Elle pourrait notamment impliquer une politique volontariste de gestion du risque, visant à prévenir la surqualification des interventions à domicile et à maintenir à son niveau actuel le niveau d'encadrement en établissement.

Cette approche inclut également la mise en place d'un ensemble de mesures de maîtrise des coûts salariaux, telles que la contractualisation pluriannuelle entre l'autorité de tarification et l'organisme gestionnaire sur la base d'objectifs de performance, le développement de la formation professionnelle et de la validation des acquis de l'expérience dans le champ médico-social, l'harmonisation des conventions salariales du secteur, une politique d'octroi de permis de travail et de développement du service civil sur les emplois médico-sociaux.

- La deuxième table sur une amélioration ciblée de la qualité des prises en charge, mais un nouveau partage de la couverture publique, notamment via une APA recentrée et le développement de l'assurance dépendance pour les ménages ayant les revenus les plus élevés. L'APA pourrait mieux solvabiliser les ménages modestes en contrepartie de quoi sa couverture serait recentrée sur deux ou trois GIR ou le montant des tickets modérateurs serait accru. Les marges de manœuvre ainsi dégagées semblent plus importantes pour la seconde politique que pour la première, mais elles posent la question de couverture du risque de dépendance partielle par les ménages modestes. Ce scénario risque en effet d'augmenter de façon importante les restes à charge supportés dans les cas de dépendances plus légères, notamment de ceux qui ne sont pas en mesure de s'assurer. Ceci risquerait de conduire au développement d'un système de prise en charge à plusieurs vitesses. Pour y répondre, un redéploiement entre les dépenses fiscales pourrait être examiné (sous forme d'un crédit d'impôt) pour compenser partiellement ce reste à charge pour les ménages modestes et faciliter la souscription d'assurances individuelles. Il est difficile de simuler cette évolution a priori, car cela implique de faire des hypothèses sur l'impact sur la dépendance totale d'une plus faible couverture du risque. Cette orientation poserait également la question de la capacité des pouvoirs publics à participer à l'organisation des services nouveaux nécessaires à une meilleure coordination des prises en charge sanitaires et médico-sociales.

A court et moyen terme, ce scénario impliquerait de remettre en cause les orientations retenues par le PSGA.

Une variante de ce scénario consisterait à prévoir une hausse très modérée des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance pour neutraliser l'effet sur les dépenses de la croissance démographique (+1%). Cette hypothèse répondrait à une logique d'équité entre générations.

2. Un deuxième scénario consiste à faire progresser le niveau des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance pour maintenir le niveau actuel de couverture du risque dépendance, mais en faisant monter en gamme la quantité et la qualité des prises en charge.

Ce scénario s'appuie sur les projections du Centre d'Analyse Stratégique qui préconise une montée en gamme rapide des prises en charge et une légère réduction du périmètre des dépenses laissées à la charge des ménages (cf supra).

Si l'on retient les chiffrages du centre¹²⁴, le rythme de croissance des dépenses publiques nécessaire pour financer ce scénario serait de +4,7% par an soit 2,5points de plus que la croissance spontanée des recettes (supposée à 2,2%).

Ce rythme soutenu de croissance des dépenses correspond à une approche volontariste des politiques à conduire pour améliorer le système de prise en charge en matière de niveau d'encadrement et de développement des services à domicile. Par rapport au scénario précédent, les pouvoirs publics se donneraient ainsi chaque année une marge de manœuvre supplémentaire pour procéder à cette amélioration. Ils peuvent aussi décider d'en affecter une partie à la réduction du reste à charge des ménages, mais cet effort ne pourrait se faire qu'en contrepartie d'une réduction des objectifs de prise en charge.

¹²⁴ Sur un champ incluant les dépenses de personnel financée par l'APA et de l'assurance maladie (cf point 122)

Ce scénario semble avoir été retenu comme cible à long terme par le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 avec toutefois des hypothèses de croissance des taux d'encadrement en établissement et des mesures diverses.

3. Un troisième scénario consisterait à basculer de façon beaucoup plus significative que l'a prévu le CAS vers une plus grande socialisation du risque dépendance et un effort de réduction des restes à charge laissés par l'APA.

La croissance des dépenses serait dans ce scénario supérieure à celle prévue dans le scénario précédent du montant correspondant à la réduction des restes à charge. Le champ des possibles pour ce scénario est large.

Deux variantes peuvent être envisagées :

- la première consisterait, en plus des aménagements préconisés par le CAS, à fixer une règle d'évolution des tickets modérateurs pour stabiliser le niveau du reste à charge des ménages à son niveau actuel, revalorisé uniquement chaque année en fonction de l'inflation. Ce scénario conduirait, si l'on extrapole les projections du Centre d'Analyse Stratégique, à une croissance des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance de 5,2% par an, soit 3 points de plus que la croissance spontanée des recettes ;
- une variante consisterait à plafonner le ticket modérateur dans le barème de l'APA pour lui substituer un système de ticket modérateur unique¹²⁵, par exemple de 15%, dont ne seraient exonérés que les plus bas revenus (par exemple, ceux qui sont déjà en dessous de ce niveau de ticket modérateur). Elle pourrait passer par un redéploiement des aides fiscales existantes. Son coût est difficile à simuler car il impose de faire des hypothèses sur le niveau de non recours à l'APA induit par le barème actuel. Si on suppose que 20% des ménages dépendants ne recourent pas à l'APA, ce scénario implique, selon de premières estimations, une dépense supplémentaire de 900 M euros à 1 Mds euros dès la première année¹²⁶.

4.1.2. *Les critères d'appréciation des scénarios*

Les scénarios décrits sont résumés dans le tableau de la page 67 qui appelle les commentaires suivants :

❖ **La soutenabilité**

Faut-il programmer sur vingt ans les ressources affectées à la dépendance ? La question de la soutenabilité à long terme de ces scénarios se pose de façon différente selon le niveau de croissance des prélèvements obligatoires envisagés ; il est plus facile de soutenir à long terme un scénario de stabilisation des prélèvements obligatoires qu'une croissance rapide.

Faut-il une augmentation à un moment donné des financements alloués au secteur de la dépendance ou lisser dans le temps la croissance des recettes ? La première solution, qui a la préférence des professionnels du secteur, sera notamment retenue si l'on souhaite construire une architecture institutionnelle nouvelle ou modifier rapidement les règles d'attribution de l'APA.

¹²⁵ A noter toutefois que, selon le baromètre DREES, 77% des français trouvent légitime de garder des prestations sous conditions de ressources en matière de dépendance.

¹²⁶ Cette estimation repose sur l'évaluation suivante : le montant total des tickets modérateurs de l'APA à domicile équivaut à 753 M euros, pour un ticket modérateur moyen de 109 euros par mois pour 5760000 bénéficiaires en juin 2006) auxquels s'ajoutent 606 M euros de tickets modérateurs en établissement (pour un ticket modérateur moyen de 128 euros pour 395000 bénéficiaires), soit au total 1,3 Mds euros. A domicile seul 29% des bénéficiaires de l'APA n'acquittent pas de ticket modérateur. Pour cette population on considère que la situation ne change pas. Pour les autres, on remplace les tickets modérateurs actuels (1,3 Mds euros) par un mécanisme universel de ticket modérateur de 15% de la dépense totale d'APA (15% de 5,2 Mds euros, soit un reste à charge de 779 M euros), soit une dépense supplémentaire de 520 M euros. On suppose par ailleurs une réduction du non recours à l'APA liée à la baisse des tickets modérateurs peut conduire à l'entrée dans le dispositif de 10% de nouveaux bénéficiaires (soit 97000 personnes) et on applique à l'intégralité de ces personnes le montant moyen de l'APA déduction faite d'un ticket modérateur de 15%, soit une dépense supplémentaire de 466 M euros.

Elle conduirait toutefois à des à-coups dans le financement des secteurs de l'aide à domicile et des établissements, peu compatibles avec une évolution régulière des recrutements et des niveaux de rémunération. Les évolutions récentes du modèle allemand de *Pflegeversicherung* ne plaident pas non plus pour une hausse par à-coups des financements. L'Allemagne a en effet fait le choix en 1994 d'un accroissement aussi significatif que soudain des ressources allouées à la prise en charge de la perte d'autonomie dans le cadre d'une assurance sociale. Or les recettes allouées à ce régime, essentiellement constituées de cotisations sociales, n'ont pas suivi depuis 1997 l'évolution des coûts, ni même l'évolution générale des prix, ce qui a conduit à une dégradation progressive du pouvoir d'achat des prestations et à un creusement des déficits.

❖ **La visibilité pour les ménages**

L'adoption d'un scénario de long terme peut fournir l'occasion de développer l'information des ménages sur leur niveau de risque et les modalités de sa couverture. Cet enjeu est essentiel pour favoriser la prévoyance. On pourrait par exemple imaginer d'inclure une information sur le niveau de prise en charge par l'APA des ménages dans les supports d'information délivrés au titre du droit à l'information en matière de retraite ou de développer un rendez vous « bien vieillir » à l'âge de 55 ans.

❖ **La redistributivité**

Les scénarios qui prévoient une meilleure couverture du risque dépendance peuvent avoir un effet « anti-redistributif » puisqu'ils reviennent à mieux soutenir les ménages actuellement les moins bien couverts, à savoir les ménages les plus aisés. Mais ces effets ne sont pas automatiques, notamment si le redéploiement de l'aide publique contribue à gommer les disparités de prises en charge défavorables aux classes moyennes.

❖ **La pertinence d'un schéma de branche de protection sociale pour inscrire dans la durée les financements dégagés**

La première question posée aux scénarios de croissance des prélèvements obligatoires consiste à savoir quels paramètres mobiliser et quel système de gouvernance mettre en place pour inscrire le scénario retenu dans la durée et donner de la visibilité aux ménages sur le niveau de couverture du risque. La seconde question est leur soutenabilité dans la durée, compte-tenu des autres besoins sociaux (retraites, santé) et économiques.

Un schéma de branche de la protection sociale consiste alors à fixer un principe d'équilibre qui consiste à ajuster les dépenses en fonction des recettes allouées. Il semble d'autant plus pertinent que le niveau des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance est élevé :

- pour éviter que la hausse des prélèvements obligatoires consentie pour ce secteur ne finance d'autres dépenses ;
- pour garantir que cette hausse est maîtrisée sur le long terme par la régulation des dépenses et ne conduit pas à des déficits, qui pourraient exiger de nouveaux prélèvements obligatoires.

Pour garantir la neutralité entre générations, ce schéma peut impliquer de lisser dans le temps l'effet des évolutions démographiques en permettant d'épargner les excédents permis par les situations de creux démographiques (2020-2030).

Deux pistes semblent à cet égard envisageables :

- Celle d'un nouveau risque de sécurité sociale, organisé sous forme de branche ; cette piste serait juridiquement permise par l'article 112 de l'ordonnance de 1945. La nouvelle branche pourrait par exemple être rattachée aux régimes généraux d'assurance vieillesse ou de maladie, comme l'est déjà, pour ce dernier, la branche accident du travail maladie professionnelle. Le régime vieillesse considère en particulier qu'il aurait légitimité à gérer ce nouveau risque, en mobilisant notamment la compétence dont il dispose déjà au sein du réseau des caisses régionales d'assurance maladie.
- Celle d'une branche de protection sociale d'un type nouveau, qui est ici privilégié (voir chapitre V).

❖ **L'efficacité de la dépense consacrée à la dépendance**

Les modes de financement choisis doivent enfin être appréciés au regard de leur capacité à responsabiliser les différents acteurs, à permettre une allocation optimale des ressources vers les dispositifs les plus performants et à favoriser les restructurations et redéploiements nécessaires à une meilleure adaptation de l'offre.

A cet égard, l'implication de financeurs privés est de nature à orienter une part croissante des ressources vers les modes de prise en charge les plus efficaces et les plus adaptés aux attentes des personnes bénéficiaires.

❖ **Le lien avec l'affirmation d'un droit à compensation universelle**

Les scénarios qui prévoient une croissance importante des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance dégagent par nature plus de marges de manœuvre pour construire un système cohérent de compensation de tous les handicaps.

PRESENTATION DES DIFFERENTS SCENARIOS POUR LES FINANCES PUBLIQUES (hors dépenses d'investissement)

	SCENARIO 1	SCENARIO 1 variante	SCENARIO 2	SCENARIO 3	SCENARIO 3 variante
Impact sur les prélèvements obligatoires	Nul	Faible	Moyen	Elevé	Très élevé
Progression en % des recettes affectées à la dépendance (nette de l'inflation)	2,25%	3,25%*	4,7%*	5,2%*	5,7%
Progression en % nette de la progression spontanée des recettes existantes***	0 %	+ 1 %	+ 2,5 %	+2,9%	+ 3,5%
Soit en M euros par an (en valeur 2005)**	0	99	242	292	341
Soit en point de CSG supplémentaires par an****	0	0,011	0,027	0,032	0,038
Soit en M euros sur vingt ans (en valeur 2005)**	0	1980	4851	5841	6831
Soit en point de PIB supplémentaire au bout de vingt ans	0	0,11%	0,28%	0,34%	0,4%
Soit en point de CSG au bout de vingt ans****	0	0,22	0,54	0,65	0,76
Evolution du reste à charge des ménages	Augmente ++	Augmente	Incertain	Inchangé	Diminue
Besoin d'information des ménages sur le niveau de couverture du risque	+ +	+	+	+	0
Mode de revalorisation de l'APA	Sur l'inflation	Sur les salaires	Sur les salaires, voire davantage	Sur les salaires, voire davantage	Sur les salaires, voire davantage
Evolution de l'assurance dépendance	Développement	Développement	Maintien de l'existant	Quasi disparition	Disparition
Pertinence d'un schéma de branche de protection sociale pour inscrire dans la durée les financements dégagés (cf point 54)	0	0	+	++	++
Nécessité d'épargner les excédents en situation de creux démographiques (2020-2030)	0	+	++	++	++

* En retenant, comme le CAS, une hypothèse de 1,7% de croissance des coûts salariaux (nette de l'inflation) ** Sur la base du périmètre de dépense retenu par le Centre d'Analyse Stratégique (voir p 35), contenant uniquement les coûts de personnel (hors dépenses d'investissement)*** On considère que cette progression spontanée évolue comme le PIB estimé à 2,25 % **** La référence à cette ressource est indicative (cf point 523)

4.1.3. *Les questions relatives à la nature des financements publics*

Pour les scénarios impliquant une hausse des prélèvements obligatoires, la question se pose du choix des financements publics potentiellement mobilisables.

❖ **Un arbitrage nécessairement commun à l'ensemble de la protection sociale**

L'affectation de nouveaux prélèvements obligatoires à la prise en charge de la dépendance ou la remise à plat des financements existants s'intègre nécessairement dans une approche d'ensemble du financement de la protection sociale. Les effets d'un nouveau prélèvement sur le coût du travail, ainsi que sur le pouvoir d'achat doivent être mis en perspective avec les autres évolutions du financement de la protection sociale, qui peuvent en compenser l'impact.

Par ailleurs, les perspectives de financement de la dépendance semblent directement connectées à celles de l'assurance maladie. La porosité est grande entre les deux secteurs. Les ordres de grandeur sont très différents : l'assurance maladie représente 10 fois les dépenses affectées à la dépendance, si bien que les gains d'efficacité réalisables sur cette dépense peuvent permettre des redéploiements substantiels y compris pour financer la dépendance. L'approche globale de la dépense publique et la recherche de gains d'efficacité et de hiérarchisation des priorités qui caractérise les travaux réalisés par le Conseil d'orientation des finances publiques, sous l'égide de M. Carrez, sur l'impact du vieillissement démographique sur les finances publiques, conduit à envisager l'effort collectif pour la dépendance en liaison avec les dépenses réalisées pour les risques corrélés que sont la vieillesse et la maladie.

Le principe d'un financement des dépenses supplémentaires par redéploiement, qui est de bonne gestion, conduit à s'interroger sur les aides fiscales dont bénéficient les ménages et dont les effets anti-redistributifs ont été soulignés. Il pourrait s'agir notamment des aides fiscales évoquées plus haut dont le coût représente près de 500 M euros. Certaines de ces aides ne bénéficient pas qu'aux personnes dépendantes, mais aussi à l'ensemble des personnes handicapées. Le redéploiement de ces aides doit donc être pensé dans le cadre du rapprochement des politiques de compensation du handicap. La réflexion sur les possibilités de redéploiement devrait avoir un champ plus large que celui des seules aides allouées à la dépendance.

En toute hypothèse, la constitution de nouvelles niches fiscales ou sociales pour solvabiliser les ménages ne contribue pas à clarifier les circuits de financement de la dépendance et pose des problèmes de cohérence de l'effort à destination des différentes catégories de ménages.

Il serait sans doute aujourd'hui peu pertinent de créer une nouvelle ressource dédiée au financement de la dépendance, par exemple une ressource constituée d'un prélèvement forfaitaire sur tous les revenus croissant en fonction de l'âge. Une piste de ce genre, séduisante sur le plan des principes, est par exemple envisagée en Allemagne. La complexité du système français de prélèvements obligatoires appelle toutefois davantage à la simplification qu'à l'identification de nouveaux prélèvements. On peut néanmoins s'interroger sur la possibilité de parfaire la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), actuellement assise sur trois types d'assiette :

- les revenus d'activité des travailleurs salariés ;
- les revenus de placement ;
- les revenus du patrimoine.

En revanche, ni les revenus de remplacement, ni les revenus des non-salariés ne sont assujettis à la CSA. Afin d'améliorer le rendement de la contribution de solidarité, il pourrait être envisagé d'intégrer dans l'assiette ces revenus comme c'est le cas de la CSG. Cette intégration pourrait porter aussi sur les revenus des jeux. Elle apporterait 750 M euros par an.

La question se pose de savoir si le financement de la dépendance doit s'inspirer d'une logique catégorielle (pesant principalement sur les ménages concernés en fonction de leur niveau de risque et donc

notamment de leur âge) ou d'une logique universelle (pesant sur tous les ménages en fonction de leur capacité contributive). Sur le plan des principes, les deux approches sont relativement confondues. Chacun s'accorde à reconnaître que le risque dépendance appelle un financement dont l'assiette soit la plus universelle possible s'agissant d'un risque sans lien avec la situation professionnelle du bénéficiaire et qui concerne tous les citoyens.

Dans cette perspective, on peut considérer que la croissance des dépenses en matière de dépendance devrait d'abord être financée par des prélèvements assis sur les revenus des retraités, avant la mobilisation d'une ressource universelle, notamment fiscale. Comme l'ont noté un grand nombre de nos interlocuteurs, il faut être attentif à ce que les nouvelles recettes identifiées reposent le moins possible sur les revenus du travail : à cet égard, le modèle de financement que constitue la CSA ne semble pas reproductible. En revanche, plusieurs éléments plaident pour majorer les prélèvements sur les revenus de remplacement des retraités :

- alors que le risque est universel, les retraités contribuent aujourd'hui assez peu au financement de la dépendance ;
- pour les ménages de plus de 60 ans, une contribution au financement d'un système de couverture du risque dépendance présenterait le caractère d'un revenu différé, dès lors que les garanties sur le niveau de couverture du risque sont bonnes ;
- il y a une légitimité à ce que les générations du baby boom, plus nombreuses et mieux dotées en patrimoine que les générations précédentes, contribuent davantage à des mesures qui viseraient à accroître le niveau moyen de prise en charge qui leur sera proposé ;
- enfin, les prélèvements assis sur les revenus des retraités auront du fait des effets démographiques un dynamisme supérieur à celui de la richesse nationale.

A cet égard, la source de financement que pourrait constituer une harmonisation entre les taux de CSG applicables aux revenus de remplacement présente un intérêt évident. Si l'on excepte de cette mesure les ménages totalement exonérés de CSG, qui sont allocataires de minima sociaux, le produit supplémentaire à attendre de cette harmonisation serait de 1,5 Md euros. Ce montant est notamment sensible aux mesures prises sur les bénéficiaires du minimum vieillesse. La pertinence de cette mesure, qui jouera sur le pouvoir d'achat des ménages, doit s'apprécier dans le cadre de la problématique plus générale du financement des retraites. Il en serait de même pour la suppression progressive de l'abattement de 10% sur le montant des pensions (2,3 Mds euros), dont la possibilité a été également évoquée.

Enfin, pour les scénarios les plus coûteux, une piste de financement évoquée au cours des travaux consisterait à réexaminer les prélèvements sur les droits de succession et notamment à s'interroger sur le maintien des exonérations à ces droits par exemple celle accordée dans le cadre de l'assurance vie¹²⁷. On peut en effet penser que mieux solvabiliser les ménages âgés peut constituer une subvention indirecte des transmissions de patrimoine (il n'est plus nécessaire de tirer sur son patrimoine pour financer sa dépendance). On a vu par ailleurs que le niveau moyen de patrimoine des générations qui seront dépendantes dans les prochaines années va aller croissant.

Une autre approche consisterait à réintroduire le recours sur succession pour l'APA en réformant assez profondément les modalités, par exemple en prévoyant un niveau minimal de patrimoine sur lequel le recours ne peut être exercé. Cette approche permettrait de mieux prendre en compte le patrimoine des ménages transmis au moment de l'héritage (et pas seulement celui soumis à des droits de successions) et notamment les produits de l'épargne accumulée.

❖ La répartition entre financements nationaux et locaux

L'opinion publique souligne souvent la saturation de la fiscalité locale et la nécessité d'identifier de nouveaux impôts locaux. Cette orientation est expressément écartée par le récent rapport de Pierre Richard sur les dépenses publiques locales¹²⁸ : « *ce n'est pas au moment où on cherche à maîtriser la dépense locale*

¹²⁷ Le fascicule voie et moyen du projet de loi de finances pour 2007 indique à cet égard une dépense fiscale de 3,5 mds euros.

¹²⁸ P Richard, *Solidarité et performance, les enjeux de la maîtrise des dépenses publiques locales*, 2006

qu'il est opportun d'envisager la création de nouveaux impôts. En revanche, il convient de continuer les transferts de fiscalité de l'Etat vers les collectivités pour accompagner les dépenses, très dynamiques, qui leur sont confiées ».

A ce titre, une idée souvent évoquée est la création d'une CSG départementale¹²⁹, qui pourrait constituer une source de financement de la dépendance. Cette piste pose toutefois problème, pour trois raisons notamment :

- la base taxable serait mal répartie, la CSG sur les revenus d'activité, étant acquittée au lieu de paiement des revenus, qui n'est pas nécessairement celui du domicile du contribuable. La « CSG locale » (ou la répartition d'une fraction de la CSG nationale) ne serait donc pas perçue (ou affectée) en fonction du lieu de résidence des contribuables mais en fonction de la localisation de leurs employeurs ou des établissements payeurs. Or l'objectif de la fiscalité locale est de faire supporter aux résidents les coûts des services publics locaux dont ils bénéficient ;
- la répartition est très inégale : l'écart par habitant pourrait aller de 1 à 2,8 entre départements¹³⁰ ;
- les modalités de recouvrement sont pour partie déterritorialisées : la CSG sur certains revenus de remplacement, sur les revenus du patrimoine, sur les revenus tirés des placements financiers et sur les produits des jeux (soit 30% de l'assiette) est recouvrée soit au niveau national, soit par certaines URSSAF ou centres des impôts spécifiquement désignées et qui ne correspondent pas à une circonscription territoriale.

Le rapport Richard énonce un principe selon lequel : « *la répartition des ressources nationales entre l'Etat et les collectivités locales doit être cohérente avec les transferts de compétences opérés vers les collectivités et tenir compte du caractère plus ou moins dynamique des dépenses qu'ils entraînent* ».

Il pourrait s'agir d'allouer à la CNSA et à l'assurance maladie les financements supplémentaires dégagés, sans prévoir de nouvelles impositions locales. Les dépenses des conseils généraux en matière d'APA n'évolueraient qu'en fonction du dynamisme des bases locales.

Cette piste recouvre plusieurs options :

- la gestion par les conseils généraux d'une prestation dont le financement est intégralement compensée au plan national : la suppression de la responsabilité de gestionnaire du financement risque toutefois de favoriser l'inflation des dépenses ;
- le maintien d'un cofinancement local – national, choix qui peut lui-même recouvrir deux modalités selon que la participation de l'Etat est définie en référence à une proportion constante de la dépense totale ou à une fraction de la recette affectée (comme cela est le cas actuellement). Cette deuxième modalité présente l'avantage de renforcer le rôle de la péréquation par la CNSA entre départements, tout en maintenant la responsabilité financière de l'acteur responsable de la mise en œuvre (le département) puisque c'est à lui qu'incombe l'ajustement de la dépense.

4.2. L'assurance privée du risque : redéployer les incitations fiscales à destination des complémentaires plutôt qu'en envisager de nouvelles

4.2.1. Les pistes d'évolution des produits

❖ Les avantages attendus du développement de l'assurance dépendance

Le rapport du Centre d'analyse stratégique préconise *"la mobilisation d'une couverture assurantielle du risque dépendance en particulier dans une perspective de long terme"*. Il recommande à l'Etat *"de préciser la manière dont l'assurance privée dépendance pourrait s'insérer parmi les dispositifs publics et privés de compensation de la perte d'autonomie et en particulier s'articuler avec l'APA"*.

¹²⁹ Voir par exemple, Ph Valletoux, Fiscalité et finances publiques locales : à la recherche d'une nouvelle donne, Conseil économique et sociale, 2006

¹³⁰ Source : DGI – annuaire statistique 2001. Répartition par département estimée à partir de la ventilation des revenus catégoriels déclarés à l'impôt sur le revenu

Le développement de la place de l'assurance dépendance est notamment envisagée pour prendre le relais de la dépense publique et modérer la croissance des prélèvements obligatoires, en considérant que les systèmes publics actuels qui opèrent une mutualisation du risques en répartition ne permettront pas de financer une charge augmentant sensiblement plus vite que la richesse nationale.

Sur le plan des principes, l'existence d'un long délai avant la réalisation du risque dépendance constitue un contexte favorable à un système qui repose sur une base de capitalisation. C'est notamment le cas compte tenu des prévisions démographiques qui laissent entrevoir un « ressaut » du nombre de personnes dépendantes aux alentours de 2030, qu'un système par capitalisation pourrait anticiper.

❖ **Un nouveau partage du risque ?**

On a vu que les contrats d'assurance restent aujourd'hui trop peu développés pour couvrir à grande échelle le risque dépendance. On peut envisager d'améliorer ce marché en repensant le partage entre assurance privée et publique, avec notamment la finalité de proposer des prestations en nature et non pas en rente.

Deux orientations sont notamment envisageables :

- une première pourrait consister à séparer le risque selon le niveau de dépendance : la dépendance partielle serait couverte par les assureurs et la dépendance lourde par l'APA. Cette articulation est problématique, car les professionnels de l'assurance connaissent des difficultés particulières à couvrir uniquement la dépendance partielle. De plus, elle risquerait d'induire des ruptures dans la prise en charge des assurés ;
- enfin, une seconde piste pourrait consister à séparer le risque en fonction du revenu des ménages. C'est déjà l'orientation implicitement retenue par le barème actuel de l'APA, mais elle pourrait être renforcée.

Au total, ces évolutions ne semblent pas de nature à aboutir à des contrats qui répondent totalement aux besoins des français de disposer de garanties sur les services qui leur seront fournis. Avant d'envisager des incitations supplémentaires à la souscription de contrat, il faut mieux cibler les incitations existantes, sans oublier que la définition d'une stratégie de long terme sur l'évolution des restes à charge est le meilleur levier pour favoriser la prévoyance individuelle.

4.2.2. *Redéployer plutôt que créer de nouvelles incitations*

❖ **Les aides fiscales existantes**

Les primes ou cotisations versées sur des contrats d'assurance dépendance souscrits facultativement ne sont pas déductibles du revenu imposable. En contrepartie, les rentes ou indemnités perçues lors de la réalisation du risque sont exonérées de l'impôt sur le revenu.

Les cotisations versées dans le cadre d'un PERP sont, dans certaines limites, déductibles fiscalement. Mais la contrepartie de cette déductibilité fiscale lors de la phase d'épargne est que, à la sortie, les rentes sont imposables à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des pensions.

Les dispositions de l'article 995 du code général des impôts exonèrent les contrats d'assurance dépendance de la taxe sur les conventions d'assurance.

Lorsque le risque de dépendance est couvert dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire, certaines règles, notamment concernant la tarification, doivent être respectées les règles fiscales et sociales relatives aux régimes de prévoyance pour bénéficier des dispositions de l'article 83 du Code général des impôts et L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

❖ Eviter un dispositif fiscal d'incitation supplémentaire

Une proposition de loi présentée par le sénateur A. Vasselle en 2004 prévoit notamment :

- des incitations fiscales et, notamment, une réduction d'impôt en cas de souscription de contrat d'assurance dépendance ;
- une exclusion de l'assiette des cotisations sociales des contributions des employeurs afférentes à un contrat d'assurance dépendance ;
- un dispositif d'aide par le conseil général pour permettre aux personnes qui n'ont pas ou plus les moyens de cotiser à un contrat d'assurance dépendance, collectif ou individuel. En contrepartie, le recours sur succession ou donation serait rétabli ;
- une modification du code de la sécurité sociale pour inclure explicitement la perte d'autonomie et la dépendance dans le champ des contrats collectifs d'assurance et renforcer les obligations d'information de la part de l'assureur ;
- des dispositions diverses, pour permettre le transfert de droit d'un contrat à un autre, en cas de chômage, de faillite de l'entreprise ou de mise à la retraite ainsi que le gage.

Le député M Hunault a déposé une proposition de loi analogue en novembre 2005¹³¹.

Un amendement n° I-261, présenté par M. Vasselle, au projet de loi de finances 2007 a notamment proposé une réduction d'impôt plafonné à 1 070 euros par personnes (2 140 euros pour un couple) pour les primes afférentes à des contrats d'assurance dépendance « *lorsque lesdits contrats garantissent, à titre principal, le versement d'une rente viagère au bénéficiaire lorsque celui-ci devient dépendant* ». Le sénateur Badré avait présenté un amendement similaire ainsi qu'un texte prévoyant l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales des primes en matière de dépendance. La commission des finances, via son rapporteur, P. Marini, a rejeté ces amendements au motif que la définition fiscale de la dépendance soulève encore trop de questions pour permettre ce type d'incitation.

Le Gouvernement a partagé l'avis défavorable de la commission des finances, en soulignant que l'adoption de l'amendement poserait un certain nombre de problèmes en termes d'articulation avec les dispositifs existants et que l'attribution d'une aide au moment de la constitution de la rente conduirait à s'interroger sur la question du régime fiscal de la rente en cas de réalisation du risque.

Plus encore, compte tenu des imperfections du marché de l'assurance dépendance, il semble à ce stade plus pertinent de redéployer les incitations existantes que d'en envisager de nouvelles.

En particulier, les contrats d'assurance dépendance bénéficient depuis 2002 d'une exonération de taxe sur les conventions d'assurance sans contrepartie en termes de sélection des risques. Les rentes versées ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu et non prises en compte dans le barème de l'APA.

❖ Prévoir des incitations particulières à la souscription de contrat d'assurance dépendance dans le cadre de contrats d'épargne retraite

L'épargne retraite a vu sa collecte dynamisée par la mise en œuvre de la réforme sur les retraites de 2003 et l'émergence de nouveaux produits à support collectif (PERCO, PERE) ou individuel (PERP). Fin 2006, plus de 1,9 million de plans d'épargne retraite populaire (PERP) avaient été souscrits selon la Fédération française des sociétés d'assurance. L'épargne retraite, qui conduit à la constitution progressive au cours de la vie professionnelle d'un stock d'épargne, restituée ensuite à l'assuré au moment de la cessation d'activité professionnelle sous la forme d'une rente versée jusqu'au terme de sa vie constitue un bon support pour financer des dépenses récurrentes.

¹³¹ En juin 2004, le député M Hunault avait déjà déposé une proposition de loi prévoyant un mécanisme d'exonération plafonnée de CSG pour les sommes consacrées à un contrat d'assurance en cas de dépendance. Cette incitation avait pour contrepartie une meilleure formalisation au sein du code des assurances du statut des contrats d'assurance en cas de dépendance, sous sa forme individuelle et sous sa forme collective, renvoyant au décret pour l'ensemble des conditions d'application.

L'articulation de l'assurance dépendance et de l'épargne retraite peut ainsi être une piste intéressante pour atténuer le choc que constitue pour l'assuré le passage d'un contrat collectif couvrant la dépendance, souvent souscrit durant la période d'activité de l'assuré, à un contrat individuel dépendance.

Il s'agit dès lors de ne pas chercher spécifiquement à favoriser la souscription d'une assurance dépendance stricto sensu durant la phase d'activité mais à focaliser les efforts sur la constitution d'une épargne en vue de la retraite et au-delà. Les produits (PERP, PERE, contrats de l'article 83, PREFON, contrats Madelin, contrats relevant de l'article L. 441 du code des assurances) existent et la réglementation actuelle permet une gestion individualisée de ces droits (notamment la transférabilité d'un contrat à un autre). La souscription d'une couverture dépendance pourrait dès lors être décidée par le salarié au moment de sa cessation d'activité professionnelle. Au regard de l'épargne retraite constituée durant la phase d'activité, l'assuré arbitrerait alors entre la part de l'épargne accumulée qu'il souhaiterait voir dédiée à l'obtention d'un revenu de remplacement et la part qu'il souhaiterait voir dédiée à la couverture du risque dépendance, et qui donnerait lieu en cas de survenance du risque au versement d'une rente d'appoint.

Le rapport Marini¹³² propose de créer un cadre fiscal incitatif pour la souscription de garanties dépendance dans le cadre des contrats PERP. Pour coupler un contrat d'épargne retraite et un contrat de dépendance, le rapport propose de permettre la déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance sur un contrat d'épargne retraite, dans les mêmes conditions que les cotisations de base au PERP. Une enveloppe particulière à la dépendance serait identifiée dans les mécanismes de déductibilité.

Toutefois l'opportunité de créer une nouvelle enveloppe fiscale dédiée à la dépendance est discutable. En effet, on observe que le plafond de déductibilité fiscale de l'épargne retraite n'est actuellement pas pleinement utilisé¹³³. Plutôt que la création d'une nouvelle enveloppe fiscale, l'opportunité d'intégrer, à l'intérieur des plafonds actuels de déductibilité de l'épargne retraite, les cotisations versées en vue de la souscription d'une assurance dépendance ou d'une garantie dépendance adossée à un contrat d'épargne retraite, semble plus pertinente.

Si elle est susceptible de dynamiser la prévoyance individuelle, il convient de souligner que cet élargissement de l'enveloppe fiscale dédiée à l'épargne retraite à la dépendance aurait un coût fiscal et ne bénéficierait qu'aux ménages soumis à l'impôt sur le revenu. Une telle incitation fiscale devrait en tout état de cause prévoir des contreparties : le droit à déductibilité devrait être réservé aux contrats offrant certaines garanties minimales (couverture de la dépendance lourde, effort en matière d'information précontractuelle, etc.).

Au-delà de la question fiscale et de la création de dispositifs incitatifs à la souscription de tels contrats, l'adossement de garantie dépendance optionnelle à un contrat d'épargne retraite faisant l'objet d'un cantonnement légal, tel que le PERP, recouvre des enjeux prudentiels complexes. En effet, dans ce type de configuration, il importe que la gestion du risque dépendance, compte tenu des incertitudes scientifiques qui caractérisent ce risque aujourd'hui, ne conduise pas à fragiliser les engagements pris par les assureurs au profit de leurs assurés en matière d'épargne retraite. Aussi, si un tel schéma devait être exploré une séparation stricte de la gestion du risque dépendance et des opérations d'épargne retraite proprement dites devrait être privilégiée.

❖ Envisager une option « dépendance » au sein des de contrat d'assurance vie

Lorsqu'elle devient dépendante, une personne titulaire d'un contrat d'assurance vie peut procéder à des rachats partiels sur son contrat. Ces rachats peuvent évoluer en fonction de ses besoins, mais il se peut que l'épargne accumulée ne suffise pas à couvrir toute la période de prise en charge. Dans ce cas, la fiscalité propre aux rachats (prélèvement libératoire, impôt sur le revenu) s'applique : elle est fonction de la durée de l'épargne, mais globalement plus défavorable que celle d'une rente dépendance qui n'est pas imposée (seul 30% de la rente est imposable après 70 ans).

¹³² Ph Marini, *L'épargne retraite en France trois ans après la loi Fillon*, Sénat, rapport d'information n°486, septembre 2006

¹³³ Les versements annuels sur contrat PERP atteignent environ 1000 EUR par assuré alors que le plafond minimal de déduction est de l'ordre de 3000 euros par assuré.

Une option de sortie pour financer des prestations « dépendance » pourrait être prévue dans les contrats d'assurance vie. Les modalités notamment fiscales de cette option restent à définir en lien avec les professionnels du secteur. Elle pourrait notamment porter sur tout ou partie du contrat d'assurance vie, qui serait ainsi transformé en couverture dépendance avec versement immédiat de certaines prestations limitativement définies. Cette transformation pourrait se faire sans pénalité fiscale, les prestations servies n'étant pas non plus fiscalisées. Ce coût supplémentaire pourrait être financé par un redéploiement des avantages fiscaux dont bénéficie l'assurance vie.

S'agissant des contrats en cours, une garantie dépendance pourrait être insérée avec l'accord des parties par voie d'avenant dans les contrats d'assurance vie. Pour la favoriser, la fiscalité applicable à cette opération pourrait ne pas être pénalisante.

RESUME

- *Les évolutions des coûts en matière de dépendance s'inscriront dans un contexte général de tensions sur les branches de sécurité sociale qui sera peu favorable à de nouvelles hausses de prélèvements. A l'inverse, interioriser la contrainte sur les prélèvements obligatoires pourrait pénaliser durablement la prise en charge de la dépendance. Le choix à cet égard renvoie au nécessaire débat démocratique sur le niveau souhaité de dépense publique allouée à la prise en charge de ce risque.*
- *Trois types de scénarios sont possibles pour prévoir l'évolution des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance :*
 - *Un premier scénario consisterait à refuser toute augmentation nouvelle de prélèvements obligatoires affectés à la compensation de la dépendance. Ce type de scénario peut se concrétiser de plusieurs façons très différentes dans leur esprit, qu'il s'agisse de mieux cibler l'APA ou de développer la responsabilité individuelle.*
 - *Un deuxième scénario consiste à faire progresser le niveau des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance pour essayer de maintenir à leur niveau actuel le niveau des prestations servies et faire monter en gamme les prises en charge. Ce type de scénario correspond à celui retenu dans le Plan Solidarité Grand Age sur la base des préconisations du Centre d'Analyse Stratégique.*
 - *Un troisième scénario consisterait à basculer de façon beaucoup plus significative que l'a prévu le Centre d'Analyse Stratégique vers une plus grande solvabilisation du risque dépendance pour réduire l'effort des ménages.*
- *L'affectation de nouveaux prélèvements obligatoires à la prise en charge de la dépendance ou la remise à plat des financements existants s'intègre nécessairement dans une approche d'ensemble du financement de la protection sociale. Les effets d'un nouveau prélèvement sur le coût du travail, ainsi que ses conséquences sur le pouvoir d'achat doivent être mis en perspective avec les autres évolutions du financement de la protection sociale. Quelques orientations peuvent néanmoins être retenues pour améliorer le financement du secteur :*
 - *Il serait légitime que l'effort supplémentaire demandé en matière de dépendance soit financé par des prélèvements sur les revenus des retraités, avant la mobilisation d'une ressource universelle, notamment fiscale. A cet égard, la source de financement que pourrait constituer une harmonisation des taux de CSG sur les revenus de remplacement et sur les revenus d'activité présente un intérêt évident.*
 - *le patrimoine constitue une assiette sur laquelle une partie du financement supplémentaire de la dépendance gagnerait à être assis.*
- *S'il est indispensable d'accompagner les démarches de prévoyance des ménages, il ne faut pas attendre du développement de l'assurance privée la solution principale aux problèmes de financement de la dépendance. Pour cela, avant d'envisager des incitations supplémentaires à la souscription de contrats, il faut commencer par mieux cibler les incitations existantes et mieux informer les ménages sur le niveau de dépense qu'ils supporteront. A cet égard, la définition d'une stratégie de long terme sur l'évolution des restes à charge est le meilleur levier pour favoriser la prévoyance individuelle.*

CHAPITRE V : DE LA DEPENDANCE A LA PERTE D'AUTONOMIE : AGENDA ET GOUVERNANCE

Face à des enjeux complexes et enchevêtrés, savoir dans quel ordre prendre les problèmes est un préalable à l'adoption de bonnes décisions. L'enjeu est évident en matière de perte d'autonomie où, on l'a vu, les questions de répartition des compétences, de distribution, de niveau et de nature des financements, de partage entre prise en charge à domicile et en établissement, de qualité des prises en charge, de qualification des professionnels s'imbriquent à loisir. Démêler l'écheveau de ces questions ne peut être le fait d'une décision unilatérale de l'Etat, d'un nouveau plan ou d'une nouvelle loi. Cela implique non seulement ces instruments, mais aussi la définition d'un horizon partagé entre tous les acteurs de la prise en charge, la construction d'un système de gouvernance clair et la clarification des périmètres d'intervention.

5.1. Un élément structurant de l'agenda : préciser la portée et les modalités concrètes du droit à compensation prévu par la loi du 11 février 2005

5.1.1. Des évolutions récentes de la législation pour supprimer ou contourner la barrière d'âge qui ne sont pas satisfaisantes

❖ Le maintien des droits après 60 ans : une réponse incertaine

L'article 18V al 2 de la loi du 11 février 2005 a prévu les conditions dans lesquelles les droits des personnes handicapées sont maintenues après 60 ans. Ce dispositif reste fragile sur le plan juridique. En contournant la barrière d'âge pour maintenir les droits des personnes âgées qui vieillissent, il substitue une discrimination à âge identique à une discrimination liée à l'âge. On voit mal pourquoi une personne dont le handicap est survenu à 59 ans aurait un traitement différent d'une personne dont le handicap est survenu à 61 ans. La différence de traitement entre ces deux situations, qui devrait être durable, ne devrait d'ailleurs pas résister à l'application du principe constitutionnel d'égalité. Le Conseil constitutionnel n'a pas été saisi de la loi du 11 février 2005, si bien que son interprétation n'est pas connue sur ce point.

Une autre difficulté juridique tient à la rédaction de l'article 18Val2 de la loi du 11 février 2005¹³⁴, qui, tel qu'il est formulé, permet d'appliquer les règles de financement des établissements pour personnes handicapées à toutes les personnes, quel que soit leur âge, qui présentent un taux d'incapacité, dont le montant doit être fixé par décret (par exemple 80%¹³⁵), ce qui voudrait dire que cette disposition s'applique aux assurés qui n'ont pas été reconnus comme handicapés avant l'âge de 60 ans, mais sont en mesure de voir leur incapacité reconnue. Cette extension à des personnes qui relèvent jusqu'alors du droit de la dépendance, qui ne semble pas avoir été dans l'intention du législateur, est une nouvelle source d'insécurité juridique. L'examen du taux d'incapacité des personnes peut être réalisé pour faire valoir les droits aux pensions d'invalidité (auquel cas, il intervient le plus souvent avant 60 ans), mais il peut aussi l'être pour solliciter une "carte d'invalidité", ouvrant ainsi droit à une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Les plus de 60 ans représentent d'ailleurs déjà la moitié des nouvelles attributions de cartes chaque année, soit environ 46 000 nouvelles personnes en 2005. Pour eux, les dispositions de l'article 18Val2 pourraient créer un motif supplémentaire d'examen : obtenir l'application des dispositions financièrement plus favorables de prises en charge en établissement.

¹³⁴ Article 18, V (Art. L. 344-5-1 CASF) : « Toute personne handicapée qui a été accueillie dans un des établissements ou services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 bénéficie des dispositions de l'article L. 344-5 lorsqu'elle est hébergée dans un des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

Les dispositions de l'article L. 344-5 du présent code s'appliquent également à toute personne handicapée accueillie dans l'un des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, et dont l'incapacité est au moins égale à un pourcentage fixé par décret.»

¹³⁵ Seuil à partir duquel est ouvert le droit à une carte d'invalidité

Ce texte s'il est appliqué conduirait ainsi à multiplier, dans des conditions peu transparentes, les droits ouverts aux personnes âgées. Elle exigerait des familles, déjà fortement sollicitées avec les prestations existantes, des exercices de comparaison des barèmes d'une complexité sans pareil. Ce n'était pas l'objet de ce texte, c'est pourquoi les services du ministère de la santé et des solidarités ont jusqu'à présent marqué une position d'attente dans la publication de ses décrets d'application. Cette situation n'est pas satisfaisante. Certes le texte n'est sans doute pas d'application directe et n'ouvrira pas de droit avant la publication de ce décret, mais le juge administratif ne manquera sans doute pas d'être prochainement amené d'exiger la publication de ces textes.

Les tentatives récentes pour contourner les difficultés posées par la barrière d'âge se paient ainsi d'un supplément de complexité, sans pour autant faire disparaître les situations discriminatoires. Elles créent de multiples sources d'insécurité juridique, qui ne manqueront pas de reposer avec acuité, dans les prochaines années, la question d'un rapprochement des droits des personnes handicapées et dépendantes. La voie juridictionnelle constitue sans doute un mauvais point de départ pour construire une meilleure intégration des politiques de prise en charge du handicap et de la dépendance.

❖ Un agenda de suppression dont la portée est peu évidente

L'article 13 de la loi du 11 février 2005 a fixé un calendrier à l'intégration des politiques de compensation du handicap et de la dépendance : « (...) *Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées.* »

Ce texte est issu d'un amendement du rapporteur, M Daniel Paul, introduit en première lecture à l'assemblée nationale et visant à supprimer toute barrière d'âge dans la compensation des différentes formes de handicap¹³⁶.

Les discussions sur le texte, et son examen au Sénat, n'ont pas levé l'ambiguïté sur sa rédaction. Dans sa rédaction définitive, l'article 13 de la loi du 11 février 2005 est ainsi générateur d'insécurité juridique pour au moins trois raisons :

- la portée exacte du texte peut prêter à discussion : l'article 13 ne s'analyse pas comme une clause visant à rendre caduque automatiquement les dispositions de la loi . Ce type de clause est relativement inconnu en France¹³⁷ et on peut légitimement considérer que si l'objet du texte avait été celui là, les dispositions en cause dans la loi auraient du être expressément visées. L'emploi du futur (« seront supprimées ») semble par ailleurs renvoyer à une action positive du législateur qui doit intervenir avant le 12 février 2010 ;
- l'article 13 correspond donc à une injonction de faire du parlement, mais, de façon paradoxale, cette injonction est destinée à lui-même : il s'agit en effet d'abroger des dispositions de nature législative, ce que seul le parlement peut faire. Ce type d'injonction législative est dénuée de portée juridique¹³⁸ ;
- la rédaction même du texte n'est pas conforme à l'idée qu'en ont eu ses rédacteurs dans la mesure où l'article 13 vise une abrogation des dispositions de la loi du 11 février 2005 (« *les dispositions de la présente loi* ») et non une abrogation des dispositions applicables à la dépendance. La convergence entre la compensation du risque dépendance et celle du handicap ne pourrait donc se faire en application de ce texte que par ajustement de la compensation du handicap sur les règles, globalement moins favorables, applicables à la dépendance, ce qui est manifestement contraire à l'intention du législateur.

Il serait sans doute souhaitable que ce texte, et avec lui les dispositions de l'article 18Val2 de la loi du 11 février 2005, soit abrogé¹³⁹. Un nouveau texte pourrait fournir une occasion pour entamer une discussion d'ensemble sur la mise en cohérence des politiques de compensation du handicap et de la dépendance.

¹³⁶ Voir les débats parlementaires à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, jeudi 12 mai 2004, notamment : « *Le rapporteur ayant rappelé qu'il s'agit, par cet amendement, d'inciter le gouvernement à envisager, d'ici cinq ans, la fusion des prestations actuellement attribuées jusqu'à l'âge de vingt ans (AES) et après l'âge de soixante ans (APA)* »

¹³⁷ Les pays anglo-saxons sont plus coutumiers de législation à durée de vie temporaire connues sous le nom de *sunset legislation*

¹³⁸ à défaut de quoi, d'ailleurs, elles seraient considérées comme inconstitutionnelles, puisque la liberté d'initiative du parlement est garantie par la Constitution. Voir JP Camby, Injonction et constitution, *Revue de droit public*, *Revue du droit public*, (3), 2001, pp. 639 - 644

5.1.2. Tirer les conséquences du droit à compensation prévu par la loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 reconnaît un droit universel à la compensation du handicap, quel que soit l'âge. Il convient d'en tirer progressivement les conséquences en mettant en cohérence les dispositifs de prise en charge dont bénéficient les différentes catégories de personnes handicapées. Pragmatiquement il vaut mieux anticiper que de se laisser surprendre par un contentieux qui bousculerait alors significativement les équilibres existants et ce d'autant plus que les orientations qui auront été fixées auparavant n'auront pas pris en compte cette problématique.

Les conséquences d'un droit unique à la compensation de la perte d'autonomie doivent également être tirées pour éviter les ruptures dans notre système de couverture et notamment mieux répondre aux besoins d'aide des personnes âgées de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques invalidantes, comme la sclérose en plaque. A ce titre, le droit à compensation doit inclure une réflexion sur les régimes invalidité de sécurité sociale.

La voie la plus évidente pour rapprocher la prise en charge de la dépendance et du handicap est celle de la fusion des dispositifs à partir de l'existant. Cette voie est aussi la plus périlleuse. Elle implique de comparer finement les conditions de compensation et les règles applicables. On a vu que les écarts étaient potentiellement importants. Le risque est donc fort que ces évolutions bousculent des équilibres difficilement acquis dans le cadre de la construction de la loi du 11 février 2005. Le risque existe aussi que des ménages subissent des réductions de leur couverture publique ou qu'à l'inverse, si les dispositifs sont systématiquement ajustés sur la règle la plus favorable, que les prévisions de coûts soient amplement dépassées. A cet égard, l'expertise disponible est quasi-nulle aujourd'hui.

Une approche plus pragmatique pourrait prévaloir. En Allemagne, l'assurance perte d'autonomie couvre à la fois le risque dépendance et le handicap. Mais cette approche élargie ne correspond pas à des politiques similaires à destination des personnes âgées et des autres personnes handicapées. Le législateur a ouvert en 1994 un droit d'option aux personnes handicapées pour l'assurance perte d'autonomie, mais il a aussi maintenu les dispositifs d'aide sociale existant pour ces populations. De fait, une part relativement modeste des personnes handicapées exerce aujourd'hui cette option¹⁴⁰. L'assurance allemande est ainsi ouverte aux personnes handicapées mais ne couvre pas toutes les personnes handicapées.

L'ensemble de ces éléments doit conduire à retenir un agenda de rapprochement qui mêle deux qualités : être inscrit sur la durée, pour profiter des marges de manœuvre offerte par les évolutions en cours pour rapprocher en douceur le droit applicable ; présenter une évolution d'ensemble qui fasse sens au plus grand nombre des acteurs. Commencer par une approche technique des problèmes à résoudre conduirait sans doute à l'impasse.

A court terme, un repositionnement du débat pourrait être acquis par un relèvement des barrières d'âge. Le pouvoir réglementaire a en effet reçu la compétence de déterminer l'âge de séparation entre le bénéfice de l'APA et de la Prestation de Compensation du Handicap¹⁴¹. Les conditions d'âge pour le bénéfice de l'APA relèvent également du pouvoir réglementaire (Article L232-2). La barrière d'âge pour l'exercice du

¹³⁹ Nous proposons que seule deuxième partie du texte, sur le recoupement entre handicap et dépendance, soit abrogée. La première partie de l'article 13 contient également une injonction relative à l'élargissement aux enfants du champ de la prestation de compensation du handicap. Un groupe de travail est actuellement réuni sous la présidence de M Annie Fouquet pour définir les conditions d'application de ce texte.

¹⁴⁰ Seuls 0,5% des personnes de moins de 60 ans sont bénéficiaires de l'assurance dépendance en 2003 (soit 301000 personnes, dont 64000 avaient moins de 15 ans). Seuls 2% des personnes prises en charge en établissement en 2001 au titre de l'assurance dépendance étaient handicapées. Les personnes lourdement handicapées (*Schwerbehinderte*) de moins de 60 ans représentaient pourtant 2,2 M de personnes en Allemagne en 2003 ; 629 personnes touchaient une aide sociale du type de l'Allocation Adulte Handicapé (*Eingliederungshilfe*).

¹⁴¹ Le nouvel article L. 245-1-I CASF en effet prévoit que « Toute personne handicapée résidant de façon stable et régulière en France métropolitaine, ..., dont l'âge est inférieur à une limite fixée par décret et dont le handicap répond à des critères définis par décret prenant notamment en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard de son projet de vie, a droit à une prestation de compensation qui a le caractère d'une prestation en nature qui peut être versée, selon le choix du bénéficiaire, en nature ou en espèces ».

droit à compensation peut donc évoluer par décret. Le gouvernement a privilégié une position conservatrice dans ses premiers textes d'application de la loi du 11 février 2005 (décret n° 2005-1591 du 19 décembre 2005). Il pourrait prévoir d'augmenter cet âge à 70 voire 75 ans. La prévalence de la dépendance étant très faible avant 75 ans, cette mesure ne devrait pas présenter un coût trop élevé.

Cette mesure serait une clarification. Elle soulignerait mieux la différence entre une population dans laquelle la prévalence du handicap est très exceptionnelle et les personnes très âgées, où le risque dépendance concerne une proportion nettement plus significative de la population. Elle ne répondrait néanmoins pas aux fragilités juridiques intrinsèques à un système qui fixe un âge pour faire basculer d'un régime juridique à un autre. Elle continue à soulever des problèmes de principe sur les critères retenus pour déterminer l'âge qui sert de frontière entre les dispositifs.

Un autre élément de court terme serait l'unification des prises en charge autour des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), par rapprochement des MDPH et des CLIC (centres locaux d'information et de coordination). Cette évolution est déjà possible dans les faits et d'ailleurs réalisée par un grand nombre de départements¹⁴². Elle constitue sans doute un levier pour gommer les rigidités existantes dans le financement des prestataires de services. Ces maisons, qui exercent d'abord une fonction d'information et d'animation générale des politiques, n'ont pas vocation à être réservée aux personnes âgées de moins de 60 ans.

Enfin, une dernière piste évoquée au cours des travaux, consisterait à supprimer l'obligation alimentaire relative à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) pour les personnes âgées. Cette solution dont le coût pourrait être élevé (de l'ordre de 1 Mds euros) devrait être mise en regard, dans les scénarios de dépenses les plus coûteux, avec les pistes consistant à réduire le périmètre du tarif hébergement telle que retenue par le Centre d'Analyse Stratégique.

5.1.3. Les trois chantiers

La mise en cohérence des politiques de compensation de la dépendance et des autres formes de handicap implique de prendre en charge trois chantiers :

1. Le premier est de créer un cadre commun pour reconnaître le bénéfice du droit à compensation et différencier les besoins des ménages : la CNSA travaille actuellement sur ces chantiers qui doivent permettre de rapprocher la grille AGGIR du référentiel existant pour le bénéfice de la Prestation de compensation du Handicap, mais aussi d'envisager des procédures uniques pour appliquer ces référentiels.
2. Le deuxième est d'identifier et de valoriser un panier commun des biens et des services financés au titre du droit à compensation : rien n'implique en effet que ce panier soit divergent selon l'âge de la personne en situation de handicap ; un travail important à ce titre a été réalisé pour construire la PCH ; il peut bénéficier au secteur de la perte d'autonomie. A l'inverse, la compensation par l'APA des prestations d'aide ménagère peut interroger le périmètre de la PCH, qui ne finance pas ces prestations. Le fait que l'APA fonctionne sans panier de service de référence, contrairement à la PCH, ne doit pas conduire à l'inaction. Le cas allemand fournit notamment un exemple pour dépasser cette différence en fournissant un droit d'option entre les deux modes de fonctionnement. L'assurance dépendance allemande (*Pflegeversicherung*) propose en effet aux bénéficiaires de choisir entre des prestations en nature, dispensées par une institution liée par contrat à la caisse d'assurance dépendance (par exemple, un centre d'action sociale ou un service de soins à domicile) et la gestion d'un budget (*Pflegegeld*) sur lequel peuvent émarger les membres de la famille par exemple. Il dispose même de la possibilité de combiner ces deux formules. Il est frappant que la formule du *Pflegegeld*, pourtant moins favorable financièrement, soit largement préférée : elle représente 47,9% des dépenses de l'assurance

¹⁴² Une étude de l'ODAS sur la mise en place des MDPH a ainsi montré qu'une large majorité (plus de 50 sur 80 répondants) envisagent une articulation entre MDPH et CLIC ou entre équipes médico-sociales et équipes pluridisciplinaires

dépendance en 2005¹⁴³, contre à peine 8,5% pour la formule de prestations en nature et 10,2% pour les formules combinées¹⁴⁴. Ce constat plaide pour préserver des formules flexibles de plan d'aide.

3. Le troisième chantier doit porter sur les différents éléments de la couverture du risque. Ce chantier est le plus compliqué car il implique de conduire de façon combinée une réflexion sur :
 - le fonctionnement des dispositifs d'aide sociale, notamment d'aide sociale à l'hébergement (critères d'éligibilité, montants, principes concernant le reste à vivre et mise en jeu de l'obligation alimentaire et du recours sur succession) ;
 - le périmètre des restes à charge en établissement : à cet égard, la juxtaposition d'un système de tarification ternaire pour les EHPAD, binaire pour les établissements pour personnes handicapées financés par les départements et unique pour les MAS, ne facilite pas un rapprochement ;
 - la prise en compte des ressources dans l'APA et la PCH, le niveau d'aide accordé et le barème des tickets modérateurs.

La conduite de ces réflexions souffre actuellement d'un déficit important d'expertise, notamment sur les implications financières de différents scénarios de rapprochement. Le troisième chantier est donc amené à être conduit dans un délai plus long que tous les autres. Dans tous les cas, si l'on souhaite répondre au calendrier qu'a fixé le législateur pour la suppression des barrières d'âge, il est impératif de simuler rapidement les coûts de différentes hypothèses de travail.

5.2. La construction d'un agenda pour la dépendance

5.2.1. Clarifier le champ des bénéficiaires de l'APA

❖ **Clarifier les critères d'attribution de l'APA**

L'APA a été créée au terme d'une décision volontariste, alors que l'expertise disponible était peu abondante. La souplesse qui la caractérise est à ce titre un avantage précieux. Mais au fur et à mesure que l'expertise s'accumule, la prestation doit se préciser.

Les difficultés à recouper la réalité statistique de la dépendance et le nombre de bénéficiaires de l'APA suffit à montrer les limites de la grille AGGIR comme instrument de définition des droits des usagers. Il est aujourd'hui impossible d'expliquer le dynamisme de la prestation et dans ces conditions de prévoir son évolution. Mais il est également impossible de savoir si l'APA fait l'objet d'un important non recours, même si les histoires vécues, l'expérience des acteurs de la prise en charge laissent entendre que tel est certainement le cas, notamment pour les classes moyennes et les ménages aisés, compte tenu du barème retenu.

Si le principe doit être conservé de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire à la fois pour décider de l'éligibilité à l'APA et pour évaluer les besoins d'aide, c'est le chantier de la grille en tant que tel qui doit être ouvert. Ce chantier pourrait s'appuyer sur une batterie de modèles étrangers, plus ou moins sophistiqués et d'expérimentations locales.

Dans tous les cas, avant d'ouvrir ce chantier, il faut sans doute déterminer plus clairement qu'aujourd'hui le champ des bénéficiaires de l'APA que l'on souhaite couvrir. Un principe d'intervention simple et prudent à court terme serait de maintenir l'existant. Il conviendrait par conséquent de construire la

¹⁴³http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600126/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Pflege/In-Zahlen/in-zahlen-node,param=.html__nnn=true Ce choix est certes déclinant sur le long terme (- 12 points depuis 1996), au profit notamment des autres formules, mais surtout des prises en charge en établissement (+ 5 points). Cette tendance s'explique par l'érosion numérique des aidants familiaux, notamment des femmes inactives de 50 à 60 ans, dont le poids démographique est important en Allemagne. Cela conduit les familles allemandes à devoir envisager des prises en charge professionnelles, mais ce choix demeure clairement exprimé comme un choix de second rang.

¹⁴⁴ Le reste des dépenses étant constitués par les prises en charge en établissement et des budgets particulièrement affectés à des congés de courte durée

nouvelle grille avec pour point de départ l'idée d'affiner le découpage entre GIR 4 et 5. On a vu néanmoins que la réforme de la grille AGGIR devrait s'intégrer à une réflexion plus générale sur la définition des conditions de reconnaissance d'un droit universel à compensation du handicap, quel que soit l'âge. Une façon de faire pourrait alors consister à partir d'une frontière plus universelle, par exemple de retenir les notions utilisées en matière de handicap pour définir les droits à la PCH¹⁴⁵ : celles « *de difficultés absolue à réaliser une AVQ* » et de « *difficulté grave pour la réalisation de deux AVQ* ». Il est difficile de savoir, compte tenu de l'expertise disponible, si ce critère aboutirait à une approche plus extensive ou plus restrictive du nombre des bénéficiaires de l'APA.

❖ Intégrer au sein de l'APA logique de couverture et logique de prévention

Ce chantier implique de repenser le partage entre l'intervention des conseils généraux et celle de l'action sociale de la branche retraite, qui est en charge de la prévention de la dépendance auprès des GIR 5 et 6. La notion de prévention de la dépendance est une notion particulièrement incertaine. Elle est déjà un argument pour l'ouverture de l'APA aux dépendants partiels et plaide pour une approche élargie du public éligible à la prestation de compensation, quitte à centrer sur les interventions pour lesquelles le bilan médico-économique est le mieux établi¹⁴⁶. Dans tous les cas, il est peu légitime de dissocier par public les interventions à visée préventive et les interventions à fin de compensation. La question du transfert aux conseils généraux de l'action sociale de la branche vieillesse semble devoir être envisagée.

❖ Concevoir dès le départ un outil évolutif

A cet égard, plus qu'à une grille définitive, il faut sans doute concevoir dès le départ l'instrument qui sera adopté comme un outil évolutif. La distinction entre plusieurs niveaux de besoins gagnera à être affinée et régulièrement réévaluée. A cet égard, deux évolutions semblent souhaitables :

- la première est de développer les expérimentations locales : en vertu du nouvel article 72 al 4 de la Constitution, les conseils généraux peuvent désormais se voir transférer à titre expérimental des marges de manœuvres supplémentaires sur les compétences qu'ils exercent¹⁴⁷. Cette faculté de dérogation est ouverte dans la limite « *des conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique* ». On peut ainsi supposer qu'elle n'est possible que sous réserve de respecter le principe d'égalité. Mais cela n'empêche pas les expérimentations. En clarifiant le cadre d'ouverture des droits à l'APA selon des critères plus simples (par exemple, l'exercice d'AVQ) et plus robustes (par exemple, le partage entre dépendance partielle et dépendance complète), les pouvoirs publics pourraient laisser la place à l'expérimentation de nouvelles grilles et procédures d'évaluation ;
- la seconde est sans doute de constituer un système d'information national qui permette de distinguer des groupes homogènes de prises en charge sur lesquels asseoir les évolutions du barème de l'APA. Il peut s'agir de séparer les ménages avec à l'esprit l'intensité de leur prise en charge, mais aussi d'avoir une vision des parcours types ou des besoins types de certains ménages. Un meilleur appariement de l'enquête HID et des catégories de l'APA pourrait y contribuer.

5.2.2. Simplifier les circuits de financements

On a détaillé plus haut les sujets sur lesquels le partage entre l'assurance maladie et l'APA gagnerait à être rapidement clarifié : USLD, SSIAD, définition des enveloppes soins et dépendance en EHPAD. Il convient de reprendre ici les propositions convergentes des rapports de la Cour des comptes et du Centre d'Analyse Stratégique pour souligner l'importance de leur concrétisation.

¹⁴⁵ Le décret n° 2005-1591 du 19 décembre 2005 a prévu que « le droit à la prestation de compensation la personne qui présente une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités telles que définies dans le référentiel figurant à l'annexe 2-5 et dans des conditions précisées dans ce référentiel. Les difficultés dans la réalisation de cette ou de ces activités doivent être définitives, ou d'une durée prévisible d'au moins un an ».

¹⁴⁶ Voir sur ce point les contributions au rapport Wanless, citées en annexe 5

¹⁴⁷ 72al4 : « *Dans les conditions prévues par la loi organique, et sauf lorsque sont en cause les conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique ou d'un droit constitutionnellement garanti, les collectivités territoriales ou leurs groupements peuvent, lorsque, selon le cas, la loi ou le règlement l'a prévu, déroger, à titre expérimental et pour un objet et une durée limités, aux dispositions législatives ou réglementaires qui régissent l'exercice de leurs compétences.* »

En particulier, la suppression de la faculté pour les EHPAD d'opter pour un forfait partiel des soins et la réintroduction des médicaments et produits de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) dans le forfait soins des établissements pourraient permettre au régulateur public de disposer d'une évaluation sincère des budgets délégués aux établissements. Elle est un élément central pour répondre au souhait exprimé par la Cour des comptes de « regrouper dans l'ONDAM personnes âgées tous les financements de l'assurance maladie aux EHPAD ».

Dans son récent rapport annuel, la CNSA montre d'ailleurs l'intérêt de cette évolution pour améliorer la gestion des budgets délégués aux établissements. Le rapport se demande en effet s'il faut « évoluer vers une « dotation nationale de soins » en établissements et services médico-sociaux qui serait identifiée comme telle, mais gérée conjointement aux crédits de « perte d'autonomie » destinés à ces mêmes établissements ? L'objectif étant, en tout état de cause, de bien distinguer la couverture des deux risques, sans introduire de complexité inutile dans la gestion locale des enveloppes ? »¹⁴⁸. Cette piste serait une source importante de clarification du dialogue budgétaire avec les établissements, qui pourrait être confié à une autorité de tarification unique.

Une autre source de simplification des circuits de financement pourrait consister à supprimer la contribution des caisses de retraite au financement de la CNSA. Cette contribution de 64 M euros en 2006 visait à formaliser le transfert financier lié à la montée en charge de l'APA. Elle est affectée à la section II de l'APA. Elle constitue une boucle de financement dont on identifie mal l'intérêt sur le long terme. Si le choix est fait de transférer aux départements la responsabilité de prévenir l'entrée en dépendance sur la base des budgets d'action sociale de la CNAV, la suppression de cette contribution pourrait s'intégrer à une opération de transfert de recettes, se situant dans une fourchette allant de 450 à 500 M euros, des régimes vieillesse vers la CNSA. Cette opération serait facilitée si plutôt que de procéder à des financements croisés, l'affectation de nouvelles ressources aux deux secteurs était l'occasion de restituer aux régimes vieillesse ces dotations, qui viendraient améliorer leur solde et de gager cette restitution sur de nouvelles ressources affectées.

5.3. Les voies d'une gouvernance renouvelée

5.3.1. Renforcer le rôle des Conseils généraux dans la gestion de la politique de compensation

La conduite par les conseils généraux des politiques de compensation de la perte d'autonomie est une base sur laquelle il faut s'appuyer. La faculté d'adaptation et d'organisation dont ont su faire preuve les conseils généraux pour mettre en œuvre l'APA est en effet unanimement soulignée. La supériorité d'une gestion locale pour révéler les besoins des personnes âgées et structurer un ensemble complexe de services en fonction des spécificités de chaque territoire est rarement mise en question. Il y a enfin un consensus large pour considérer que l'APA doit garder un barème national unique, mis en œuvre de façon aussi uniforme que possible sur le territoire ce qui suppose un dispositif important de péréquation financière.

L'axe de partenariat entre l'Etat, l'assurance maladie, la CNSA et les conseils généraux semble constituer un socle, certes de construction récente, mais jugé globalement satisfaisant par la plupart des acteurs. S'il devait être remis en question, il conviendrait au moins au préalable d'en évaluer le fonctionnement, notamment en ce qui concerne l'articulation de la CNSA et de l'assurance maladie dans la gestion de l'ONDAM médico-social.

A court terme, il est sans doute pertinent de clarifier le périmètre d'intervention des conseils généraux, en leur reconnaissant une compétence transversale complète sur la gestion des différentes formes de perte d'autonomie. Ceci pourrait conduire notamment à transférer aux départements les crédits d'action sociale des caisses d'assurance vieillesse. Une autre source de clarification serait la reconnaissance plus explicite de leur compétence à l'égard des maisons départementales des personnes handicapées.

¹⁴⁸ CNSA, *Rapport annuel*, 2006, p 70

5.3.2. Conforter la CNSA comme opérateur pivot d'une branche de protection sociale d'un nouveau genre

Quel que soit le scénario retenu, la logique de branche conduirait à confier à la CNSA les financements supplémentaires alloués à la dépendance, à charge pour elle de répartir ces financements entre l'assurance maladie et la compensation de l'APA.

La caisse est en effet placée au cœur de multiples arbitrages indispensables à la réussite de chacun des scénarii envisagés :

- l'arbitrage entre promotion des prises en charge à domicile et en établissement ;
- la modération des restes à charge ;
- la co-construction avec les conseils généraux d'une gestion du risque dépendance connectée avec celle de l'assurance maladie ;
- la réforme des grilles d'évaluation de la dépendance ;
- la politique de compensation des charges pesant sur les aidants familiaux ;
- la péréquation des charges départementales ;
- la construction d'un dispositif universel de compensation de la perte d'autonomie.

Ceci pourrait plaider pour donner à la CNSA des compétences réglementaires dans des conditions semblables à celles qui ont présidé au transfert en 2004 à l'Union Nationale des caisses d'assurance maladie des compétences réglementaires sur le niveau des tickets modérateurs. Cette évolution permettrait à la caisse de réaliser son propre pilotage des grilles d'entrée dans l'APA, des barèmes de l'APA, de la revalorisation de ses plafonds, de définition des critères de péréquation. Elle irait au delà de la « démarche de confiance »¹⁴⁹, que revendique actuellement la caisse et aboutirait à une mise en responsabilité directe de son conseil et de son directeur.

Compte tenu de la complexité de ces arbitrages, la caisse doit autant que possible se placer en position de construire un consensus de long terme autour du scénario retenu. Le conseil de la CNSA pourrait constituer un lieu privilégié pour cela. A cet égard, comme le demande la caisse elle-même « ne convient-il pas de renforcer, en conséquence de ce qui précède, la présence explicite au Conseil de la CNSA de représentants des régimes d'assurance maladie, désignés par leurs Conseils respectifs ? Ainsi que, dans un esprit analogue et compte tenu de la contribution des régimes d'assurance vieillesse au budget de la CNSA, la présence de représentants de ces régimes désignés par leurs Conseils d'administration respectifs ? »¹⁵⁰ De même, compte tenu de l'expérience qu'ils ont acquise, les organismes complémentaires pourraient avoir une place dans ce conseil.

Pour faciliter la constitution de majorités de gestion au sein du Conseil, il conviendrait de recentrer cette instance autour d'un plus petit nombre d'acteurs, qui en constituerait l'instance exécutive. L'actuel Conseil serait un lieu de veille, de prospective et de construction de consensus stratégique sur le modèle de prise en charge de ce qui existe déjà en matière de retraite avec le Conseil d'orientation des retraites.

Cette responsabilité devrait s'accompagner d'un mode de pilotage budgétaire plus souple que l'actuel fondé sur une répartition rigide entre sections. La répartition des dépenses et des recettes entre sections relève aujourd'hui de la loi. Comme l'a suggéré le Conseil d'Etat à plusieurs reprises, cette compétence mériterait d'être déclassée au niveau réglementaire. Pour autant, une fongibilité totale des recettes entre les différentes missions financières de la CNSA n'est pas souhaitable compte tenu des liens financiers étroits qu'elle entretient avec l'assurance maladie et les départements. Le législateur a d'ailleurs sécurisé l'affectation de la CSA en précisant la part destinée à l'APA, à la PCH et au financement des établissements médico-sociaux. Pour répondre à l'objectif de souplesse et d'optimisation de sa gestion

¹⁴⁹ « L'enjeu ne réside ni dans des transferts supplémentaires de compétence, ni dans la réécriture des objectifs de la COG, mais bien dans la poursuite déterminée des équilibres qu'elle a su dégager. Le succès de la réforme engagée suppose d'intérioriser, de part et d'autre, ce nouveau mode de relations, et de poursuivre la « démarche de confiance » qui permet à l'administration de tutelle, repositionnée en « Etat stratège », de se dessaisir franchement et sans inquiétude de l'exécution des choses, grâce à une formulation nette des orientations, des finalités de l'action et des exigences de résultat », Ibidem, p 66

¹⁵⁰ Ibidem, p 71

financière, la caisse profiterait de la faculté qu'elle a de placer ses excédents, comme elle en a déjà la capacité, ce qui permettrait de lisser dans le temps l'effet des évolutions démographiques.

Il conviendrait également de faire entrer la CNSA clairement dans le champ de la LFSS afin de permettre le vote par le Parlement d'objectifs de dépenses et de prévisions de recettes. Compte tenu des contraintes constitutionnelles qui limitent le champ des LFSS à l'équilibre financier de la sécurité sociale, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005 n'a pu atteindre complètement cet objectif. Elle a consacré l'existence de la CNSA en tant qu'organisme qui finance et gère des dépenses relevant de l'ONDAM de quatre manières :

- par le vote d'un tableau d'équilibre (objectifs de dépenses / prévisions de recettes) lorsque la CNSA était assimilable à un organisme concourant au financement d'un régime de base de sécurité sociale ; ce qui était le cas en 2004 et 2005 ;
- par la déclinaison de l'ONDAM en sous-objectifs, qui permet au Parlement de voter l'ONDAM médico-social personnes âgées et l'ONDAM médico-social personnes handicapées qui seront gérés par la CNSA. Mais l'objectif global de dépenses (OGD) qui intègre outre l'ONDAM la contribution de la CNSA sur sa recette propre (0,3%) ne fait pas l'objet d'un vote au Parlement ;
- par la possibilité de voter, en LFSS, des dispositions législatives relatives aux recettes et aux dépenses de la CNSA dans la mesure où celles-ci ont un effet sur les dépenses d'assurance maladie. La jurisprudence du Conseil constitutionnel en la matière n'est pas encore stabilisée. Dans le PLFSS 2006, il n'a en effet pas censuré une disposition relative aux modalités de fixation des tarifs et taux de prise en charge de la PCH alors même que, dans le PLFSS pour 2007, il a censuré un article relatif aux modalités de versement de la PCH aux départements ;
- par les annexes informatives : la CNSA fera l'objet d'un programme de qualité et d'efficacité à compter du PLFSS 2008 ; une annexe est en outre consacrée aux comptes de la caisse (annexe 8 du PLFSS).

Il conviendrait probablement d'aller plus loin, le cas échéant par une évolution de la Constitution, pour permettre au Parlement de voter chaque année dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale des tableaux d'équilibre (dépenses, recettes, solde) pour le risque " perte d'autonomie " ainsi que des objectifs de gestion par exemple en terme de développement de la gamme de services, de partage entre prises en charge en établissement et à domicile, d'équité territoriale, de modération des restes à charge... Le directeur de la caisse, rendrait compte du respect de ces objectifs dans un rapport voté par son conseil, ou le programme de qualité et d'efficacité.

Le positionnement de la CNSA comporte encore de nombreuses ambiguïtés. A fortiori, dans l'hypothèse où les scénarios d'une croissance rapide des prélèvements obligatoires alloués à la dépendance seraient retenus par les pouvoirs publics, une logique de « branche » pourrait être envisagée pour garantir une montée en charge sur le long terme de la ressource conforme aux objectifs de dépenses initiaux.

RESUME

- *Les différences de traitement selon qu'une personne connaisse un handicap avant ou après 60 ans, présentées en annexe, demeurent significatives. Elles créent des incohérences dans la prise en charge des personnes handicapées qui vieillissent. En revanche, l'application du droit à compensation selon des modalités différenciées entre les personnes âgées dépendantes d'une part et les autres personnes présentant un handicap, d'autre part, est légitime dès lors qu'elle s'appuie sur des différences de situation objectives en termes de ressources, d'insertion sociale, de projet de vie...*
- *La compatibilité avec le droit européen d'un système de compensation organisé autour d'une rupture liée à l'âge avec le principe d'égalité est pour le moins incertaine. Plutôt que d'attendre une jurisprudence, il vaut mieux anticiper le rapprochement des politiques publiques dans le cadre du droit à compensation universel, quel que soit l'âge, affirmé par la loi du 11 février 2005.*
- *Les solutions apportées par l'article 18V de la loi du 11 février 2005 pour résoudre les incohérences des personnes handicapées qui vieillissent posent des problèmes sérieux d'application.*
- *Le calendrier fixé par l'article 13 de cette loi qui prévoit de supprimer les barrières d'âge à l'échéance 2010 n'a pas de portée juridique et risque de créer de fausses attentes. Pour répondre à l'intention du législateur, trois chantiers doivent être rapidement lancés : la définition d'un cadre de reconnaissance du bénéfice du droit à compensation ; l'unification du panier de biens et services compensés au titre de ce droit ; une réflexion intégrée sur les critères à prendre en compte pour moduler le niveau de couverture de ce risque. C'est sur cette base que des évolutions techniques des systèmes d'aide sociale, de financement des hébergements et de soutien à domicile pourront être envisagées.*
- *Pour construire une nouvelle gouvernance, il est sans doute prioritaire de renforcer encore le périmètre d'intervention des conseils généraux, en reconnaissant leur compétence transversale complète sur la gestion des différentes formes de perte d'autonomie. Ceci pourrait conduire notamment à un transfert aux départements des compétences existantes d'action sociale des caisses d'assurance vieillesse. Une autre source de clarification serait la reconnaissance plus explicite de leur compétence à l'égard des maisons départementales des personnes handicapées.*
- *La CNSA a vocation à s'affirmer comme l'opérateur pivot d'une branche de protection sociale d'un type nouveau en matière de perte d'autonomie. Pour cela, des compétences réglementaires pourraient lui être reconnues, sous réserve d'une réforme qui garantisse la représentativité de son conseil et l'efficacité des processus de décision en son sein. Pour cela, les modalités d'examen de son budget dans la loi de financement de la sécurité sociale pourraient être révisées.*

CONCLUSION

La question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées donne lieu depuis une quinzaine d'années à un investissement intellectuel exceptionnel par son ampleur et sa qualité. En témoignent les nombreux rapports, colloques et expertises qui lui ont été consacrés, en France comme à l'étranger.

Le débat s'est donc beaucoup enrichi. Il a notamment bénéficié en France de l'apport de deux rapports importants, émanant l'un de la Cour des comptes sur « Les personnes âgées dépendantes » (novembre 2005) et l'autre du Centre d'Analyse Stratégique intitulé « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » (juin 2006), sur lesquels la mission a appuyé ses réflexions.

Des travaux de la mission, il ressort que si le débat s'est incontestablement enrichi, il mérite, du moins en France, d'être dédramatisé pour trois raisons principales.

En premier lieu, si l'accroissement de la population âgée de plus de 60 ans devrait être fort entre 2006 et 2035, avec l'arrivée à cet âge des générations du « baby-boom », et se réduire ensuite, la hausse de la population de plus de 75 ans ne s'accroîtra qu'après 2031, avec une augmentation annuelle maximale de 2% contre 1% précédemment. Sur ces bases, en retenant les prévisions aujourd'hui formulées en matière de prévalence de la dépendance (âge de survenance, durée de vie en dépendance), dont il convient toutefois de rappeler qu'elles sont sujettes à de fortes incertitudes, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait croître de 20% d'ici 2019 et de 23% entre 2030 et 2040, soit une moyenne de 1% par an, mais avec un creux entre 2020 et 2030. Dans ces conditions, on peut considérer que la croissance spontanée des financements aujourd'hui affectés à la dépendance, estimée à 2,2% par an net de l'inflation, soit le rythme d'augmentation potentiel du PIB, permettrait d'absorber l'évolution démographique. Celle-ci résulterait d'ailleurs moins de la progression du nombre de personnes âgées dépendantes que de celle de leur part dans la population générale et par rapport à la population active. Il s'agit donc moins de réagir dans l'urgence que d'anticiper l'avenir.

En deuxième lieu, si la France accusait en 2000 un investissement public de couverture de la dépendance qui la situait au bas de l'échelle européenne, les réformes intervenues depuis cette date, avec notamment la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'institution de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), ont amélioré la situation en mettant la France au niveau de l'Allemagne et du Royaume-Uni.

Enfin, qu'elles résultent des estimations de la Cour des comptes ou du Centre d'analyse stratégique, pourtant effectuées sur des bases différentes, les dépenses de prise en charge de la dépendance au sens large représentent un peu moins de 1 point du PIB. Or l'assurance maladie représente dix fois les sommes affectées à la dépendance. Dans ces conditions on voit que des gains d'efficacité en matière d'assurance maladie, à la suite notamment d'économies sur les prescriptions médicales ou de restructurations hospitalières, pourraient permettre des redéploiements substantiels en faveur de la dépendance.

De ce qui précède il ressort que le coût de prise en charge de la dépendance des personnes âgées est moins fonction de l'évolution démographique, au moins à court et moyen terme, que de choix politiques sur le niveau et les modalités de cette prise en charge.

Ces choix sont principalement de deux ordres.

Ils portent d'abord sur le niveau souhaité, tant quantitatif que qualitatif, d'amélioration des services de prise en charge de la dépendance. Le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) a pris à cet égard une option forte, inspirée au demeurant par le rapport du Centre d'analyse stratégique, en décidant de favoriser le maintien à domicile tout en augmentant le nombre de places en établissement et améliorant le taux d'encadrement dans ceux qui accueillent les personnes les plus dépendantes. Les projections de coût sont très sensibles à l'évolution des coûts de personnel, qui représentent 85% de la dépense, tant en termes d'effectifs que de qualification.

Ils portent en second lieu sur le niveau de taux d'effort demandé aux intéressés et à leurs familles, compte tenu du risque de dégradation du pouvoir d'achat des retraites relativement au salaire moyen, ainsi que des modifications dans la dispersion des retraites, mais aussi, en sens inverse, de la croissance attendue du patrimoine détenu par les personnes âgées.

Sur ces bases, le souci d'explorer le champ des possibles a conduit à bâtir trois scénarii d'inspiration différente, selon qu'il serait décidé :

- de refuser toute augmentation des prélèvements obligatoires affectés à la compensation de la dépendance.

Cette option recouvre deux variantes :

- La première consiste à maintenir le niveau actuel de prise en charge en maîtrisant les coûts.
 - La seconde table sur une amélioration de la qualité de la prise en charge, mais recentre la couverture publique, via notamment l'APA, éventuellement revalorisée, sur les populations les moins aisées et/ou les plus dépendantes en renvoyant les plus aisées à des mécanismes d'assurance privée ;
- d'accepter une progression du niveau des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance pour concilier maintien du niveau actuel de prise en charge publique du risque et amélioration du contenu de cette prise en charge. Le rythme de croissance des dépenses publiques pour financer un scénario de ce type, envisagé notamment par le CSA, serait de 3% à 5% par an ;
 - d'accentuer significativement la socialisation du risque dépendance en réduisant les restes à charge laissés par l'APA. Cette orientation conduirait à une augmentation des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance de plus de 5% par an.

Il pourrait être envisagé de retenir à titre principal l'orientation du deuxième scénario, qui est en ligne avec le PSGA et qui paraît soutenable à long terme si on l'accompagne de la recherche d'économies et de financements complémentaires :

- il impose un relèvement modéré de la dépense publique affectée à la dépendance qui, à défaut de redéploiements suffisants, pourrait être obtenu moins par la création de recettes nouvelles que par l'aménagement de recettes existantes dans un sens conforme à l'équité et à l'équilibre entre générations. Il pourrait ainsi être procédé à l'harmonisation progressive des taux de GSG applicables aux revenus de remplacement actuellement assujettis sur ceux applicables aux revenus d'activité et à l'extension de la CSA aux revenus des non salariés, ce qui serait conforme à la logique de suppression d'un jour férié ;
- la charge sur les finances publiques pourrait en outre être allégée si ce choix s'accompagnait, ce qui n'est pas incompatible, d'un développement de l'assurance privée sous les formes les plus diversifiées possibles : contrats individuels, contrats collectifs, aménagement des contrats d'épargne retraite... La Fédération française des sociétés d'assurance est prête à engager ses adhérents dans cette voie. Il convient de l'y encourager en sensibilisant les futurs retraités sur le niveau de prise en charge de leur dépendance auquel ils pourront prétendre en fonction de leurs ressources. Le bénéfice d'une aide fiscale n'est pas non plus à exclure mais à condition de résulter de la réaffectation d'aides existantes, dont l'utilité ne serait plus justifiée, et non de la création d'une niche fiscale supplémentaire. Il convient en effet de souligner que, s'agissant d'un risque long, l'assurance offre l'avantage de permettre la constitution des provisions nécessaires. Le développement privé devra être pensé en liaison avec l'évolution progressive du barème de l'APA en fonction des revenus.

Quelque soit le scénario retenu, il implique de s'inscrire dans un dispositif de gouvernance permettant l'équilibre à long terme entre les dépenses prévisibles et les financements affectés à leur couverture.

Dans cette perspective, l'architecture mise en place avec la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ne paraît pas devoir aujourd'hui être remise en cause. Bien que de création récente, la CNSA a en effet pris sa place dans le paysage administratif et les compétences que les conseils généraux ont su développer pour gérer l'APA sont unanimement soulignées.

La CNSA pourrait être placée au cœur d'un régime nouveau de protection sociale consacré à un risque, celui de la perte d'autonomie, les personnes qui en relèveraient bénéficiant par ailleurs de leurs droits sociaux dans les conditions du droit commun.

La mise en place d'un tel régime implique de :

- clarifier le champ des bénéficiaires de l'APA en réformant la grille AGGIR pour en faire un outil plus fiable et homogène d'éligibilité au droit à compensation mais également de reproductibilité dans son application pour définir le panier de soins approprié ;
- simplifier les circuits de financement, notamment en délimitant plus clairement ce qui relève de l'assurance maladie et ce qui relève de la dépendance, sans pour autant créer de trop grandes rigidités entre deux domaines entre lesquels une certaine porosité est inévitable, et en précisant les lignes de partage entre financement national et financement local. A cet égard, plutôt que de prévoir un partage de la dépense, l'affectation aux départements de la part d'une recette déterminée paraît davantage de nature à les responsabiliser dans la gestion du risque ;
- donner à la CNSA les moyens de procéder aux arbitrages nécessaires entre assurance maladie et dépendance entre prise en charge à domicile et en établissement et entre départements.

A plus long terme, la CNSA serait ainsi en mesure de s'engager dans la construction d'un dispositif convergent de compensation de la perte d'autonomie pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées tenant compte des différences de nature entre les besoins de ces deux catégories. Une telle construction pourrait se réaliser en trois étapes :

- élaboration d'un outil commun d'éligibilité au droit à compensation ;
- identification et valorisation d'un panier commun de soins et de services au titre du droit à compensation et personnalisé selon la situation de chacun ;
- harmonisation des différents éléments financiers de couverture du risque en gardant présent à l'esprit la nécessité de trouver l'équilibre entre transversalité du risque et différenciation du niveau de solidarité nationale à mettre en œuvre.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

1. Lettre de mission
2. Composition du groupe de travail
3. Composition du groupe de consultation
4. Liste des personnes rencontrées
5. Note sur l'état des discussions sur la réforme de l'assurance dépendance en Allemagne
6. Note sur les réflexions récentes sur la prise en charge de la dépendance au Royaume-uni, Le rapport de Sir Derek WANLESS, *Securing good care for older people, Taking a long-term view*, 2006
7. Note de comparaison internationale sur la prise en charge du risque dépendance (source : DGTPE)
8. Note sur les limites d'une assurance privée du risque dépendance : Les enseignements du cas des Etats-Unis (source : DGTPE)
9. Comparaison des dispositifs de prise en charge des personnes âgées et personnes handicapées (tableau tiré du rapport du sénateur P Blanc)
10. Synthèse des aides fiscales contribuant à la solvabilisation du risque dépendance (source DGTPE)
11. Les aides à la dépendance : une étude de cas types (Source : DGTPE)

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION

ANNEXE 2 : COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

MEMBRE	ORGANISATION
M Jean François BAUDURET	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
Mme Annick BONY	Direction Générale de l'Action Sociale
M Marc BOURQUIN	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
Mme Emmanuelle BRUN	CREGAS INSERM
M Nicolas CARNOT	Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique
M Noel CORBIN	Direction du budget
M Julien DERUYON	Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique
M Hervé DOUCERON	Direction Générale de l'Action Sociale
Mme Cécile DINDAR	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistiques
M Xavier DUPONT	DDASS, Sarthe
M François JÉGER	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistiques
Mme Marie-Eve JOEL	Université de Paris Dauphine
Mme Marianne KERMOAL	Direction de la Sécurité Sociale
M Pierre HOUPIKIAN	Direction du budget
M Stéphane le BOULER	Centre d'Analyse Stratégique
Mme Gaermenick LEBLANC	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
Mme Selma MAHFOUZ	Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique
Mme Sophie MICHON	GROUPAMA
M Olivier PECQUEUX	GROUPAMA
M Michel PELTIER	DRASS Ile de France
M Jérôme SEQUIER	Direction de la Sécurité Sociale

ANNEXE 3 : COMPOSITION DU GROUPE DE CONSULTATION

Personnes présentes ou s'étant faite représentée	FONCTIONS	ORGANISATION
David CAUSSE (représenté par M JAMOT)	Délégué général adjoint	FHF (Fédération Hospitalière de France)
Claudy JARRY	Président	FNADEPA (Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et services pour Personnes Agées)
Yves-Jean DUPUIS	Directeur	FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance – secteur non lucratif)
Florence ARNAIZ-MAUME	Déléguée générale	SYNERPA (Syndicat national des établissements et résidences pour personnes âgées)
Didier SAPY		FNACCPA (Fédération nationale pour l'accueil et le confort des personnes âgées)
Christian MOLLER	Président	CNDEHPAD (Conférence Nationale des Directeurs d'EHPAD)
Pascal CHAMPVERT	Président	ADEHPA (Associations de directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées)
Georges GRULOIS	Vice-Président	CNRPA (Comité national des personnes âgées et des retraités)
Danièle DUMAS	Présidente	ADMR (association d'aide à domicile)
Suzanne LOUATRON	Présidente	Fédération à domicile
André FLAJEUL	Président	UNA (Union nationale des associations de soins et services à domicile)
Marie Béatrice LEVAUX	Présidente	FEPEM (Fédération nationale des particuliers employeurs)
Thierry DAMIEN	Président	FAMILLE RURALE
Jean-Marie BLOCH-LAINE	Président	UNIOPSS (Union nationale inter fédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)
M. Patrick KANNER	Président	UNCASS (Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale)
Mme Claudette BORY	Présidente	ADESSA
M. Jean-Pierre DELATTRE	Président	FNAAFP CSF (Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire / CSF)
M. François FONDARD	Président	UNAF
M. Claudy LEBRETON	Président	ADF (Association des Départements de France)
M. Jean-Marie SCHLERET	Président	Conseil National Consultatif des personnes handicapées
M. Patrick GOHET	Délégué Interministériel aux personnes handicapées	Délégation Interministérielle aux personnes âgées
M. Jean-Luc BERNARD	Président	Collectif inter associatif du système de santé
M. G de la MARTINIÈRE	Président	Fédération Française des Sociétés d'Assurance
M. Frédéric VAN ROEKEGHEM	Président	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
M. PELHATE	Directeur	Mutualité Sociale Agricole
Mme Danièle KARNIEWICZ	Présidente	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
M. Gérard QUEVILLON	Président	Régime Social des indépendants
M. Denis PIVETEAU	Directeur	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
M. Christian FREYNET	Président	Fédération des organismes de soins à domicile
M. Jean-Pierre DAVANT	Président	FNMF (Fédération nationale de la mutualité française)

Mme Laurence PARISOT	Présidente	MEDEF
M. Jean-François ROUBAUD	Président	CGPME
M. Pierre PERRIN	Président	UPA
M. Bernard THIBAUT	Secrétaire Général	CGT
M. Jean-Claude MAILLY	Secrétaire Général	FO
M. François CHEREQUE	Secrétaire Général	CFDT
M. Jacques VOISIN	Président	CFTC
M. Bernard VAN CRAEYNEST	Président	CGC

ANNEXE 4 : PERSONNES RENCONTREES

- MM Francis BLOCH, Directeur général, Jean-Manuel KUPIEC, Directeur général adjoint, OCIRP
- Mme Marie-Caroline BONNET-GALZY, Secrétaire générale des ministères sociaux
- M Raoul BRIET, Président du fonds de réserve pour les retraites, membre du collège de la Haute Autorité de Santé
- M Hubert BRIN, ancien président de l'UNAF
- MM. Jean CASTAGNE (Délégué général adjoint), Pascal BROUSSOUX (Directeur technique) et Pierre AURELLY (directeur de l'actuariat), AG2R
- M Jean-Michel BELORGEY, Président de Section, Conseil d'Etat
- M Jean Michel BLOCH LAINE, Président de l'UNIOPSS
- M Bernard CAZEAU, député, président du conseil général de Dordogne, vice président de l'Association des Départements de France
- M Jean-François CHADELAT, Directeur, Fonds CMU
- Maître Jacques COMBRET, Notaire
- M Dominique de LEGGE, Délégué interministériel à la famille
- Mme Martine DELESSE, Groupe Malakoff
- Mme Marie-Sophie DESSAULE, Association des Paralysés de France
- MM DEVOLDERE, Président, Laurent COCQUEBERT, Directeur général, UNAPEI
- M Yves-Jean DUPUIS, Directeur général FEHAP
- M Claude FONROJET, Ancien délégué interministériel à l'innovation sociale
- M Bertrand FRAGONARD, Président de chambre à la Cour des comptes
- M Patrick GOHET, Délégué interministériel aux personnes handicapées
- Mme Paulette GUINCHARD, Députée
- M Raphaël HADAS-LEBEL, Président, Conseil d'orientation des retraites
- M Patrick HERMANGE, Directeur général, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
- M Gilles JOHANET, Directeur général adjoint, AGF
- M Philippe JOSSE, Directeur du budget

- M Dominique LIBAULT, Directeur, M Thomas BOISSON, Aude DE VIVIES, Pascaline BOUCHIAIRE, Direction de la Sécurité Sociale
- M Gérard de la MARTINIÈRE, président de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance ; M Vincent LIDZKY, Directeur de cabinet du président
- M Gérard MENEROUD, membre du directoire et SCHWARTZ, CNP
- M Claude MARTIN, Professeur, Ecole Nationale de la Santé Publique
- M François MERCEREAU, Conseiller du président, CTIP
- M Serge MILANO, ancien conseiller social à l'ambassade de France en Allemagne
- M Xavier MUSCA, Directeur Général du Trésor et de la Politique Economique
- MM Alain CORDIER, Président et Denis PIVETEAU, Directeur général, CNSA
- M. Raphaël RADANNE, groupe Médéric
- M Julien ROUSSELON, contrôleur Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles (ACAM)
- M Gilles THIVANT, SCOR Vie
- M Jean-Jacques TREGOAT, Directeur Général de l'Action sociale
- M Alain VASSELLE, Sénateur
- M Frédéric VON ROEKEGHEM, Directeur général, M Jean-Marc AUBERT, Directeur de la gestion du risque, Mme Dominique POLTON, Directrice, Département de la veille et de la Stratégie, M Franck VON LENNEP, Département de la veille et de la Stratégie, Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**ANNEXE 5 : ETAT DES DISCUSSIONS SUR LA REFORME DE L'ASSURANCE
DEPENDANCE
EN ALLEMAGNE (note du rapporteur)¹⁵¹**

1. Un consensus sur le besoin de réforme

❖ Description du système actuel

La loi du 28 mai 1994 a créé une assurance dépendance (*Pflegeversicherung*), qui est entrée en vigueur le 1 avril 1995. Son champs couvre toutes les formes de perte d'autonomie (handicap et dépendance) quel que soit l'âge : environ trois-quarts des bénéficiaires sont âgés de 65 ans et plus. Les bénéficiaires de l'assurance dépendance représentent ainsi 0,6% des moins de 60 ans, 3,9% des 60-80 ans et 31,8% des plus de 80 ans.

Cette assurance couvre la prise en charge des personnes vivant à domicile et depuis le 1 juillet 1996 celle des personnes hébergées en institution.

En vertu du principe « la dépendance suit le soins », les caisses dépendance sont instituées auprès de chaque caisse d'assurance maladie et les personnes assurés pour la maladie auprès d'une caisse sont automatiquement affiliées à la caisse dépendance rattachée à cette caisse. En principe, toute personne déjà couverte par les caisses légales d'assurance maladie (70,5 millions de personnes en 2005, soit environ 85 % de la population dont 20,3 M d'ayants droits et 50,2 M de cotisants) est affilié également à l'assurance dépendance de la caisse légale. Les personnes affiliées à une caisse privée (9 millions de personnes) sont affiliés à la caisse dépendance de cette caisse. La séparation entre ces deux populations d'assuré est fonction d'un seuil de revenu : les salariés dont le revenu est inférieur à un certain plafond (3862 € /mois en 2004) relèvent obligatoirement de l'assurance légale. Ceux dont le revenu excède ce plafond doivent obligatoirement être assurés, mais peuvent choisir de s'assurer auprès d'une caisse privée. Ils doivent alors obligatoirement être assuré à une assurance dépendance privée s'ils ont une assurance maladie privée.

Les caisses dépendance sont donc autonomes, ce qui signifie notamment qu'elles sont titulaires de droits et d'obligations propres, qu'elles ont leurs propres statuts, leur propre gestion budgétaire et comptable, leur propre système de contrôle... En pratique, les structures sont relativement intégrées. Depuis le 1er juin 1994. Les caisses maladie mettent à la disposition de ces nouveaux organismes de sécurité sociale l'infrastructure spatiale, matérielle et en personnel. Les caisses dépendance n'ont pas de personnel administratif propre et disposent du personnel des caisses maladie.

Les caisses dépendance ont la mission de fournir les soins aux assurés par des contrats de prestations et des conventions de rémunération avec des établissements de long séjour, les centres de coordination des aides et soins à domicile et les services de soins à domicile. Lorsque l'assuré obtient des services d'un fournisseur non agréé, celles ci ne sont pas remboursées. Par ailleurs, si les prestations sont fournies par des institutions de soins agréées, mais avec lesquelles la caisse n'a pas été signé de contrat de rémunération, l'assuré a droit aux prestations mais le prix des soins, qui a été dans ce cas convenu directement avec l'institution, n'est remboursé que dans la limite de 80 % ; l'aide sociale n'est pas autorisée à prendre en charge la différence.

Le panier des services financés par l'assurance dépendance est défini par la loi. Ce panier est plus abondamment présenté en annexe 2.

Le panier de services peut le cas échéant être complété par des accords cadres au niveau du Land.

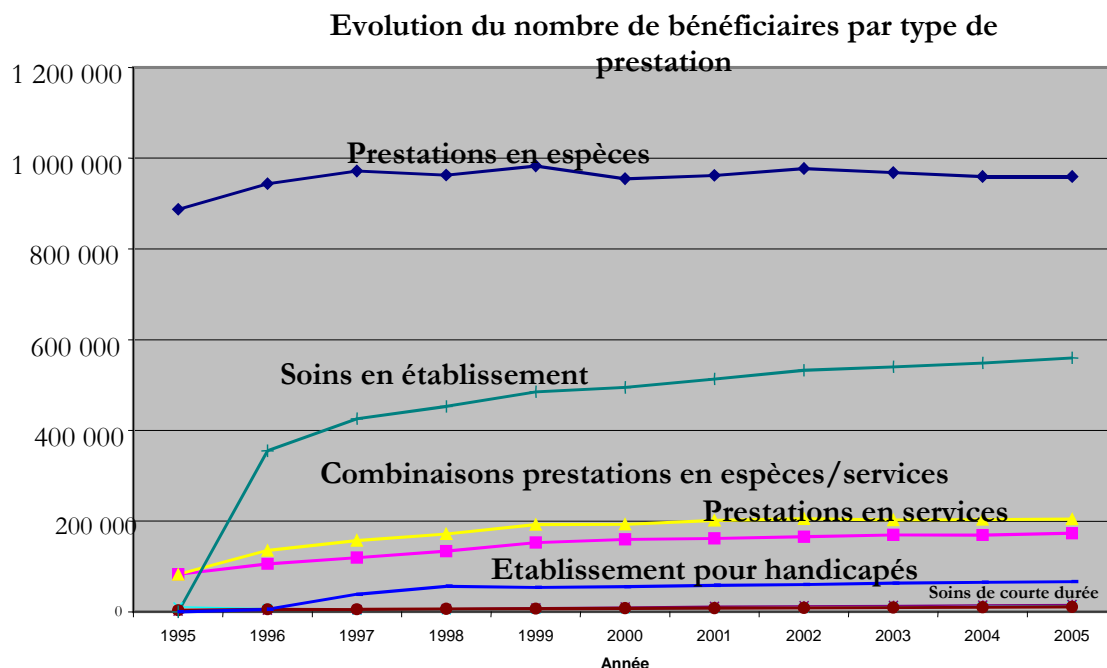
La loi de 1994 a posé le principe: "*la prévention et la réadaptation précèdent les soins*". Ce principe est considéré comme indispensable pour que soient maintenues ou récupérées les capacités de vie autonome

¹⁵¹ Nous remercions Serge Milano, ancien conseiller social de l'ambassade de France en Allemagne et sans doute le meilleur connaisseur du *Pflegeversicherung* en France, pour ses remarques et les informations qu'il a bien voulu nous transmettre.

des personnes âgées. Il se traduit par le fait que les soins dits « activants », après l'entrée en dépendance, entrent ainsi dans les missions de l'assurance dépendance (§ 28, alinea 4). Ils ne constituent cependant pas une prestation propre mais sont plutôt un élément contenu dans les autres prestations.

Les assurés ont un large choix des prestations :

- ils peuvent notamment opter pour des prestations à domicile ou en établissement. Ainsi, si un placement en établissement est demandé par l'assuré contre l'avis de la caisse, la demande est satisfaite mais dans ce cas le droit aux prestations est limité aux prestations que la personne obtiendrait à domicile.
- Ils peuvent choisir entre prestations en nature et prestations en service, voire combiner les deux, lorsqu'il s'agit des prestations à domicile.



On voit sur le graphique ci-dessus que la distribution du panier de services de l'assurance dépendance a globalement peu évolué depuis 1996, date à laquelle l'assurance dépendance a été étendue aux services en institution. On constate aussi que les allemands privilégient fortement la solution des prestations en espèce, pourtant moins favorable financièrement mais qui garantit un plus large libre choix. Ils sont près de 75 % de bénéficiaires à choisir ce type de services. Cette proportion a tendance à se réduire dans les années récentes, ce qui pourrait être, au moins pour partie, liée à la réduction du nombre des aidants naturels.

Peuvent prétendre au bénéfice d'une prestation les assurés qui ont besoin d'une aide pendant au moins six mois pour effectuer les actes ordinaires et de la vie quotidienne (soins corporels : douche, élimination urinaire et fécale ; alimentation, mobilité : habillage/déshabillage, lever, coucher), du fait d'une maladie ou d'une incapacité physique, mentale ou psychique. Les personnes dépendantes sont classés en trois groupes dont le contenu est précisé en annexe 1. Une équipe médico sociale placée auprès du service médical des caisses maladie (MDK), est chargée de l'évaluation.

En 2004, 1,93 M de personnes étaient bénéficiaires de l'assurance dépendance au titre des caisses légales, soit 2,8% des assurés¹⁵². Dans cet ensemble, 67,3 % des personnes étaient prises en charge en ambulatoire et 32,7% en établissement.

L'accès aux services est ouvert à tous les assurés sociaux (et à leurs ayants-droits) qui vérifient un minimum de durée contributive : cinq ans au cours des dix dernières années depuis le 1 janvier 2000. La

¹⁵² Dans les caisses privées ce taux est nettement plus faible puisqu'on compte 119000 bénéficiaires de l'assurance dépendance pour 9 M d'assurés, soit 1,3%

prestations sont ouvertes sans condition de ressources. Leur attribution dépend uniquement du volume horaire de soins nécessaires pour les actes de la vie quotidienne.

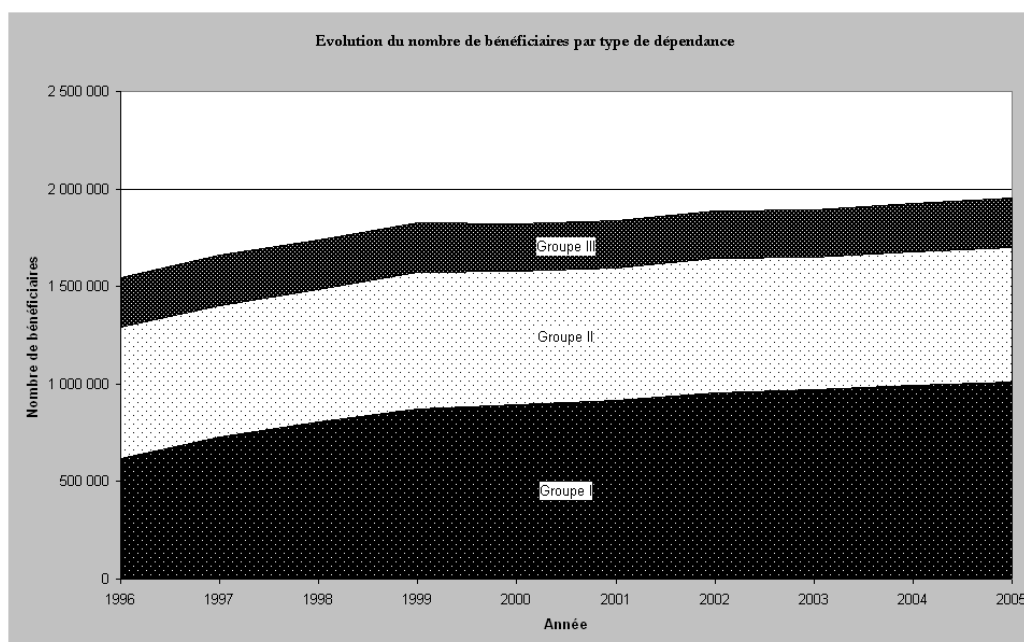
Les prestations d'assurance ont priorité sur les prestations de l'aide sociale qui restent néanmoins nécessaires dans certains cas. La création de l'assurance dépendance a ainsi conduit à une réduction importante des dépenses d'aide sociale (pour la seule année 1997, les dépenses des soins pour les Länder ont été allégées de 10 milliards de DM) mais pas à leur suppression.

❖ Des évolutions paradoxales au regard de l'objectif de promotion du maintien à domicile

Les rapports successifs des gouvernements sur l'assurance dépendance soulignent que les objectifs initiaux de la réforme en terme de niveau de couverture de la dépendance sont largement atteints.

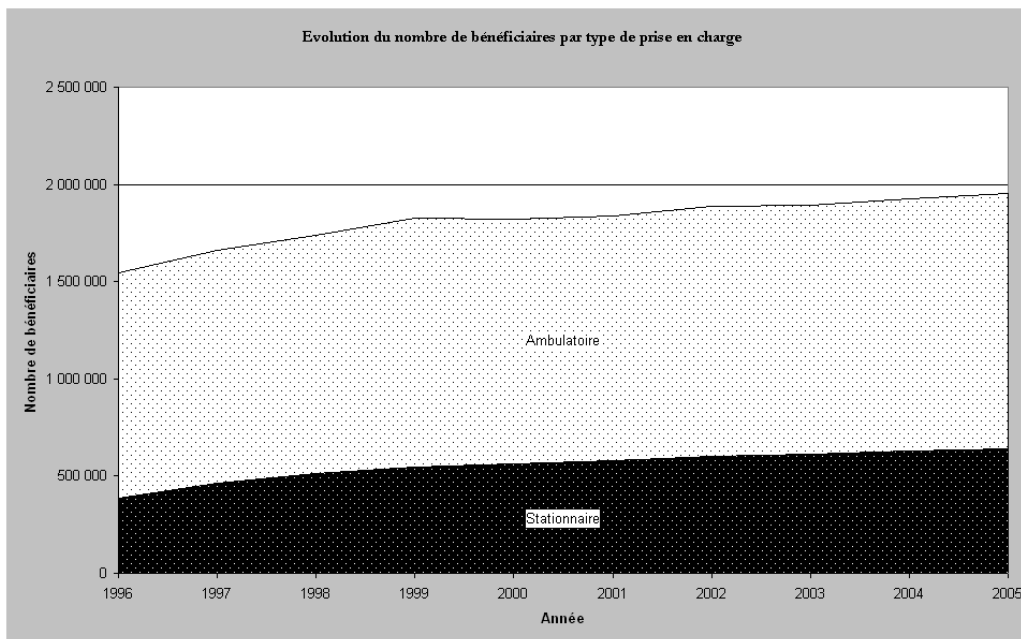
Plusieurs points sont néanmoins mis en avant dans la période récente. Un premier défaut est que système d'assurance dépendance allemand ne couvre pas la dépendance partielle, ce qui constitue une importante limite régulièrement mis en avant dans les débats politiques à son sujet. Il couvre par ailleurs encore mal les soins aux personnes ayant des déficiences cognitives.

Le graphique ci-dessous montre néanmoins que la montée en charge de l'assurance dépendance s'est faite essentiellement par la progression du nombre des personnes les moins dépendantes (groupe I), alors que celui des personnes très dépendantes est resté relativement stable.



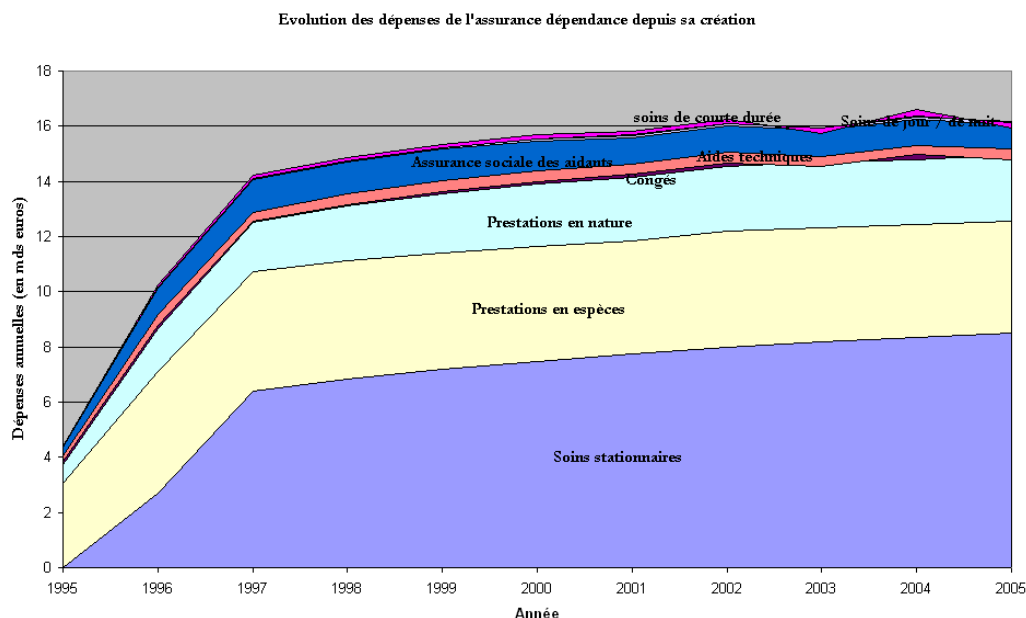
Source : Ministère de la santé

Une seconde limite est que l'assurance dépendance a conduit à une progression nettement plus rapide du nombre de personnes accueillies en établissement (+39% entre 1996 et 2005), qu'à celle du nombre de personnes soignées à domicile (+9,2% entre ces dates). Il semble donc que un des objectifs essentiels de cette politique, qui était de faire la promotion du maintien à domicile, n'est pas atteint.



Source : Ministère de la santé

Cette réalité apparaît plus clairement encore quand on décompose l'évolution des postes de dépense de l'assurance dépendance depuis sa création. Le financement des soins stationnaires (en établissement) représentaient en 2005 47,7% des dépenses des caisses dépendance, contre 42,3% en 1997. A l'inverse, les prestations en nature ou en espèces à domicile représentaient en 2005 36,1% des dépenses, contre 40,2% en 1997. La montée en charge de l'assurance dépendance bénéficie donc principalement au financement des soins en établissement. Les autres prestations quant à elle du panier de services (aide aux aidants, aides techniques, soins de courte durée), ne semblent pas avoir véritablement « décollé ».



Source : Ministère de la Santé

Diverses propositions de réforme prévoient ainsi actuellement une diminution des prestations en établissement au niveau de celui des soins ambulatoires. Et donc de créer une incitation aux soins ambulatoires.

Plus fondamentalement, un rapport du conseil permanent d'expertise sur les politiques de santé¹⁵³ insiste sur le besoin d'une plus grande adaptation du panier de services aux besoins de la personne, notamment pour les personnes atteintes de démence.

❖ Des déséquilibres financiers depuis 1998

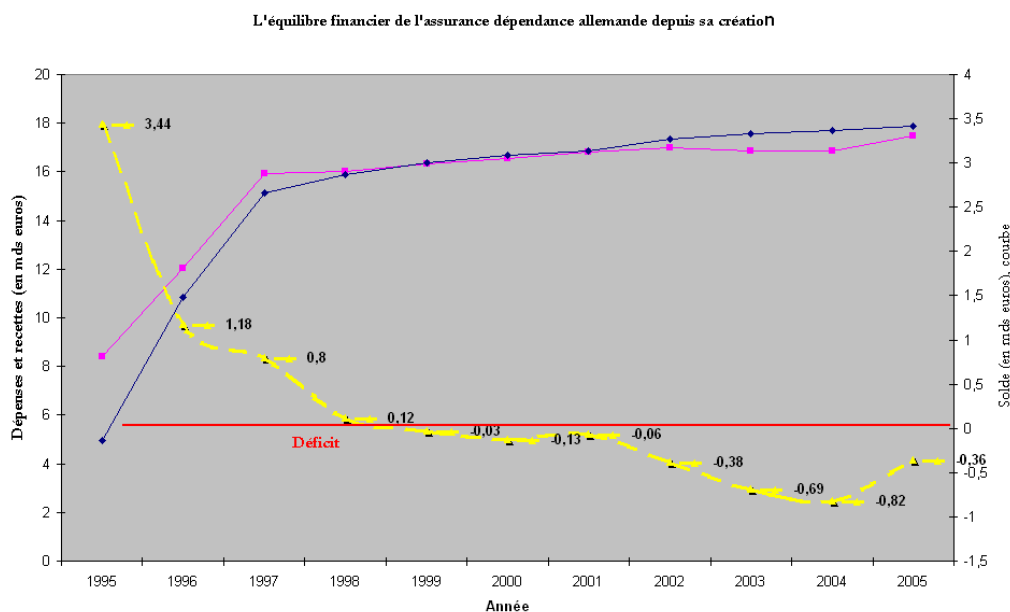
L'assurance dépendance est financée par cotisation. La discussion sur ce point en 1994 est intervenue en deux temps : a été posé le principe de cotisation, par moitié entre employeur et salarié, puis, pour ne pas alourdir les coûts salariaux a été posé le principe de remboursement aux employeurs de leur cotisation. Ce remboursement s'est fait par la suppression d'un jour férié, sauf dans un Land (la Saxe), où les salariés ont négocié avec les employeurs le partage de la cotisation employeur de 0,85 pour éviter de renoncer à un jour férié).

Ce mode de financement est demeuré globalement stable depuis sa création et le taux de cotisation est resté stable jusqu'à aujourd'hui. Cette stabilité du taux est un principe fondamental de l'assurance allemande. Le législateur avait d'ailleurs souligné en 1994 qu'il fallait miser sur la dynamique du plafond de cotisation pour accroître les ressources de l'assurance dépendance. En principe, en raison de l'évolution du plafond de cotisation, ce volume s'accroît en effet chaque année au rythme des salaires.

En raison de la faible progression des salaires allemands depuis 1996, cette évolution est toutefois demeurée très modeste, inférieure même à la tendance moyenne de l'inflation : alors que les recettes des caisses ont progressé de 9,1 % depuis 1997 (soit un rythme annuel moyen de 1,2%), les prix ont augmenté de 11,5%. Le dynamisme des recettes allouées aux caisses dépendance est ainsi inférieur même à l'indice des prix.

En conséquence, les caisses dépendance sont en déficit continu depuis 1998. Le déficit a correspondu en 2004 à 4,8 % des recettes recouvrées avant de redescendre en 2005 à 2%. La dette accumulée depuis 1999 correspond ainsi à 2,8 Mds euros.

Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance (en milliards euros) et taux moyen annuel d'évolution



Source : Ministère de la santé allemand

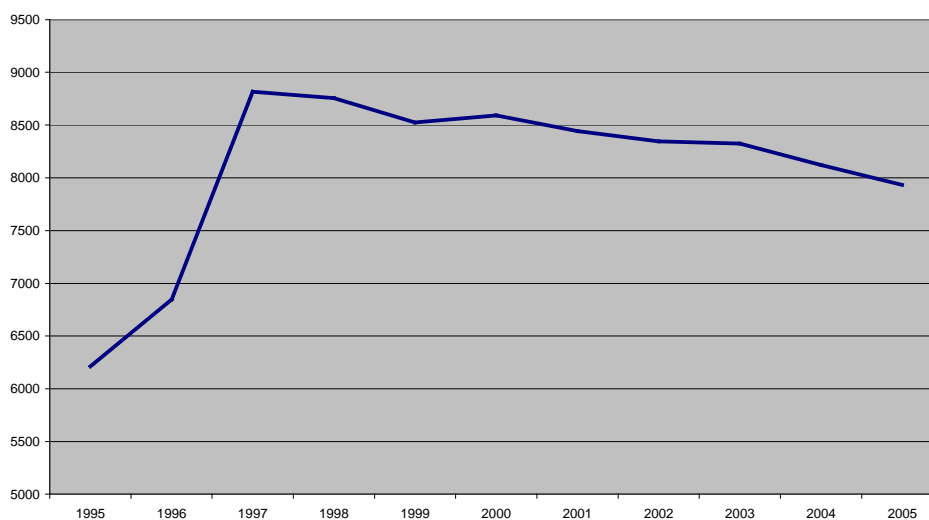
¹⁵³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, *Koordination und Qualität im Gesundheit*, Berlin, 1995, p 49s

Une première réponse à ces déficits a consisté à accroître le niveau de cotisations des pensionnés. Les retraités ne payaient jusqu'alors que la moitié de la cotisation dépendance. Depuis 1^{er} janvier 2004, ils la paient en totalité.

Par ailleurs, la dégradation de la situation financière des caisses dépendance ne permet pas de revalorisation des barèmes de prestations, qui n'ont pas évolué depuis 1996. Le montant des prestations, fixé la première fois par le législateur, devait en effet être ajusté par décret du gouvernement avec accord du *Bundesrat* (§ 30). Cet ajustement n'est cependant pas automatique et à intervalles réguliers et se fait dans la limite de la croissance du volume des ressources à taux de cotisation stable.

Après les années de montée en charge du régime, on constate ainsi sur le graphique ci-dessous une tendance assez nette à la dégradation du pouvoir d'achat de ces prestations de l'assurance dépendance.

Evolution de la dépense moyenne par bénéficiaire et par an (en euro constant 1995)



Source : Ministère de la santé allemand, *Calculs de l'auteur à partir de l'indice des prix à la consommation publié par le Statistisches Bundesamt Deutschland*

❖ La croissance anticipée du nombre des personnes dépendantes

La commission Rürup réunie en 2003 sur l'évolution du système de protection sociale allemand a réalisée les premières projections du nombre de personnes dépendantes dans les 40 prochaines années. Ces travaux ont depuis été complétés, pour aboutir aux estimations suivantes :

Diverses projections du nombre de bénéficiaires (en millions) de l'assurance dépendance

Année	Commission Rürup (2003)	Conseil des sages sur l'évolution de l'économie allemande (2004)	IWG de Bonn (2003)	Karl Bräuer Institut (2006)
2005	-	1,97	2,12	1,95
2010	2,13	2,16	-	2,01
2020	2,64	2,57	-	-
2030	3,09	2,9	3,11	2,6
2040	3,4	3,24	-	-
2050	-	3,68	4	3,31

Source : *Karl Bräuer Institut*¹⁵⁴

¹⁵⁴ M Römer, R Borell, Karl Bräuer Institut, *Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung*, Sonderinformation, 48, août 2006

Les résultats de ces projections sont assez proches de ceux obtenus par l'INSEE et la DREES en France et se situent dans une fourchette de progression de 30 à 50 % du nombre de personnes dépendantes d'ici 2030. La notion de bénéficiaires de l'assurance dépendance étant nettement plus large que celle de bénéficiaires de l'APA, notamment du fait de l'absence de barrière d'âge, on aurait pourtant pu s'attendre à une évolution plus modérée que dans les projections françaises.

Le conseil des sages sur l'évolution de l'économie allemande prévoit ainsi, selon les scénarios de progression de la richesse et des salaires retenus, un besoin de financement supplémentaire compris entre 1,96 et 3,14 points de cotisations nouveaux d'ici 2050.

2. Les pistes actuellement en discussion¹⁵⁵

Le parti social-démocrate (SPD) et les Verts proposent un élargissement du financement par cotisation liées au revenu à travers une assurance dépendance universelle (*Bürgerpflegeversicherung*). Selon cette proposition, tous les assurés de l'assurance sociale et de l'assurance privée dépendance seraient intégrés dans une seule et unique assurance citoyenne (nationale). Cette assurance citoyenne par répartition, absorberait les couvertures par capitalisation actuelles. La question de la constitutionnalité de cette opération est toutefois posée. Les cotisations à payer seraient augmentées avec l'augmentation des revenus jusqu'à la limite du plafond de cotisation. En outre, l'assiette des cotisations pourrait comprendre les revenus supplémentaires, tels que les revenus du capital. Deux piliers de financement seraient ainsi prévus : le premier comprendrait les revenus du travail et le deuxième comprendrait les revenus du capital et d'autres revenus.

Le rapport du conseil permanent d'expertise sur les politiques de santé avait déjà insisté sur ce point en montrant que la juxtaposition d'un système d'assurance maladie concurrentiel avec un système d'assurance dépendance obligatoire pouvait générer des équilibres non coopératifs entre branche et conduire à des transferts de coûts de la branche maladie vers la branche dépendance. Le rapport plaide pour un rapprochement des caisses privées et publiques, voire une intégration progressive des branches aux motifs suivants :

- Les deux risques sont par nature très proches et les frontières difficiles à définir ;
- Les personnes âgées préfèrent avoir un interlocuteur commun et une prise en charge cohérente ;
- Les incitations à conduire des politiques de prévention et de réhabilitation seront plus fortes dans un système intégré que dans un système à deux branches ;
- Les clauses juridiques permettant le développement de formules de soins plus intégrées, notamment dans le champ des démences, seront sans doute plus fréquemment utilisées.

Cette intégration impliquerait toutefois de mettre en concurrence l'activité d'assurance dépendance, comme l'est déjà l'activité d'assurance maladie, ce qui pourrait renforcer les phénomènes d'anti-sélection entre caisses et de concentration du risque dans les caisses généralistes (AOK). Le rapport considère ainsi qu'elle n'est possible que si un véritable système de péréquation du risque en fonction de la morbidité des assurés est créé. Ce fonds de péréquation souhaité en matière de maladie depuis 1994 et aujourd'hui à peine ébauché, est le principal élément de la réforme de l'assurance maladie annoncée en août 2006.

Le parti démocrate chrétien de Bavière (CSU) et le syndicat professionnel des assureurs privés proposent une variante à cette proposition qui consiste à compléter le financement par cotisation liées au revenu par une prime supplémentaire. Le financement par cotisations serait alors complété par une assurance privée complémentaire obligatoire par capitalisation, pour laquelle tous les assurés devraient acquitter une prime supplémentaire indépendante de leurs revenus. Une prise en charge par l'aide sociale de cette prime pourrait être envisager pour les titulaires de bas revenus.

¹⁵⁵ Ces propositions sont notamment présentées dans M Römer, R Borell, *op cit*, p 13s

Plus encore, la fondation pour l'économie de marché, les Cinq Sages, l'Institut pour l'économie et la société de Bonn, la fédération économique de Bavière, la Commission Sécurité sociale et le FDP se sont prononcés pour une capitalisation intégrale pour financer la dépendance.

Enfin, la CDU et le conseil des sages privilégient quant à eux l'institution d'une prime « dépendance » forfaitaire spécifique (de six à huit euros par mois selon un député, M Jens Spahn). Cette prime se substituerait aux cotisations. Pour les titulaires de bas revenus, le montant de la cotisation à payer sera ainsi fortement accru. En compensation de la charge supplémentaire une compensation sociale doit être versée au titulaires de gains modestes.

Il n'existe pas actuellement d'accord gouvernemental pour la réforme de l'assurance dépendance. L'accord de grande coalition avait prévu que le sujet serait abordé en 2006, mais le gouvernement a finalement annoncé en juillet 2006 qu'aucune réforme n'interviendrait avant le début de l'année 2007, ce qui devrait permettre de conduire la réforme du système de santé à son terme avant d'entamer les discussions sur la dépendance. La ministre de la santé, Ulla Schmidt, a notamment contredit les informations données par la presse selon lesquelles elle préparerait une hausse du taux de cotisation de 0,4 points en 2007. Les caisses de sécurité sociale dont la situation financière s'améliore grâce au retour de la croissance ont d'ailleurs elles-mêmes considérées que cette évolution n'est pas encore nécessaire.

**ANNEXE 5 (suites) : LES GROUPES DE DEPENDANCE DANS L'ASSURANCE
DEPENDANCE ALLEMANDE (document transmis par M Serge MILANO)**

		I Dépendance importante	II Dépendance lourde	III Dépendance très lourde
A	Soins corporels Se laver Se doucher Prendre un bain Se laver les dents Se peigner Se raser Uriner et déféquer	Avoir besoin d'une aide		
		Au moins une fois par jour Pour deux actes des domaines A, B et C	Au moins trois fois par jour à différentes heures pour l'accomplissement des actes des domaines A, B et C	24 heures sur 24, y compris la nuit, pour l'accomplissement des actes des domaines A, B et C
		... Et pour ces actes avoir un temps d'aide des membres de la famille ou d'une autre aide non professionnelle en moyenne journalière par semaine de		
B	Alimentation Préparer ou prendre oralement des aliments	Au moins 90 minutes dont 45 minutes pour les soins de base A, B et C	Au moins 180 minutes, dont au moins 120 minutes pour les soins de base A, B et C	Au moins 300 minutes, dont au moins 240 minutes pour les soins de base A, B et C
C	Mobilité Se lever seul et aller au lit S'habiller et se déshabiller Marcher Rester debout Monter les escaliers Quitter le logement et y revenir			
D	Entretien du ménage Faire ses courses Faire la cuisine Entretenir le logement Changer et laver le linge et les vêtements Faire du feu Et, en outre, un besoin d'aide plusieurs fois par semaine pour les actes du domaine D		

<p style="text-align: center;">ANNEXE 5 (suite) : LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DEPENDANCE ALLEMANDE (document extrait d'un article de S MILANO à paraître dans la revue de droit sanitaire et social)</p>

L'assurance dépendance offre des prestations qui visent le maintien à domicile et des prestations destinées à alléger la charge des personnes dépendantes en établissement.

Les prestations de maintien à domicile comprennent:

- l'aide à la dépendance à domicile comme prestation en nature (§ 36)
- l'allocation dépendance pour l'auto-assistance (§ 37)
- la combinaison de prestations en espèces et de prestations en nature (§ 38)
- les soins à domicile en cas d'empêchement de la personne soignante (§ 39)
- les soins de jour et les soins de nuit (§ 41)
- les soins temporaires (§ 42)
- les moyens auxiliaires, les aides techniques et les subventions pour l'aménagement du logement des personnes dépendantes (§ 47)
- les prestations pour la sécurité sociale des personnes soignantes (§ 44)
- les cours de soins pour les membres de la famille et les personnes soignantes bénévoles (§ 45).

On présentera successivement les différentes formes d'aide apportées au domicile de la personne dépendante avant d'examiner en particulier le choix proposé d'aide en nature ou en espèces pour les prestations de soins. Puis on présentera les autres aides du maintien à domicile et les aides en établissement.

1/ Les différentes aides à domicile

a) l'aide aux soins de nursing et l'aide ménagère

L'aide attribuée directement à la personne vivant dans son foyer ou dans un autre foyer comprend des soins de nursing et une aide ménagère. Les soins de nursing et l'aide ménagère comprennent seulement les prestations d'aide pour les actes qui doivent être prises en compte pour la détermination de la dépendance au sens du § 14, alinéa 4. Ainsi, les soins médicaux nécessaires dans le cadre d'un traitement médical, comme, par exemple, les piqûres, les pansements, etc., n'appartiennent pas aux prestations dépendance (en nature) et font partie des soins médicaux à domicile qui doivent être financés par les caisses d'assurance maladie. Plus délicate est la question de la satisfaction du besoin de communication qui, en principe, n'appelle aucune prestation particulière de l'assurance dépendance. Les soins de nursing doivent permettre, au contraire, de répondre au besoin de communication des dépendants. Cependant, dans les cas où une tendance à la solitude est reconnue, le professionnel soignant a le devoir de s'efforcer d'aménager des possibilités de communication avec des bénévoles relevant d'autres services sociaux.

La loi ne prévoit pas les modalités de répartition de chaque action de soins au niveau des prestations individuelles entre soins de base et aide ménagère. Cela se décide plutôt selon les exigences concrètes dans chaque situation particulière. Les actions de soins ne sont pas prédéterminées. Il n'est pas prévu de limiter les actions de soins à un nombre déterminé par mois civil.

b) Soins à domicile en cas d'empêchement de la personne aidante.

Pour maintenir et encourager la disponibilité et la capacité d'aide à domicile, la loi a prévu une aide en cas de congé ou d'empêchement quelconque de la personne soignante. La personne dépendante a droit à une aide de remplacement pendant quatre semaines maximum et jusqu'à 1 432 euros par année civile. Ce personnel de remplacement ne peut pas être un personnel professionnel lorsque la personne aidante en congé était elle-même bénévole. Le droit à une aide de remplacement suppose que la personne aidante a soigné la personne dépendante avant le premier empêchement au moins douze mois dans son environnement domestique. Il n'est pas nécessaire que la personne aidante ait soigné à nouveau pendant

douze mois avant chaque nouvelle interruption de l'activité de soins. Le droit à une aide de remplacement n'existe que dans les cas d'empêchement d'une personne soignante bénévole, mais pas en cas d'empêchement d'une professionnelle car il reviendrait plutôt à l'institution de soins ou à la caisse dépendance d'embaucher une remplaçante.

c) Les aides techniques (lits adaptés, fauteuil roulant, élévateur, etc.)

Les prestations de soins à domicile sont complétées par des moyens auxiliaires dans la mesure où ils ne sont pas financés par l'assurance maladie ou d'autres gestionnaires de prestations, ainsi que par des aides techniques dans le ménage qui servent à faciliter les soins ou permettent une conduite de vie autonome de la personne dépendante. Font partie des moyens auxiliaires, les moyens de soins adaptés à une utilisation particulière (par exemple: moyens de désinfection, supports, etc.) ainsi que les auxiliaires techniques, comme par exemple, les lits de soins, les fauteuils roulants, les ambulateurs, les élévateurs, etc. Une prescription médicale des aides auxiliaires n'est pas prévue, mais les caisses dépendance doivent cependant vérifier la nécessité des moyens auxiliaires demandés avec la participation d'un professionnel ou du service médical. Pour limiter la charge financière de l'assurance dépendance, la prise en charge des coûts est toutefois limitée à 31 euros par mois.

Les moyens auxiliaires doivent être fournis, dans la mesure du possible, en location à la personne dépendante, afin d'en réduire le coût. Les expériences d'autres branches de la sécurité sociale ont montré que les moyens auxiliaires, souvent très chers, se détériorent peu même après un long usage. Parce que les aides auxiliaires doivent être partiellement adaptées à chaque cas de dépendance et ne peuvent servir seulement qu'après une installation appropriée, la caisse dépendance peut subordonner l'approbation de telles aides à la disponibilité de la personne soignante ou du personnel professionnel soignant à suivre une formation appropriée. Aucune participation n'est demandée à l'assuré pour l'usage de moyens auxiliaires loués. Mais, en cas d'acquisition, une participation de 10 % et au plus de 25 euros, doit inciter l'assuré à recourir aux aides les plus avantageuses financièrement. Les plus nécessiteux peuvent, selon les règles de l'assurance légale maladie (§ 61 et 62 SGB), être exonérés totalement ou partiellement de la participation. Enfin, les assurés qui refusent sans raison impérieuse la location de matériel auxiliaire doivent supporter intégralement le coût des aides auxiliaires. La loi prévoit que les associations fédérales des caisses dépendance élaboreront, en annexe à l'état des moyens auxiliaires financés par l'assurance légale maladie, un état des moyens auxiliaires financés par les caisses dépendance (§ 78 alinea 2).

d) Subventions pour l'aménagement du logement de la dépendance

Les carences du logement sont le plus souvent cause de ce que les personnes dépendantes ne peuvent rester dans leur logement ou ne peuvent réintégrer leur logement, notamment après un séjour en hôpital. Il est souvent impossible de modifier le logement, sans grosses dépenses techniques ou d'aménagement, de manière telle que puisse être évité le séjour en institution. Aussi, une possibilité subsidiaire a été aménagée pour les caisses dépendance d'allouer une subvention à l'amélioration du logement lorsqu'une aide à domicile est ainsi rendue possible ou facilitée ou que peut être garantie une vie autonome. Entrent ici en ligne de compte l'extension des portes, la substitution d'une douche à une salle de bain, l'installation d'un escalator, mais aussi des petites mesures comme l'installation de prises de retenue ou d'installations pour fauteuils roulants. Le service médical ainsi que l'ensemble des professionnels qui apportent une aide à domicile doivent pouvoir conseiller la personne dépendante dans les questions d'aménagement du logement pour minorer les risques d'accident et faciliter les soins à domicile.

Le montant de la subvention, de 2 578 euros maximum par mesure d'amélioration du logement, est déterminé par les coûts de chaque mesure d'amélioration et par la situation de revenu de la personne dépendante. Les associations fédérales des caisses dépendance ont élaboré des directives (§ 78, alinea 2) afin de garantir l'unité de décision des caisses dépendance.

e) Cours de soins pour membres de la famille et personnes bénévoles

Pour encourager les personnes bénévoles et pour améliorer la qualité des soins à domicile, les caisses dépendance doivent offrir des cours de soins qui permettent d'acquérir les connaissances nécessaires ou utiles pour prendre en charge la dépendance à domicile. Outre les aides pratiques, les cours doivent aussi offrir un soutien pour la prise en charge de handicaps physiques ou mentaux sous forme d'échange d'expériences entre personnes aidantes, de conseil sur les moyens d'aide et les mesures de réadaptation ainsi que de gains de nouvelles personnes soignantes bénévoles.

Une caisse dépendance peut dispenser elle-même les cours ou en collaboration avec d'autres caisses dépendance mais elle peut aussi déléguer d'autres institutions comme, par exemple, les associations privées d'action sociale. Les enseignements peuvent aussi, lorsque cela est approprié au but, être effectués à domicile, comme, par exemple, pour l'enseignement de l'utilisation des moyens d'aide. Les caisses dépendance peuvent, au niveau du Land, conclure des accords cadres avec les institutions participantes pour coordonner l'offre aussi bien en contenu qu'au point de vue organisationnel et pour atteindre un éventail de cours le plus large possible. La gratuité des cours n'est pas subordonnée à l'affiliation à l'assurance légale dépendance.

f) Prestations pour la sécurité sociale des personnes soignantes.

L'assurance sociale des personnes soignantes bénévoles a été, dès le départ, une préoccupation du législateur qui y a vu un élément décisif pour l'amélioration de la situation des soins à domicile. Les soins à domicile bénévoles sont fournis presque exclusivement par des membres de la famille et, dans une très large mesure, par des femmes qui doivent souvent renoncer à une activité professionnelle. Elles renoncent ainsi non seulement à un revenu propre d'activité mais aussi en règle générale à une pension de retraite complète compte tenu des trous dans leur période de cotisation. La loi a donc assimilé l'activité de soins à une activité ouvrant droit à pension. Les caisses dépendance payent, depuis le 1er avril 1995, des cotisations à l'assurance légale pension pour les personnes qui soignent bénévolement une personne dépendante à domicile au moins 14 heures par semaine (§ 19) et qui, de ce fait, ne sont pas actives ou ne sont plus actives plus de 30 heures par semaine. Le montant de la cotisation est déterminé par le degré de dépendance et l'importance de l'activité de soins qui en découle. Les soins à la dépendance pourront valoir pour ces bénévoles comme droit à l'assurance pension, comme ouvrant droit à pension et comme ouvrant droit à pension évolutive. Le tableau joint en annexe indique le montant des cotisations que doit payer la caisse dépendance dans différents cas types et le montant de pension qui en résulte pour les personnes soignantes.

Lorsque deux personnes ou plusieurs se partagent les soins d'une personne dépendante, elles peuvent être toutes assurées dans la mesure où chacune d'entre elles soigne au moins pendant 14 heures par semaine compte tenu de l'importance de la dépendance. Les cotisations prévues à l'assurance vieillesse sont disjointes dans ce cas. Le volume minimum de 14 heures par semaine s'applique aussi en cas de recours aux prestations en nature prévues par le § 36 et le § 38 ainsi que pour les soins de jour et de nuit (§ 41). Cependant, pour éviter des effets pervers, il doit être prouvé dans ce cas que les soins de la dépendance correspondent effectivement à cette mesure.

Les personnes soignantes peuvent aussi exercer une activité professionnelle au sens du § 19 lorsqu'elles peuvent apporter le service approprié aux personnes dépendantes malgré leur activité professionnelle. L'obligation d'améliorer la sécurité de la vieillesse d'une personne soignante ne vaut cependant que lorsque la personne soignante n'exerce, en raison des soins, aucune activité professionnelle ou seulement une activité professionnelle de 30 heures au plus par semaine. Les détails sont réglés par les §§ 3, 14, 166 et 170 du livre VI du code social. En outre, les personnes aidantes sont affiliées pendant leur activité de soins à la protection de l'assurance accident sans payer de cotisation (§§ 539, 541, 637, 657, 770 du code des assurances).

2/ Le choix des prestations de soins: en nature ou en espèces.

S'agissant des prestations de soins, le législateur a prévu des prestations en nature, des prestations en espèces et la combinaison de prestations en nature et en espèces. Lorsque les soins de nursing et l'aide ménagère sont attribués au titre de l'aide en nature, il y a intervention d'un professionnel. Lorsqu'ils sont attribués au titre de l'aide en espèce, la personne dépendante est supposée se procurer elle-même la

personne soignante, qui peut être un membre de la famille, un voisin ou une personne quelconque, sous réserve que les uns et les autres remplissent certaines conditions.

a) les formes d'aide

1°) *l'aide en nature.* Les prestations en nature visent à améliorer l'aide à domicile, c'est à dire à la fois l'aide dont ont besoin les personnes dépendantes et l'allègement dont ont besoin les membres de la famille qui apportent leur aide. Les prestations en nature sont les prestations les plus importantes de l'assurance dépendance car elles permettent aux caisses dépendance d'être plus que de simples institutions de répartition de cotisations. Elle sont l'instrument qui leur permet de remplir leur mission c'est à dire d'apporter aux assurés un service conforme aux besoins et mesuré qui correspond à l'état des connaissances, de contrôler les fournisseurs de prestations dans leur économicité et leur qualité et, par des accords avec les fournisseurs de prestations, de mettre leur pouvoir de négociation au service des dépendants.

Le droit aux prestations en nature suppose que le professionnel ait un contrat avec la caisse dépendance, soit indirectement, pour autant qu'il est employé par une institution de soins ambulatoire, avec laquelle la caisse a un contrat de soins et un accord de rémunération, soit directement, dans la mesure où il est inscrit à la caisse dépendance ou qu'il a, comme personne privée, conclu un contrat avec la caisse dépendance selon le § 77, dont le contenu, l'importance, la rémunération ainsi que la vérification de l'économicité et de la qualité des prestations convenues ont été constatés. Les personnes dépendantes qui ont recours à un professionnel qui a seulement un contrat avec elles et non avec une caisse dépendance n'ont aucun droit aux prestations en nature mais seulement à l'allocation de soins.

2°) *Les prestations en espèces: l'allocation de soins ou allocation dépendance.* Les personnes dépendantes peuvent demander une allocation dépendance lorsqu'elles peuvent se procurer par elles-mêmes, dans la mesure appropriée, les soins de nursing nécessaires et l'aide ménagère. La décision de savoir si c'est le cas appartient au service médical, dans le cadre de son avis d'expert, compte tenu du logement de la personne, et cela pas seulement lors du premier avis mais aussi lors du renouvellement. Il importe peu de savoir si l'aide est apportée par des membres de la famille, des bénévoles ou des personnes actives.

Pour que la qualité des soins à domicile demeure garantie par l'obtention de l'allocation dépendance et pour qu'un déficit puisse être précocement reconnu et contrecarré, les personnes dépendantes qui obtiennent exclusivement l'allocation dépendance sont tenues de recourir dans la mesure nécessaire à des soins fournis par une institution avec laquelle la caisse dépendance a conclu un contrat de services. Pour les degrés I et II, ces soins sont à demander au moins une fois par semestre et dans le groupe III au moins une fois par trimestre (§ 37 alinea 3). Les actions de soins servent simultanément aussi la protection des personnes aidantes. Le professionnel qui constate précocement, par exemple, une détérioration de la santé de la personne dépendante, peut par le conseil et l'aide, l'information sur les cours de soins, les soins de jours etc., agir sur l'allègement de la personne aidante et ainsi, dans chaque cas, permettre d'autres soins à domicile. Les coûts des actions de soins sont remboursés aux personnes dépendantes par la caisse dépendance, sur preuve, par imputation sur l'allocation dépendance. Si la preuve n'est pas apportée, l'allocation dépendance est réduite.

L'allocation dépendance n'est pas une rémunération pour les prestations fournies par la personne soignante; elle doit plutôt renforcer la responsabilité propre et l'autodétermination de la personne dépendante et lui donner la possibilité de former elle-même son aide à la dépendance. La prestation en espèces lui donne la possibilité de verser une reconnaissance matérielle à ceux qui l'ont aidée. Elle offre ainsi une incitation à obtenir la disponibilité des membres de la famille, des amis et des voisins et aide ainsi la personne dépendante à rester aussi longtemps que possible dans son environnement habituel.

Il a été plusieurs fois demandé, notamment par des handicapés très jeunes, actifs, qui organisent eux-mêmes aujourd'hui leurs aides, dans la mesure où ils emploient une ou plusieurs personnes comme aides, de porter l'allocation dépendance au moins au niveau de la prestation en nature pour leur permettre ainsi une fonction d'employeur. Le législateur s'y est refusé pour des raisons de principe. Car si une allocation de soins d'un montant des prestations en nature était versée aux personnes dépendantes qui

emploient leurs aides comme un employeur soumis à l'obligation d'assurance, un contrat de travail serait conclu dans la plupart des cas avec les personnes qui sont aujourd'hui bénévoles avec pour conséquence l'explosion du cadre financier de l'assurance dépendance. Pour que le système demeure finançable, le montant des prestations en nature devrait être diminué. Il en résulterait un désavantage pour les personnes dépendantes d'aides professionnelles et qui ont ainsi besoin des prestations en nature, car elles obtiendraient des prestations plus faibles que celles actuellement prévues par la loi. Une relèvement de la prestation en espèces à hauteur de l'aide en nature aurait en outre l'inconvénient que peu de fournisseurs de prestations seraient disposés à conclure un contrat avec les caisses et à apporter des prestations économiques et de qualité lorsqu'ils pourraient obtenir par contrat avec la personne dépendante grâce à l'allocation dépendance une rémunération de même montant sans obligation réglementaire.

L'allocation dépendance ne doit pas être considérée comme un revenu pour l'obtention d'une prestation sociale sous condition de ressources (§ 13, alinea 5). Cela vaut aussi pour les personnes soignantes lorsque l'allocation dépendance leur est reversée partiellement ou totalement. La personne soignante ne perd donc pas ainsi, par exemple, le droit à l'exonération des cotisations pour l'assurance famille. Lorsque l'allocation dépendance est reversée à la personne soignante dans le cadre d'un contrat de travail entre elle et la personne dépendante, l'allocation dépendance a alors le statut d'un revenu de la personne soignante.

b) *les montants de l'aide*

1°) *l'aide en nature*. Les personnes dépendantes qui ont besoin d'une aide professionnelle à domicile pour des soins et pour une assistance obtiennent des soins de nursing et une aide ménagère à domicile en tant que prestations en nature. Parce que l'importance du besoin d'aide augmente avec le degré de handicap, le montant de la valeur totale jusqu'à laquelle les coûts des actions de soins sont pris en charge par les caisses est gradué selon le degré de dépendance. Les coûts de transport qui résultent de l'intervention d'un professionnel ne sont pas remboursés à part. Les caisses dépendance financent les actions de soins:

- pour la dépendance de degré I jusqu'à une valeur totale de 384 euros,
- pour la dépendance de degré II jusqu'à une valeur totale de 921 euros,
- pour la dépendance de degré III jusqu'à une valeur totale de 1 432 euros par mois, et dans les cas très lourds, jusqu'à 1 918 euros par mois. Pour prendre en compte les cas les plus lourds, les caisses dépendance peuvent, en effet, servir aux personnes dépendantes de degré III des actions de soins supplémentaires jusqu'à une valeur totale de 1 918 euros par mois lorsqu'il s'agit d'une dépendance très lourde et qu'il faut faire face à une dépense exceptionnellement élevée et intense, qui dépasse le niveau habituel du groupe III. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il y a régulièrement plusieurs fois dans la nuit un fort besoin d'aide pour plusieurs actes au sens du § 14 ou une dépendance particulièrement lourde. C'est le cas, par exemple, pour un cancer en stade final. Cette réglementation exceptionnelle devrait bénéficier au total à 3 % de l'ensemble des dépendants du groupe III.

Les prestations en nature ont atteint, après la hausse décidée en commission de médiation, un niveau qui sera, en règle générale, suffisant pour couvrir les besoins. Selon les connaissances au moment du vote de la loi, les professionnels des centres d'aide à domicile visitent une fois par jour ouvré quelque 80 % des personnes qu'ils aident, deux fois environ 15 % et trois fois seulement 5 %. Si 25 actions de soins à 15 € par mois pouvaient être financées par les prestations de l'assurance maladie, ce sont maintenant 90 actions qui pourront l'être dans le degré III, voire 125 par mois dans les cas très lourds. Dans le degré II, 60 actions par mois pourront être financées avec le montant prévu de 921 €. En profiteront surtout aussi les 700 000 bénéficiaires des prestations soins de l'assurance maladie car ils sont automatiquement intégrés, selon l'article 45, sans demande, dans le degré II et peuvent demander leur classement en groupe III. Ils obtiendront donc un ensemble diversifié de prestations qu'ils ne peuvent obtenir aujourd'hui.

Dans la mesure où restent d'autres besoins de dépendance, ils peuvent être financés par l'aide sociale. En outre, il faut considérer qu'il ne s'agit pas seulement, pour les prestations d'aide qui sont nécessaires 24 heures sur 24, de prestations de soins au sens propre mais aussi dans une large mesure de prestations de réadaptation qui appartiennent matériellement à l'aide à la réintégration servie par l'aide

sociale (intégration sociale, intégration professionnelle, etc.). Le droit à ces prestations est inchangé pour les personnes concernées.

2°) *l'aide en espèce*. L'allocation dépendance ou allocation de soins est elle-même graduée selon le degré de dépendance. Elle s'élève à:

Groupe I	205 euros par mois
Groupe II	410 euros par mois
Groupe III	665 euros par mois.

c) *Combinaison de prestations en espèces et en nature*.

Si la prestation en nature n'est pas obtenue dans toute sa mesure, une allocation dépendance proportionnellement minorée peut être demandée. L'allocation est minorée du pourcentage dans lequel les prestations en nature sont prises en compte. Si par exemple la personne dépendante du groupe II, dans lequel les prestations en nature vont jusqu'à 921 euros par mois, fait valoir un droit aux prestations en nature à hauteur de 460 euros DM, donc 50 % du droit total, elle peut encore obtenir 50 % de l'allocation dépendance qui lui revient de 410 euros, donc 205 euros.

La personne dépendante doit décider dans quelle proportion elle veut exercer son droit à prestations en nature et en espèces. Elle a six mois pour se décider, afin d'éviter à la caisse dépendance des dépenses de gestion causées par des changements trop fréquents entre prestations en nature et en espèces. Cela n'exclut pas cependant que les caisses dépendance puissent accepter une modification anticipée de la décision lorsque dans les relations qui ont été présentés dans la décision une modification substantielle est prévue, ainsi par exemple lorsque les soins à domicile ne seraient plus garantis suffisamment sans un nombre plus élevé d'actions de soins par les services de soins ambulatoires.

d) *Critique des associations*

Les associations de handicapés ont souligné que les coûts de prise en charge 24 heures sur 24 d'un montant de 9000 euros et plus par mois sont dès maintenant pris en charge par l'aide sociale. Elles reprochent à la loi d'être un pas en arrière considérable pour les personnes concernées. Le législateur a répondu que les prestations fournies dans le cadre de tels cas très lourds ne sont que pour une part - différente selon les cas - des prestations dépendance. Au premier plan, il y a des prestations d'intégration dans la vie professionnelle et sociale qui ne peuvent être prises en charge par l'assurance dépendance. C'est pourquoi il a été d'emblée fixé que ces catégories de personnes ne pourraient obtenir aucune amélioration supplémentaire grâce à l'assurance dépendance. Cependant, il doit être aussi clair que, sur 1,65 million de personnes dépendantes, ceux-là ne sont que des exceptions qui ont obtenu déjà dans le passé les prestations de l'aide sociale. Ils devront couvrir désormais leur besoin individuel avec les prestations de l'aide sociale.

3/ Les autres aides visant au maintien à domicile

Comme *autres prestations*, sont prévues:

- des soins de jour et de nuit, jusqu'à 1 432 euros selon le degré de dépendance.
- des soins de courte durée, jusqu'à quatre semaines par année civile, dans la limite de 1 432 euros;

a) *Soins de jour et de nuit*

Si les aides à domicile ne peuvent être fournies dans la mesure nécessaire, un droit illimité dans le temps est ouvert à des soins partiellement stationnaires dans des institutions de soins de jour et de nuit. Cela est pris en compte, par exemple, en cas d'une détérioration temporaire de la dépendance ou pour permettre une activité ou une activité partielle de la personne soignante ou pour décharger partiellement la personne aidante pendant la journée ou la nuit mais aussi pour utiliser l'offre de l'institution dans le domaine de la réadaptation.

Ces prestations sont aussi possibles, à côté des prestations en nature et des prestations en espèces, lorsque la valeur maximum dans chaque groupe n'est pas complètement épuisée. Le montant de l'allocation monétaire proportionnelle est calculé comme l'allocation monétaire proportionnelle en cas de prestation combinée selon le § 38.

Les institutions partiellement stationnaires doivent garantir l'aller et le retour de la personne dépendante dans la mesure où cela n'est pas possible pour la personne aidante.

b) Soins temporaires ou de courte durée

Une personne dépendante peut être accueillie dans une institution complètement stationnaire et y être soignée lorsque ni les soins à domicile ni les soins partiellement stationnaires ne sont possibles dans une mesure suffisante. Le recours aux soins de courte durée est notamment justifié lors d'une période transitoire après un traitement stationnaire ainsi qu'en situation d'urgence, par exemple en cas d'absence de la personne soignante ou de dégradation importante passagère de la dépendance.

Le droit à des soins temporaires est limité à quatre semaines par année civile et à 1 432 euros par mois. Il suppose que la personne soignante empêchée ait préalablement soigné pendant au moins douze mois la personne dépendante à son domicile .

4/ La dépendance en établissement

Depuis le 1er juillet 1996, les caisses dépendance prennent en charge les coûts de la dépendance pour les soins en institutions dans la limite de 1 432 euros par mois, en moyenne 1 279 euros. Pour les personnes très dépendantes, 1 688 euros dans les cas extrêmes. Cette disposition doit bénéficier à 5 % des personnes dépendantes du groupe III. Les coûts d'hébergement et d'entretien doivent être supportés par la personne elle-même comme pour les soins à domicile mais les caisses dépendance négocieront avec les institutions de soins, outre les dépenses liées aux soins dépendance, la part à supporter par les personnes dépendantes pour l'hébergement et l'entretien, et devraient ainsi s'opposer à des prix de journée abusifs.

Le financement des coûts d'investissement revient aux *Länder*. Selon le § 82 alinea 2, l'institution aidée ne peut pas prendre en compte les coûts qui sont à comptabiliser dans le secteur investissement, ni dans la rémunération des soins ni dans la rémunération de l'hébergement et de l'entretien. Le détail de la délimitation des prestations générales et des prestations pour l'entretien et l'hébergement ainsi que de la délimitation des dépenses d'investissement selon le § 82 alinea 2 est réglé par un décret fédéral.

ANNEXE 6 : REFLEXIONS RECENTES SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE EN ANGLETERRE

Le rapport de Sir Derek WANLESS, *Securing good care for older people, Taking a long-term view*, 2006 (note du rapporteur)

La perspective des coûts en matière de dépendance des personnes âgées fait aujourd'hui l'objet d'un investissement intellectuel remarquable au niveau international. Presque tous les gouvernements des pays développés ont commandité dans les deux dernières années des expertises approfondies sur ce sujet. On constate une avalanche des rapports, qui se font écho : aux Etats-Unis, le rapport du *Congressional Budget Office* en 2004¹⁵⁶ ; en Espagne, le livre blanc sur la dépendance remis en 2006¹⁵⁷ ; en Allemagne, de longs travaux en cours de préparation au sein d'un comité des sages visant à remettre à plat l'assurance dépendance.

Cette accélération de l'expertise publique n'est pas sans similitude avec celle qui a prévalu au milieu des années 1990, période à laquelle la décision du gouvernement allemand de créer un risque de sécurité sociale avait suscité une grande attention. Elle est pour partie liée aux questions que posent les projections démographiques en matière de dépendance, pour partie aussi à la maturation des idées sur cette question après plusieurs années de réforme d'envergure.

Après avoir demandé en 2002 et 2004 à Sir Derek Wanless des rapports sur l'avenir du système de santé public (NHS), le gouvernement britannique lui a demandé de répondre à la question suivante : « *Quel sera le coût de la prise en charge de la dépendance en Angleterre¹⁵⁸ dans 20 ans et quelles dispositions financières doivent être prises pour y faire face ?* » Son rapport, *Securing good care for older people, Taking a long-term view*, a été remis en août 2006 et rédigé dans le cadre d'un groupe de travail s'appuyant sur l'expertise du *King's Fund*. La richesse de ce rapport, qui est l'aboutissement d'un an de travaux, doit être soulignée.

Le document publié est le point d'aboutissement d'un processus de réflexion et de consultation entamé en 2005 par la publication d'un livre vert¹⁵⁹. Le gouvernement britannique a proposé une vision d'avenir pour l'assistance aux personnes âgées dépendantes, qui repose sur une stratégie de renforcement du libre choix des personnes âgées dépendantes. Cette stratégie a été précisée dans un livre blanc¹⁶⁰ publié en janvier 2006, qui insiste notamment sur un besoin de rééquilibrage dans le développement des services aux personnes âgées dépendantes entre domicile et établissement : en 2004/2005, près de la moitié de la dépense des autorités locales pour compenser la dépendance était en effet affectée aux prises en charge en établissements (contre 21% pour les prises en charge à domicile), ce qui contredit l'orientation du gouvernement en faveur du maintien à domicile¹⁶¹. Pour renverser la tendance, trois principes sont énoncés dans le livre blanc : le libre choix, la prévention et l'autonomie. Ces trois principes doivent notamment conduire à mieux couvrir les besoins les plus lourds, mais aussi à élargir l'accès aux services d'assistance (*care services*) aux personnes faiblement dépendantes.

Le rapport Wanless met en perspective ces évolutions (1). Il réalise des projections sur l'évolution du nombre de personnes dépendantes et des coûts de leur prise en charge (2) qui semblent particulièrement intéressantes dans l'optique de nos travaux. Il discute enfin des réformes du financements

¹⁵⁶ CBO, *Financing Long Term Care for the elderly*, Washington, Avril 2004

¹⁵⁷ Ce livre blanc qui a abouti à un projet de loi actuellement soumis au parlement fera l'objet d'une présentation séparée

¹⁵⁸ Le rapport ne traite que de la situation de l'Angleterre. L'Ecosse et le Pays de Galles ont en effet un système de prise en charge spécifique dans le cadre de la dévolution des pouvoirs. L'Ecosse présente notamment la particularité d'avoir un système de services d'assistance gratuits.

¹⁵⁹ Department of Health, *Independence, Well being and Choice : our vision for the future of social care for adults in England*, 2005

¹⁶⁰ Department of Health, *Our health, our care, our say : a new direction for community services*, NHS, 2006

¹⁶¹ Le gouvernement britannique publie en effet depuis 2001 pour chaque service public des cadres d'intervention (*National Service Frameworks*) qui définissent les objectifs gouvernementaux à l'égard de ce service. Le document concernant la dépendance fixe un objectif de 34% d'ici 2008 de la part des personnes dépendantes soignées à domicile dans le total des personnes assistées, ce qui correspond à une progression de 1 point par an de cette proportion.

des services d'assistance souhaitable compte tenu de ces projections (3), avant de faire des propositions (4).

1. Le débat récurrent sur le besoin d'intégration des prises en charge sanitaires et sociales

❖ La création d'une compétence générale des collectivités locales pour organiser les services d'assistance

Depuis 1948, le *National Assistance Act* confie aux autorités locales une compétence pour proposer des services d'hébergement aux personnes âgées dépendantes. Cette compétence n'a pas empêché la croissance des services pris en charge par le service de santé national (*National health Service* -NHS-).

Pour mettre fin à cette tendance et clarifier le partage entre le soins (*cure*) et l'assistance (*care*), le *Community care act* de 1990 a donné pleine compétence aux conseils locaux sur l'ensemble de la prise en charge des personnes âgées dépendantes¹⁶². Ces conseils ont désormais la responsabilité de planifier et structurer toute l'offre de services aux personnes âgées dépendantes. Contrairement à l'organisation existante pour les soins, elles ne sont pas dans l'obligation de prendre en charge directement ces services, mais peuvent financer les ménages, acheter directement les services et/ou en coordonner la réalisation.

Le transfert de compétence a été donné lieu à la création d'une taxe additionnelle aux impositions locales et d'une dotation transitoire exceptionnelle¹⁶³, qui est ensuite devenue pérenne¹⁶⁴. Ce circuit financier a alimenté un débat récurrent sur la faiblesse du financement public des services d'assistance.

❖ Les modalités d'exercice de cette compétence

Depuis 1990, les conseils locaux doivent donc planifier, structurer et financer les services d'assistance aux personnes âgées dépendantes. Certains conseils s'arrêtent à cette activité dite de *commissioning* et ont recours à des services privés. D'autres sont par ailleurs pourvoyeurs de services. Ce cas est de plus en plus rare et ne correspond plus qu'à un dixième des places en établissements et 70% des heures réalisées à domicile¹⁶⁵.

Pour réaliser le *commissioning*, les conseils locaux s'appuient soit sur des travailleurs sociaux (*social worker*) ou des gestionnaires spécialisés (*care manager*). Ces professionnels sont notamment chargés :

- d'évaluer les besoins de la personne et de ses aidants : le principe d'une évaluation unique de la personne a été posé en 2001 mais son application est encore très imparfaite ;
- de développer un plan de prise en charge à partir des besoins estimés : le reste à charge est déterminé dans le cadre de ce plan de soins en fonction du patrimoine et des revenus de la personne (cf infra).

Cette activité est librement organisée. Elle doit répondre à quatre principes :

- Apporter une réponse de façon flexible et adaptée aux besoins des personnes et de leurs aidants ;
- Proposer une gamme de choix ;
- N'intervenir que de façon subsidiaire et dans la mesure où la promotion de l'autonomie de la personne l'exige ;
- Se concentrer sur les besoins les plus élevés.

Une législation adoptée en 2000 (le *Care Standard Act*) a défini le cadre applicable aux services et professions d'assistance. Ce cadre est relativement minimal : des règles de consentement, de partage entre soins et assistance, de suivi des réclamations, de taux d'encadrement et de gestion sont notamment posées.

¹⁶² Il y avait en 2005, 150 *local councils*. L'échelon de gestion de la dépendance anglais est donc un niveau intermédiaire entre l'échelon départemental et municipal français.

¹⁶³ Special Transitional Grant for community care

¹⁶⁴ Revenue Support Grant

¹⁶⁵ Contre 2% en 1992

Un service national d'inspection est chargé de garantir leur bonne application (*Commission for Social Care Inspection*). Un cinquième des établissements et un tiers des services de prise en charge à domicile continuent de ne pas respecter ces règles en 2005.

❖ Le déséquilibre de l'offre de services entre établissement et domicile

Trois types de services d'assistance sont distingués en Angleterre :

- des services en établissements (*residential/nursing care*): on comptait 19000 établissements en 2005, pour 441000 places¹⁶⁶, soit 5% de moins qu'en 2003 ; ces services représentaient 45% de la dépense des conseils locaux ;
- des services à domicile (*domiciliary care*), qui représentaient 21% de la dépense des conseils locaux ;
- des accueils de jour (*day care*), qui représentaient 19% de la dépense des conseils locaux.

Le reste des dépenses des conseils locaux est affecté aux activités d'évaluation et de *care management* (10%), à la fourniture de repas (1%), aux aides techniques et équipements de la maison (1%) ou à d'autres services (3%).

Le marché des services est encore caractérisé par l'existence d'un grand nombre de petites structures, souvent à but non lucratif. Le rapport Wanless montre qu'il connaît des évolutions rapides, avec l'émergence de chaînes privées construisant des établissements de taille croissante. Par ailleurs, la part de la dépense privée dans le financement des établissements va en s'accroissant.

La prépondérance des services en établissements est problématique dans la mesure où elle se substitue aux services à domicile. Le rapport montre en effet que chaque fois que sont créés 10 places supplémentaires en établissements pour 1000 personnes âgées couvertes, le volume des soins à domicile mesuré en heures se réduit de 2% et le nombre des personnes bénéficiant de prises en charge à domicile se réduit de 3%.

❖ La recherche récurrente d'une meilleure intégration du soins et de l'assistance

Un an après son entrée en fonction (en 1998), le gouvernement travailliste a installé une *Royal Commission on long term care*¹⁶⁷. Cette commission faisait suite au refus du gouvernement de créer un système de services universels et gratuits qui serait éventuellement intégré au NHS, tel qu'il en existe un en Ecosse. Elle a souligné l'inéquité des dotations attribuées aux conseils locaux, du contenu des plans d'aide et des restes à charge. Elle a montré que le système du *commissioning* contenait une incitation implicite pour la prise en charge en établissement, aux dépens des prises en charge à domicile. La *Royal Commission* a par ailleurs écarté explicitement la progression de l'assurance privée, considérée à l'époque comme incapable de fournir une couverture du risque à la hauteur des enjeux. Sa recommandation principale a été la création d'un socle de soins gratuits universels, financés par l'impôt, visant à couvrir les besoins de base de la personne et à accompagner le développement de la dépense privée pour financer les prestations supplémentaires par des aides sous conditions de ressources. Le gouvernement n'a pas non plus retenu cette idée et a augmenté ses dotations aux collectivités locales.

En 1999, il a par ailleurs adopté une réforme du système de santé (*health act*) qui contient plusieurs dispositions (Section 21) pour réduire les obstacles à l'intégration des prises en charge sociales et sanitaires :

- des budgets mutualisés (*pooled budget*) peuvent être construits au niveau local entre NHS et conseils ;
- le chef de filat des autorités locales dans l'achat des services aux personnes âgées dépendantes (*lead commissioning*) peut être reconnu ;
- des fusions de structures cofinancées par le NHS et les conseils locaux (*integrated provision*) ont acquis un statut juridique.

¹⁶⁶ Source : Commission for Social Care Inspection, 2005

¹⁶⁷ Royal Commission on long term care, With respect to Old Age : long term care : rights and responsibilities, London, 1999

Le gouvernement britannique a par ailleurs adopté en 1998 le programme « *Better Government for Older People* » qui vise à créer un cadre d'intervention interministériel pour la prise en compte des personnes âgées dans les politiques nationales du logement, de formation professionnelle, de transport, d'aménagement de l'espace et de soutien du revenu.

Le besoin d'intégration des prises en charge sanitaires, pilotées par le NHS, et sociales, confiées aux autorités locales, constitue à nouveau l'orientation principale du livre blanc de janvier 2006. Plusieurs modalités sont proposées pour cette politique. En particulier, les idées d'une évaluation des besoins de la personne commune aux services de santé et d'assistance et d'une planification intégrée des prises en charge sont à nouveau avancées. La création d'équipes pluridisciplinaires communes aux *Primary Care trusts*¹⁶⁸ et collectivités locales est souhaitée. Enfin, des modalités de financement intégrées des services (*joint commissioning*), sont envisagées. Cette intégration des financement pourrait emprunter deux voies :

- soit la délégation aux cabinets médicaux de la responsabilité de structurer les services d'assistance fournis aux personnes dépendantes (*practice based commissioning*)¹⁶⁹ ;
- soit par délégation de budgets aux personnes elles mêmes (*individual budgets*) : depuis 2003 en effet, les collectivités locales ont la possibilité de fournir aux individus des dotations financières, plutôt que de financer des services en nature. Ils en ont même en principe l'obligation si le bénéficiaire peut établir qu'il est en mesure de gérer ce budget. Cette possibilité juridique est toutefois très peu utilisée : elle n'a concerné que 13700 bénéficiaires en 2003/2004 le budgets et n'a représenté que 0,3% des dépenses des conseils locaux en matière de dépendance.

Le gouvernement britannique n'a pour l'instant pas donné suite à ces pistes. Des évolutions plus significatives semblent en effet suspendues à la résolution des questions relatives aux compétences et au financement des autorités locales¹⁷⁰.

❖ **Le besoin d'un continuum de services de soins et d'assistance et d'un ciblage des interventions**

Le rapport Wanless insiste sur la nécessité de développer un continuum de services entre des services sanitaires spécialisés et des services faiblement médicalisés.

A ce titre, deux enjeux importants sont de :

- développer les services intermédiaires (*intermediate care*) entre les services sociaux et les services sanitaires : l'émergence de ces services pourrait constituer un moyen pour réduire la croissance rapide des hospitalisations des personnes âgées dépendantes¹⁷¹ ;
- savoir positionner des personnes âgées dans ce continuum de services, c'est-à-dire non seulement cibler les services les plus intensifs sur les personnes dont les besoins sont les plus élevés mais aussi couvrir les besoins non couverts à domicile pour les personnes dont les besoins sont moins importants.

Pour cela, le rapport soutient les récentes initiatives du gouvernement britannique visant à transposer l'expérience américaine du *case management*, appelée *Evercare* : cette expérience consiste à constituer un pool

¹⁶⁸ Echelons locaux du NHS

¹⁶⁹ Chaque citoyen britannique est affecté à un cabinet médical pour ses soins primaires et l'accès à la plupart des services de santé secondaires, généralement pratiqués en milieu hospitaliers (soins spécialisés, biologie, radio...). Depuis 2004, les cabinets sont pour partie rémunérés à la performance sanitaire selon une grille sophistiquée d'indicateurs sanitaires qui doivent établir la qualité de leur pratique mais aussi la qualité de l'aiguillage des patients. Selon cette logique, les cabinets sont incités à réaliser un suivi au long cours de leur patient et une coordination permanente de leurs parcours de soins. Une partie des économies réalisées quand des hospitalisations sont évitées leur est notamment rétrocédée. Des infirmières spécialisées peuvent notamment être recrutées pour prendre en charge ces nouvelles missions. Appliquée au domaine médico-social, le *practice based commissioning* consiste à confier aux cabinets médicaux la responsabilité de suivre le parcours médico-social de leur patient et d'assurer notamment la planification de leurs soins à domicile.

¹⁷⁰ Le gouvernement britannique a confié à Sir Michael Lyons une mission indépendante sur le rôle et le financement des autorités locales qui doit aboutir à un rapport en 2007, pour nourrir la revue d'ensemble des dépenses publiques programmée tous les cinq ans (*comprehensive spending review*).

¹⁷¹ Entre 1989 et 2003, les admissions en service d'urgence ont en moyenne augmenté de 33% par an et par personne de plus de 85 ans, contre une croissance de seulement 20% pour les personnes de 15 à 64 ans. Les 5% des personnes les plus consommatrices de soins au Royaume-Uni comptent 42% des journées d'hospitalisation.

d'infirmières (appelée *community matrons*) chargées d'accompagner, notamment par téléphone, les patients ayant connu plus de deux journées d'hospitalisation par an. L'action des matrons porte notamment sur l'organisation du parcours de soins, le développement de l'éducation sanitaire et l'actionnement des possibilités de prise en charge à domicile. Les résultats des expériences britanniques en la matière semble toutefois décevant¹⁷².

Le rapport montre par ailleurs que le développement des services d'assistance à domicile pour les personnes ayant de faibles besoins est non seulement efficace pour prévenir l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes, mais aussi pour réduire le nombre de journées d'hospitalisation. Ces résultats s'appuient notamment sur plusieurs expériences contrôlées¹⁷³ et revues de littératures¹⁷⁴, qui montrent que, si le ciblage est bon et pour une partie de la population dépendante, le fait substituer des soins à domicile à des soins en établissement peut être pourvoyeur d'économie pour la collectivité publique.

2. Projection du nombre de personnes âgées dépendantes et des dépenses publiques en matière de dépendance

❖ Scénarios de projection démographique

Alors que la population anglaise va croître de 10% dans les 20 prochaines années, la population des personnes de plus de 85 ans va croître des deux tiers¹⁷⁵.

Le nombre d'anglais de plus de 65 ans qui n'arrivent pas à exercer au moins une des quatre activités de la vie quotidienne (AVQ)¹⁷⁶ était de 868000 en 2005, soit 1,8% de la population de l'Angleterre, ce qui constitue un ordre de grandeur à peu près similaire à celui des bénéficiaires de l'APA en France. Par ailleurs, 1,2 d'anglais de plus de 65 ans ont eu recours en 2004/2005 à des services d'assistance (*care services*) financés par les collectivités locales et organisés par les conseils locaux (*local councils*)¹⁷⁷. Cela représente 2,4% de la population anglaise¹⁷⁸.

Le rapport insiste sur les déterminants sanitaires de la dépendance des personnes âgées. Il réalise notamment une importante revue de littérature sur le sujet et aboutit aux résultats suivants par pathologies¹⁷⁹.

¹⁷² Les premières évaluations de cette expérience nationale de *case management* qui a fait grand bruit outre-manche donnent toutefois des résultats mitigés en terme d'hospitalisations évitées, même si les résultats sanitaires et la satisfaction de l'intervention des *community matrons* semblent bons : Hugh Gravelle, Mark Dusheiko, Rod Sheaff et al, « Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome », *British Medical Journal*, 2006, oct

¹⁷³ Notamment une expérience américaine appelée *National Long-Term care Demonstration*

¹⁷⁴ Notamment JL Fernandez et B Davies arrivent au résultat que 1 £ investit en plus dans l'assistance à domicile aboutit au Royaume-Uni à une réduction moyenne de 30p des dépenses hospitalières ; JL Fernandez et B Davies, « The contribution of community based health and social care to inpatient hospital use », *LSE health and Social discussion paper*, 2002

¹⁷⁵ L'hypothèse de croissance de l'espérance de vie à la naissance retenue pour effectuer cette projection est une croissance de 3 années par an

¹⁷⁶ Ces quatre activités sont : se laver, s'habiller, se nourrir et se mouvoir (hors du lit et/ou d'une chaise)

¹⁷⁷ Source : Commission for Social Care Inspection

¹⁷⁸ Le recensement 2001 donnait un chiffre de 49, 138 M d'habitants en Angleterre

¹⁷⁹ La source de ce travail remarquable et inédit sur l'évolution des déterminants sanitaires de la dépendance est une annexe au rapport Wanless rédigé par Carol Jagger et al, *Compression or Expansion of Disability? Forecasting future disability levels under changing patterns of diseases*, University of Leicester, 2006

Affection	Augmenter le risque de dépendance	Augmente le risque de décès
Apoplexie	Oui	Oui
Pathologies vasculaires périphériques	Non	Non
Pathologies coronariennes	Oui	Oui
Hypertension (si traitée)	Non	Non
Arthrite	Oui	Non
Diabètes (si traités)	Non	Oui
Obstructions chroniques des voies respiratoires	Oui	Oui
Maladie de Parkinson	Oui	Oui
Problèmes d'audition	Non	Non
Problèmes de vue	Oui	Non
Déficiences cognitives moyennes	Oui	Oui
Déficiences cognitives importantes	Oui	Oui

Source : rapport Wanless (p 35)

Ces résultats sont largement transposables à la situation française où les projections de personnes âgées dépendantes n'intègrent pas de variantes épidémiologiques.

Ils conduisent notamment le rapport à fonder ses scénarios démographiques sur des études approfondies de quatre groupes de pathologies :

- Les accidents vasculaires cérébraux : sur le long terme, le rapport mise sur une poursuite de la réduction de la prévalence des pathologies cérébrovasculaires et de la mortalité qui y est associée, mais rien n'indique que cette double évolution aura un impact favorable sur la dépendance¹⁸⁰ ; il fait néanmoins cette hypothèse d'une évolution favorable en supposant un plus fort contrôle du risque d'hypertension artérielle dans les prochaines années et le développement de traitements préventifs efficaces (statines, anticoagulants oraux, aspirine...)
- les pathologies coronariennes : le rapport mise sur une réduction de l'incidence de ces pathologies liée au progrès des traitements endovasculaires et chirurgicaux pour le traitement des syndromes aigus.
- Les pathologies rhumatismales : le rapport fait état de la faiblesse des données disponibles pour anticiper l'évolution de ce groupe de pathologies ; la croissance du niveau d'obésité pourrait avoir un impact défavorable sur leur incidence ; les certitudes scientifiques sont faibles concernant l'efficacité de leurs traitements, mais le rapport fait le pari de progrès importants vers un diagnostic plus précoce du risque, permettant de meilleure protection du cartilage et réduisant ainsi la dépendance associée à ces pathologies.
- les démences : pour ce groupe de pathologies, l'incertitude des projections semble la plus forte dans la mesure où les facteurs de risque cérébrovasculaires, les mieux établis notamment sur la maladie d'Alzheimer, ont encore un faible pouvoir explicatif ; en outre, l'efficacité des traitements de ces pathologies dans la prévention de la dépendance ne semble pas établie.

Le rapport souligne ainsi à la fois la tendance positive de l'évolution des déterminants sanitaires de la dépendance (à l'exception sans doute des démences) et les incertitudes existantes sur ces évolutions. Plus encore, il conduit à ne pas considérer de façon déterministe ces évolutions et met en évidence les marges d'action des pouvoirs publics pour développer la prévention primaire ou secondaire¹⁸¹ de la dépendance des personnes âgées.

A partir de ces études, le rapport dresse trois scénarios épidémiologiques d'ici 2026 :

- un scénario de dégradation des déterminants sanitaires : le nombre de personnes dépendantes atteindrait alors 1,5 M de personnes en 2025, soit une progression de 73% ;

¹⁸⁰ L'effet de la première évolution sur la dépendance fait peut de doute ; celui de la seconde est plus incertain si la réduction de la mortalité par apoplexie est associée à une croissance de la dépendance des personnes qui survivent à un accident vasculaire.

¹⁸¹ La prévention tertiaire est quant à elle sans doute davantage liée à l'efficacité des aides techniques et des interventions sur l'habitat

- un scénario à situation sanitaire inchangée : le nombre de personnes dépendantes atteindrait alors 1,45 M de personnes en 2025, soit une progression de 66% ;
- un scénario d'amélioration de la situation sanitaire (considéré comme le plus plausible) : le nombre de personnes dépendantes atteindrait alors 1,36 M de personnes en 2025, soit une progression de 57%.

Ce qui est remarquable dans ses résultats est que la marge d'incertitude induite par les déterminants sanitaires de la dépendance est relativement réduite (16 points de différence) par rapport à l'effet relativement certain de l'arrivée aux grands âges des générations du baby boom.

Un autre point remarquable est que les estimations du rapport Wanless aboutissent à des évolutions nettement plus significatives que celles qui fondent actuellement les expertises françaises (INSEE, DREES). Le rapport entre la croissance de la dépendance projetée en Angleterre et celle projetée en France est de 1 à 2 (si l'on se fonde sur le scénario britannique médian et les hypothèses hautes françaises)¹⁸². Les scénarios démographiques de base des deux pays ont pourtant des profils relativement similaires et les différences dans les modalités d'évaluation de la dépendance ne suffisent pas, à l'évidence, à expliquer cet écart.

❖ Le besoin d'ajustement des services à l'évolution du profil de la dépendance

Le rapport insiste sur un effet rarement souligné dans le contexte français : la croissance du nombre de personnes dépendantes en Angleterre devrait aller de pair avec une croissance relative de la part des dépendants lourds par rapport aux dépendants légers.

A cet égard, l'évolution de l'utilisation de services d'assistance ne doit pas être vue comme une fonction linéaire de l'évolution du nombre des personnes dépendantes. Elle dépend du type de dépendance. Une étude réalisée par l'université du Kent et de la *London School of Economics* sur les besoins relatifs des personnes âgées dépendantes selon leur situation¹⁸³, aboutit notamment à l'évaluation suivante des services de base, en nombre d'heures, qui doivent être fournis aux personnes dépendantes, selon leur état :

Tableau des besoins d'heures de service par niveau de dépendance

besoin d'heures de service par jour				besoin d'heures de service par semaine		Total heures par semaine	dont total heure IADL	Coût moyen mensuel de la prise en charge	Equivalent en euros
matin	déjeuner	dinner	soirée	bain	tâches AVQ*				
0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0
0	0	0	0	3	3	6	3	282,9	418,7
0,5	0	0	0	3	3	9,5	6,5	447,9	662,9
0,5	0	0,5	0	3	3	13	10	613,0	907,2
1	0,5	0,75	0	3	3	21,75	18,75	1025,5	1517,8
1	1	1	0,25	3	3	28,75	25,75	1355,6	2006,2
1,25	1	1	0,5	3	3	32,25	29,25	1520,6	2250,5

Source : rapport Wanless (p 185), calcul de l'auteur pour les deux dernières colonnes

LAVQ : Activité Instrumentale de la Vie Quotidienne : l'aspect "instrumental" fait référence à des activités quotidiennes essentiellement gouvernées par des fonctions cognitives, telles que faire des achats, utiliser des transports en commun, cuisiner, faire son ménage ou sa lessive, utiliser le téléphone, prendre des médicaments, gérer son budget...

Le coût moyen d'une heure de services à domicile était en 2002/2003 de 11,5 £ (17,25 euros).

Par rapport à ces cibles, la réalité des prises en charge en Angleterre semble très nettement insuffisante notamment pour les personnes moyennement dépendantes (ayant des difficultés à réaliser une AVQ ou ne réalisant pas une seule AVQ). Cette carence n'est que pour partie compensée par l'aide informelle et les personnes isolées la subissent fortement.

¹⁸² Les projections françaises tablent selon l'hypothèse haute sur une croissance de 30 à 35% du nombre de bénéficiaires de l'APA en 2025.

¹⁸³ R Darton, J Forder et al, *op cit*

Une autre limite des prises en charge actuelles en Angleterre est la faiblesse des services de supervision pour la population des personnes âgées ayant des déficiences cognitives sévères. Une étude réalisée en 2005 a montré que seules 15% des personnes accueillies en établissement en Angleterre n'avaient pas de déficience cognitive ; 75% des personnes accueillies avaient des déficiences moyennes ou sévères appelant une supervision régulière. La supervision est plus facilement assurée en établissement ou lorsque la personne bénéficie d'un aidant naturel à domicile (généralement son conjoint). Le rapport fait état du développement de plusieurs solutions innovantes pour développer des services de supervision à domicile, notamment le télésoins, sur le développement duquel le gouvernement britannique a fait d'importantes annonces.

❖ Les déterminants complexes de la croissance de la demande de services

La demande de services est liée à la démographie de la dépendance et son profil mais pas seulement. Elle répond de façon plus complexe à l'évolution combinée de trois facteurs¹⁸⁴ :

- l'état sanitaire des personnes ;
- les circonstances du logement ;
- la situation des aidants familiaux ou informels.

Plus encore, la demande de service doit être considérée comme une construction sociale mettant en jeu les aspirations des personnes âgées et leur projet de vie. Rien n'indique à cet égard que les préférences des « baby boomers » seront identiques à celles de la génération de leurs parents : le rapport table notamment sur la croissance des attentes de cette génération en terme de maintien à domicile : 4/5 des ménages britanniques de plus de 65 ans privilégient la prise en charge à domicile sur celle en établissement et cette proportion devrait se renforcer selon le rapport.

Le rapport insiste notamment sur l'importance du libre choix pour cette génération : « *Le changement des comportements qui est largement, mais pas exclusivement, caractéristique de cette génération, consiste à mettre l'accent sur le refus de toute forme de discrimination (notamment de discrimination liée à l'âge), à développer les droits fondamentaux de l'individu et à demander à la fois le libre choix et la qualité des services ... l'esprit des baby boomers est par exemple mal adapté aux modèles d'assistance fondés sur des modes de vie en communauté* »¹⁸⁵.

Ces paramètres ne sont d'ailleurs pas les seuls déterminants de la demande sous-jacente de services d'assistance, qui dépend des interactions entre offre et demande de services. En particulier, le rapport montre que la demande est relativement peu sensible à l'évolution des prix restant à la charge de l'individu, sauf pour les personnes faiblement dépendantes ayant de faibles revenus. La probabilité de réalisation du service est pour ce groupe de personne fortement réduite au fur et à mesure que le ticket restant à charge de la personne augmente. Par contre, le nombre d'heures de services est susceptible d'être substantiellement rationné si le ticket modérateur supporté par la personne augmente, y compris pour les personnes très dépendantes.

❖ Scénarios sur la croissance des coûts

Au total, le rapport propose d'évaluer la tendance de la demande de services, mais s'appuie sur une approche, non pas par les besoins qui sont par nature difficiles à quantifier, mais par les résultats attendus (*outcomes*) des services. A cet égard, le rapport se risque à distinguer la gradation suivante des résultats des services d'assistance :

- Trois niveaux de services sont qualifiés d'essentiels :
- un niveau de base est constitué par l'assouvissement des besoins primaires de la personne : être propre, vivre dans un environnement confortable, avoir une alimentation en quantité suffisante ;

¹⁸⁴ Le rapport s'appuie notamment sur ce point sur les recherches de R Darton, J Forder et al, « Analysis to support the development of FFS formulae for older people, Final report », *PSSRU Discussion, paper 2265*, 2006

¹⁸⁵ p 48

- un niveau intermédiaire est de permettre à la personne de se sentir en sécurité et protégée contre un niveau de risque qui peut être considéré comme « raisonnable », en incluant les risques que l'utilisateur est susceptible de générer soi-même ou qui sont liés aux circonstances de la délivrance de services ;
- un niveau supérieur est de permettre à la personne profiter des aménités de la vie, d'avoir une activité sociale, de favoriser son estime de soi et son sens du bien-être ;
- le niveau le plus élevé est d'alléger le stress des aidants naturels et leur permettre, autant que possible, de conduire une vie normale.

Ces quatre niveaux sont examinés à partir des cotations réalisées par le service d'inspection des soins en 2004, qui distingue 38 indicateurs de qualité de service, parmi les ensembles suivants : soins sanitaires, respect de la vie privée et de la dignité de la personne, développement des activités sociales, relations avec l'extérieur, autonomie et libre choix, repas, protections, propreté du local, aides techniques, hygiène et lutte contre les infections... Ces éléments sont rapportés au prix pratiqués par les services.

Le rapport montre que les établissements qui ont un niveau de service supérieur aux normes nationales pour chacun des indicateurs pratiquent un prix moyen de 25 % supérieurs à celui des établissements qui n'atteignent les indicateurs souhaités pour aucun paramètre. En somme, la qualité se paie, y compris quant il s'agit de fournir des services de base.

Le rapport projette alors les évolutions qui peuvent permettre aux services d'assistance britannique d'atteindre partout les normes nationales et essaie sur cette base de faire des hypothèses sur l'évolution de la productivité du système de prise en charge britannique. Trois scénarios sont distingués :

- un scénario s'appuyant sur le niveau de services déjà existant (*current service model*) : le niveau moyen de services fournis aux personnes âgées n'évolue pas dans ce scénario et le principal déterminant de l'évolution des dépendances est la démographie ; ce scénario aboutit à une progression de la part des services d'assistance dans la richesse nationale de 0,4 points d'ici 2026 (la part de la dépense pour les services dans le PIB passant de 1,1% PIB en 2002 à 1,5% du PIB en 2026¹⁸⁶).
- un scénario de mise à niveau des services pour couvrir les besoins « essentiels » de la personne (*core business*) : le développement des services d'assistance doit permettre de garantir parfaitement les besoins primaires (trois premiers besoins de la typologie) de la personne ; ce scénario aboutit à une progression de la part des services d'assistance dans la richesse nationale de 0,7 points d'ici 2026 (la part de la dépense pour les services dans le PIB passant de 1,3% PIB en 2002 à 2% du PIB en 2027¹⁸⁷).
- un scénario ajoutant au scénario précédent des services de « bien être » (*well being*) pour les aidants (prise en charge de répit, accueils de jours...) : ce scénario aboutit lui aussi à une progression de la part des services d'assistance dans la richesse nationale de 0,6 points d'ici 2026 (la part de la dépense pour les services dans le PIB passant de 1,4% PIB en 2002¹⁸⁸ à 2% du PIB en 2027¹⁸⁹).

Ces projections montrent ainsi que le scénario de soutien aux aidants pourrait ne pas être plus coûteux qu'un scénario intermédiaire. Une autre conclusion du rapport est que les services particuliers pour les personnes isolées doivent être soutenus non seulement parce qu'ils sont nécessaires mais aussi parce qu'ils présentent un bon retour sur investissement.

¹⁸⁶ En retenant le scénario de dépendance moyen ; une hypothèse de croissance des coûts unitaires réels des services de 2%

¹⁸⁷ Selon les mêmes hypothèses. Le point de départ n'est pas le même car ce scénario suppose de faire entrer dans la prise en charge publique un plus grand nombre de personnes dépendantes dont la dépense est prise en compte

¹⁸⁸ Les services de bien être aux aidants représentent une dépense annuelle de 0,6 Mds£ (soit 0,9 Mds euros), soit 0,1 points de PIB (ce qui explique la différence de point de départ avec le scénario précédent).

¹⁸⁹ Selon les mêmes hypothèses. Le point de départ n'est pas le même car ce scénario suppose de faire entrer dans la prise en charge publique un plus grand nombre de personnes dépendantes dont la dépense est prise en compte

3. Le financement de la dépendance

❖ Le partage actuel des financements

Les dépenses des collectivités locales pour les services d'assistance aux personnes dépendantes ont représenté 6,3 Mds £ (soit 9,4 Mds euros) en 2004/2005. Cet ensemble représente 80% des services financés, 20% étant laissés à la charge des ménages. Il se décompose de la façon suivante :

Services	Dépenses globale nettes des tickets pris en charge par les ménages (en million)	Pour cent
Placement en établissement (<i>residential care home</i>)	2150	33,7
Placement en établissement médicalisé (<i>nursing home</i>)	990	15,5
Autre services résidentiels	20	Inf à 1
Soins à domicile (<i>home care</i>)	1510	23,6
Evaluation des personnes et <i>care management</i>	860	13,5
Accueils de jour (<i>day care</i>)	300	4,7
Autres services pour personnes âgées	230	3,6
Aides techniques et adaptations (<i>equipment and adaptations</i>)	80	1,3
Repas	50	Inf à 1
Soutien aux personnes	170	2,7
Total	6390	100

Source : *Department of health (via le rapport Wanless, p 90)*

En plus de ces dépenses, 3,7 Mds £ (5,5 Mds euros) sont attribués par le gouvernement aux ménages sous forme de prestations universelles et non soumises à imposition :

- l'*attendance allowance* (3 mds £) : versée sans condition de ressource aux personnes de plus de 65 ans qui sont reconnues comme dépendantes et ne bénéficient pas d'aide des conseils locaux pour un accueil en établissement¹⁹⁰, c'est-à-dire qui ont bénéficié pendant une période de six mois des services d'assistance¹⁹¹ (1,14 M de personnes en Angleterre en 2005). La prestation est construite autour de deux barèmes : une aide de 60,6 £ par semaine est versée aux personnes qui sont aidées nuit et jour ; une aide de 40,55 £ par semaine est versée aux personnes qui ne sont aidées que la nuit ou le jour.
- la *disability living allowance* (0,7 Mds £¹⁹²) : qui correspond à la part de cette prestation, normalement versée avant 65 ans aux personnes handicapées, qui continue à être versées après que les bénéficiaires aient franchi la barrière d'âge¹⁹³.

Le NHS consacre 3 Mds £ (4,5 mds euros) au financement des soins de longue durée pour les personnes dépendantes. Il s'agit notamment :

- de services infirmiers à domicile ou en établissement
- des soins hospitaliers de longue durée (*continuing care*).

Cet effort est très difficile à évaluer. Le partage entre les soins hospitaliers de longue durée (20000 lits en 2004) et les services d'assistance est un des points les plus controversés du système de prise en charge dans la mesure où l'accès aux soins de longue durée n'est pas sous condition de ressource, contrairement aux services d'assistance.

¹⁹⁰ L'*attendance allowance* est supprimée au bout de 4 semaines si une personne reçoit une contribution du conseil local pour financer des prises en charge en établissement.

¹⁹¹ Les critères pour bénéficier de cette aide font davantage référence au besoin de supervision de la personne, mais ces critères sont critiqués et mal appliqués

¹⁹² Auquel il faudrait ajouter une quote part 900 M£ de l'aide à la mobilité versée aux bénéficiaires de cette prestation

¹⁹³ Le principe d'un maintien des droits après 65 ans est posé par la législation britannique. L'*attendance allowance* ne bénéficie quant à elle qu'aux personnes qui connaissent un handicap après 65 ans.

Enfin, le rapport estime à 3,86 Mds £ (5,7 Mds euros) le reste à charge global des ménages en établissement ou à domicile. Ce reste à charge inclut :

- les frais dans les établissements privés lorsqu'ils sans lien avec les conseils locaux (1,9 Mds euros pour 290000 personnes) ;
- les frais engagés à domicile lorsqu'ils sans lien avec les conseils locaux (0,42 Mds euros)
- le ticket modérateur des établissements et soins à domicile financés par les conseils locaux (1,54 mds euros, qui se décomposent en 1,38 Mds euros en établissement¹⁹⁴ et 0,16 Mds euros à domicile).

On voit ainsi que la prise en charge de la dépendance est en Angleterre largement solvabilisée. Cette réalité n'est pas exclusive d'un fort ciblage de l'aide attribuée qui est au ³/₄ sous condition de ressources ou plus exactement de patrimoine.

❖ Le système de seuil de patrimoine

En effet, si une personne a un patrimoine dépassant 20500 £ (30500 euros) en 2005 elle doit prendre en charge l'intégralité des coûts des prises en charge en établissement (sauf certains soins infirmiers). Si son patrimoine est inférieur au seuil, un ticket modérateur (charge) laissé à sa charge est fonction du montant de ce patrimoine et du revenu de la personne. Le mode de calcul de ce ticket est de la responsabilité des conseils locaux et peut ainsi varier dans des proportions importantes.

L'évaluation du patrimoine inclut les valeurs mobilières, l'épargne et la valeur du logement sauf si une personne continue à vivre dans ce logement. Dans tous les cas, la valeur du logement n'est pas prise en compte pendant les 12 premières semaines de prise en charge. Par ailleurs, les conseils locaux peuvent proposer des systèmes d'avance avec récupération au moment de la vente de la maison (*deferred payments arrangement*).

❖ Les critiques adressées au système de financement

Les critiques suivantes sont adressées au système de financement de la dépendance par le rapport Wanless:

- il est mal connu et complexe, ce qui contredit l'impératif de prévoyance pour les ménages, qui continuent de supporter une part significative du coût de la dépendance (le rapport montre notamment que le niveau d'épargne des ménages britanniques est insuffisant au regard de leurs besoins futurs) ;
- il ne permet pas un exercice effectif des droits (compte tenu de la complexité du système de seuil de patrimoine, le rapport montre que 6% des personnes accueillies en établissement financent elles mêmes leur établissement alors qu'elles sont normalement éligibles à des aides publiques) ;
- il provoque des ruptures ou des incohérences avec les prises en charge sanitaires ;
- il contient une « loterie du code postal » : notamment les niveaux de ticket modérateur sont très variables selon les conseils locaux ;
- il pénalise l'épargne et l'accumulation de patrimoine via le système de seuil de patrimoine ;
- il présente une « incitation perverse » pour les conseils locaux à faire la promotion des prises en charge en établissement qui, contrairement aux soins à domicile, peuvent pour partie être financées par la récupération du logement.

❖ Revue des systèmes de financement possibles

Le rapport dresse une revue des systèmes de financement possibles des services d'assistance aux personnes âgées dépendantes. Ce travail aboutit à la conclusion que l'Angleterre doit profondément réformer son système de financement de la dépendance pour faire face aux enjeux nouveaux. Les options possibles sont :

¹⁹⁴ La règle est la suivante : si une personne a un patrimoine dépassant 29500 £ (30500 euros) en 2005 elle doit prendre en charge l'intégralité des coûts des prises en charge en établissement.

- la **suppression des conditions de ressource**, par exemple via l'intégration au NHS des services d'assistance aux personnes dépendantes : ce système permettrait une meilleure mutualisation du risque qu'aujourd'hui et prendrait en charge les dépenses « catastrophiques »¹⁹⁵ encore supportées par un petit nombre de ménages. En général, dans ce type de modèle, les ménages demeurent redevables des frais d'hébergement en institution, mais les services d'assistance sont gratuits ou soumis à un faible co-paiement (comme en Ecosse). Il existe deux options de prise en charge : le financement au sein d'un panier de services ou via un budget (comme pour l'APA). Dans le premier cas, un plafond par personne des services financés est généralement prévu. Ce type de financement est rejeté par le gouvernement britannique depuis 1997. En février 2006, l'assemblée parlementaire du Pays de Galles a également écarté ce scénario et privilégié l'affectation des sommes correspondantes à une hausse du minimum vieillesse. En Angleterre, une limite de ce scénario régulièrement avancée est le surcoût qu'il représente : ce surcoût est estimé à 1,7 Mds £ (2,5 Mds euros) en 2007 et à 3,2Mds £ (4,7 Mds euros) en 2026. L'effet antiredistributif de ce scénario (le surcoût étant essentiellement affecté à la couverture des ménages ayant d'importants patrimoines) est également souligné. Enfin le risque existe que face à la relative faiblesse des services disponibles, une meilleure solvabilisation du secteur ne se traduise pas par une amélioration de l'accessibilité des services, mais essentiellement par la hausse de leurs coûts.
- la **réforme des conditions de ressources appliquées** : il pourrait s'agir notamment de modifier les seuils de patrimoine, mais aussi de créer des corridors nationaux pour la définition par les conseils locaux des tickets modérateurs (comme l'a proposé la Joseph Rowntree Foundation en 2005).
- Un **système de partenariat** : l'économiste anglais Julian Le Grand¹⁹⁶ a notamment proposé de remplacer le système de condition de ressource actuel par la création « d'arrangements partenariaux ». Ces arrangements visent notamment à mettre fin à l'effet désincitatif sur l'épargne du système de financement actuel. Selon ce système, toute personne reconnue comme dépendante aurait droit à un minimum d'aide financé publiquement ; en plus de ce minimum, chaque personne pourrait recevoir des chèques pour partie pré-financés par l'Etat (un peu comme des chèques emplois services universels, mais avec une part plus importante prise en charge par la collectivité publique¹⁹⁷), dans la limite d'un plafond déterminé en fonction des besoins de la personne. Ces chèques ne pourraient financer que des services qui auraient reçu une forme d'agrément et éventuellement selon un parcours défini à l'avance. Ce système pourrait avoir un effet anti-redistributif en avantageant ceux qui paient des services chers, mais J Le Grand souligne que des interventions publiques sur le marché des services d'assistance sont possibles pour maîtriser les prix. Le rapport souligne la difficulté que ce type de scénario pourrait poser pour déterminer le niveau de service universel garanti.
- Un **système de responsabilité limitée** : ce type de scénario consisterait à introduire des mécanismes de franchise dans le financement des services d'assistance ; le soutien public des ménages ne serait acquis qu'au delà d'un certain temps ou d'un certain seuil de dépenses. Par exemple, il pourrait s'agir selon le rapport de compléter le système actuel sous condition de ressources en prévoyant une prise en charge intégrale au delà d'un délai de trois ans en situation de dépendance¹⁹⁸. Une formule plus souple pourrait même consister à donner compétence à la personne qui évalue les besoins pour déterminer ce délai. Ce système aurait l'intérêt de fournir une sécurité supplémentaire pour les personnes âgées dépendantes contre la dégradation de leur patrimoine et serait relativement redistributif.
- **Les systèmes de soutien public à l'épargne** : une premier type de scénario de ce type consisterait à lier l'effort d'épargne à celui existant pour le financement de la retraite (il s'agirait ainsi d'étendre à la dépendance les avantages fiscaux donnés aux plans d'épargne retraite¹⁹⁹) ; une autre piste serait de conditionner la défiscalisation des rentes issues de plan d'épargne retraite au financement par ces plans d'une cotisation à une assurance dépendance.

¹⁹⁵ Une dépense « catastrophique » est une dépense qui excède les capacités de paiement de la personne et comprime ainsi fortement le budget des ménages qui les supportent.

¹⁹⁶ J Le Grand, *Motivation, Agency and Public Policy : of knights and knaves, pawns and queens*, Oxford, 2003

¹⁹⁷ Le Grand propose que les chèques la contribution publique dans ses chèques soit exactement équivalente à la contribution privée (donc, par exemple, l'achat d'un chèque d'une valeur de 200 euros coûte 100 euros par personne)

¹⁹⁸ Une autre solution consisterait à écrêter les coûts supérieurs à un certain reste à charge mais les prix des services d'assistance étant libre au Royaume-Uni, ce système semble difficilement praticable car il pourrait conduire à des hausses importantes de tarifs financés par les conseils locaux

¹⁹⁹ La commission sur les pensions présidée par Sir Adair Turner en 2005 a notamment proposé un nouveau schéma national de financement des pensions qui pourrait servir de support à ces incitations.

- **Les systèmes de soutien à l'assurance privée :** il pourrait s'agir notamment de définir des arrangements entre le système actuel et l'assurance privée pour lui permettre de se développer, par exemple en développant pour les personnes qui sont assurées des franchises au moment de l'entrée en dépendance et pendant une période de deux ans, associée à une gratuité des services au delà d'une certaine période.

Les modalités de ces scénarios sont notamment distingués dans le tableau situé en annexe.

Le rapport teste ces différents systèmes de financement au regard de plusieurs critères d'équité, d'efficacité économique et sanitaire, de libre choix, de soutenabilité et de capacité à évoluer, compte tenu de l'incertitude existante sur les simulations de coûts réalisées.

Il aboutit aux recommandations suivantes :

4. Recommandations

❖ S'agissant du système de financement

- L'augmentation prévisible des financements alloués à la prise en charge de la dépendance n'est possible que si elle est associée à une réorganisation des services et une réforme du financement garantissant davantage d'équité et d'efficacité (*value for money*) ;
- Le système doit être rendu plus universel par un élargissement des critères d'éligibilité aux services d'assistance ;
- Le rapport recommande de basculer vers un système de financement de type partenarial, mais reconnaît la nécessité de discussion approfondies sur ses mécanismes et notamment son effet potentiel sur la redistribution de richesse ;
- Le redéploiement des crédits alloués à l'*attendance allowance* au sein des budgets des conseils locaux, voire des crédits d'impôt pour les retraites (pension crédit), est proposé.
- Le redéploiement d'autres aides versées aux personnes âgées dépendantes, comme par exemple la prise en charge du fuel des personnes âgées en hiver, est également préconisé ;
- L'autonomie des collectivités locales dans la détermination des barèmes de prise en charge doit être mieux encadrée pour éviter l'effet de « loterie du code postal » ;
- Le rôle futur de l'assurance privée semble relativement limité si on le conçoit de façon indépendante des mécanismes de financement publics, mais des arrangements publics-privés doivent être envisagés au niveau de chaque conseil local.

❖ S'agissant de l'organisation des services

- Le rapport considère que le développement des services de soins spécifiques aux démences constitue une priorité, ainsi que la formation des aidants (formels et informels) sur ce sujet.
- Le niveau de dépense pris en charge pour la prise en charge à domicile des personnes moyennement dépendante doit être substantiellement augmenté ;
- L'assistance à domicile doit être mieux intégrée aux services de rénovation des logements, notamment pour les personnes atteintes de déficiences cognitives importantes. Pour cela, la prise en charge des dépenses de logement doit être clairement identifiée ;
- Le financement de supports et soutiens pour les aidants naturels doit être considéré comme prioritaire ; c'est notamment le cas du soutien des conjoints via le développement des accueils de jours ;
- Les initiatives pour compenser l'isolement des personnes âgées dépendantes semblent également marquées par un bon retour sur investissement (*value for money*) et doivent être financées en priorité.
- Une meilleure solvabilisation des petits services d'assistance pour les personnes peu dépendantes doit être recherchée dans la mesure où ces services peuvent avoir des effets préventifs sur la dépendance ;
- Le rapport souhaite que soit définis de façons urgentes des critères nationaux pour distinguer les soins de longue durée et les prises en charge en établissements ;

- Les possibilités de mutualisation de budget entre le NHS et les conseils locaux doivent être encore développées et soumises à des évaluations rigoureuses ;
- Pour permettre le développement de nombreux services qui sont à cheval des politiques d'assistance, de soins et du logement (télésoins, habitats intégrés...) des modes de financement intégrés doivent être imaginés.

Description des modes de financement possible de la dépendance

Critères	Financement public sous condition de ressource	Financement public de services gratuits	Assurance sociale	Modèles de "partenariat"	Modèles de "responsabilité limitée"	Assurance privée	Financement par les ménages sans assurance	Modèles fondés sur le soutien public à l'épargne
Publique ou privé	Mixte	Publique	Publique	Mixte	Principalement privé	Privé	Privé	Mixte
Mutualisation du risque	Mixte	Mutualisation du risque	Mutualisation du risque	Mixte	Partielle	Mutualisation du risque	Epargne	Epargne
Caractère redistributif	Oui	Oui	Oui	Partiellement	Limité	Non	Non	Partiellement
Financement lié aux services ou attribué en fonction des besoins	Services	Services	Besoins	Habituellement services	Services	Besoins	Services	Services
Désignation explicite des bénéficiaires	Non	Non	Oui	Oui	Partielle	Oui	Non	Partielle
National ou local	Local	National	National	National	National	Variable	Local	National
Reste à charge	Partiels	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Prise en considération des aidants	Non	Partielle	Oui	Non	Non	Oui	Les deux sont possibles	Non

Source : rapport Wanless, p 246

ANNEXE 7 : NOTE DE COMPARAISON INTERNATIONALE SUR LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE DEPENDANCE (SOURCE : DGTPE)

POLSOC2 JD

Le 18/08/06

Les réponses apportées au risque de dépendance²⁰⁰ apparaissent très diverses suivant les pays en fonction du contexte socio culturel (poids de la famille et tradition sociale), de leur structure démographique et de leur capacité d'offres de soins. Une classification sommaire des systèmes en fonction de leur logique universelle ou d'aide sociale et du caractère contributif de leur financement (cotisations ou impôt) permet de retenir **trois groupes** (bismarckien : Allemagne, Japon, beveridgien : Suède, Royaume-Uni, aide sociale : Espagne, Italie, Etats-Unis). Quelle que soit l'ampleur de l'aide formelle²⁰¹ apportée, l'aide informelle est toujours présente et encouragée (avec un rôle en général croissant voire prédominant suivant l'ordonnement des systèmes retenus). Les prestations proposées sont également diverses mais combinent généralement aide à domicile et prise en charge en institution, prestations en nature et en espèces notamment pour soutenir les aidants familiaux. Une prise de conscience récente des enjeux de ce risque et notamment de son coût fait émerger des **tendances communes** : un développement de l'aide formelle, de préférence en nature et à domicile, ciblée sur les cas de dépendance les plus lourds.

Au-delà de ces schémas divers de prise en charge et de financement, les **modalités concrètes d'intervention** sont également **très variables** : définition de la dépendance, degré de formalisation des procédures d'évaluation et d'attribution de l'aide, définition des prestations et des prestataires. Toutefois, elles ont en commun la recherche d'un traitement individualisé des besoins par une approche très décentralisée.

I. Des schémas très divers de prise en charge et de financement dont émergent trois grands groupes de pays :

A. une comparabilité limitée :

La forte interconnexion entre les politiques de prise en charge des risques dépendance, maladie, vieillesse, la politique familiale, la prise en charge du handicap, l'aide sociale rend délicate les comparaisons internationales. Ainsi, les plans d'aide aux personnes dépendantes peuvent être intégrés englobant des prestations médicales et sociales. La comparaison des masses financières est également perturbée par la multiplicité des acteurs institutionnels (Etat, collectivités locales, caisses d'assurance maladie). Des dénominations semblables recouvrent des situations très diverses. « Prise en charge en établissement » peut désigner diverses situations : hébergement offrant de simples services d'hôtellerie ou prise en charge très médicalisée voire hospitalisation de longue durée.

²⁰⁰ La prise en charge de la dépendance est abordée dans une acception large : l'assistance à la vie quotidienne des personnes dépendantes et de leurs aidants. Cette définition inclut potentiellement la prise en charge du handicap.

²⁰¹ Par aide formelle, on entend l'aide apportée par des professionnels des services à la personne du secteur public ou privé dans le cadre d'une prise en charge contractuelle en institution ou à domicile.

En dépit de cette forte hétérogénéité, des traits communs dans les systèmes de prise en charge peuvent être dégagés :

- Hormis pour les pays scandinaves ces dispositifs sont relativement récents.
- Les systèmes de prise en charge de la dépendance sont principalement conditionnés par l'héritage socio-culturel et prennent généralement pour socle le système d'assurance maladie (cas emblématique du régime d'assurance obligatoire en Allemagne).
- La gestion (attribution de l'aide mais aussi organisation de l'offre) est très décentralisée au niveau des régions (Caisses d'assurance maladie, en Allemagne) voire des communes (Suède, Japon, Royaume-Uni). Elle s'opère généralement sur la base de critères d'admission nationaux.

B. Trois grands types de modèles hérités des traditions socio-culturelles :

La comparaison des systèmes publics de prise en charge des dépenses de dépendance, - au sens de l'assistance à la vie quotidienne des personnes dépendantes et de leurs aidants – peut être appréhendée à travers le croisement des deux critères i) système universel/ système d'aide sociale, ii) financement contributif (assis sur un système de cotisations sociales) ou non. Ce croisement permet de dégager trois grands groupes de pays²⁰² :

1. Une aide formelle universelle et contributive pour les pays à forte tradition sociale, « bismarckiens », pour lesquels la dépendance a été instituée en nouveau risque du système de sécurité sociale. Ces pays ont néanmoins fait le choix de ne prendre en charge que les personnes les plus dépendantes et de plafonner les prestations voire d'instaurer un copaiement pour les assurés (Allemagne depuis 1995, du Japon depuis 2000, Pays-Bas, Autriche).

2. Une aide formelle universelle avec copaiement des assurés – la participation des assurés est proportionnelle à leur revenu - sur la base de prestations non contributives (financées par l'impôt) dans les pays de tradition béveridgienne. On peut distinguer dans cette classe deux sous groupes :

a. Les pays anglo-saxons assurent une prise en charge limitée après prise en compte des capacités de financement des personnes dépendantes (revenu – patrimoine). Les pouvoirs publics (autorités locales au Royaume-Uni) contribuent au financement de prestations principalement assurées par le secteur privé.

b. Les pays scandinaves ont initié, dès les années 60, une politique de placement en institution publique financée par l'impôt. Cette longue tradition leur assure une capacité de prise en charge en établissements étendue, complétée plus récemment par des dispositifs plus flexibles de maintien à domicile et d'aide à la personne. La socialisation de la prise en charge de la dépendance y est donc importante avec une part élevée de leur population âgée vivant en établissement (un quart des 85 ans et plus).

3. La logique d'aide sociale prévaut dans les pays d'Europe du Sud, aux Etats-Unis et au Japon jusqu'en 2000. Outre les critères d'éligibilité, l'aide est limitée notamment par des capacités d'offre restreinte. Elle recouvre des modalités très diverses (prestations d'assurance vieillesse sous forme de

majoration de pension, de prise en charge du handicap, de politique familiale ou par des incitations fiscales pour les aidants) et ne cible parfois que partiellement la dépendance. Par exemple, aux Etats-Unis, le programme fédéral Medicaid prend en charge les personnes indigentes et englobe ainsi le traitement de la dépendance pour les personnes âgées les plus pauvres. L'aide est le plus souvent locale et peut varier très fortement suivant les territoires (cas des pays d'Europe du sud).

Cette logique va de paire avec une forte tradition familiale (Europe du sud, Japon avant 2000) de sorte que l'aide informelle est largement prédominante²⁰³. Néanmoins, les évolutions démographiques (baisse du ratio des 45-69 ans et 80 ans et plus) et socio-culturelles (individualisation croissante des modes de vie, augmentation de l'activité féminine) vont progressivement réduire le potentiel d'aide informelle.

Sous l'influence de ces facteurs, deux pays ont amorcé une réflexion sur l'instauration d'une aide universelle. Après un développement de son offre en institution, le Japon a instauré en 2000 un système partiellement contributif et très généreux pour solvabiliser la demande. L'Espagne vient de créer un système non contributif de prise en charge à domicile ou en établissements.

II. Au-delà des schémas de financement, les modalités concrètes de prise en charge sont également très variables.

1) La définition même de la dépendance est sujette à variation. Si statistiquement, le risque d'occurrence est majeur pour le « quatrième âge » c'est-à-dire à partir de 80-85 ans, la dépendance n'est pas toujours considérée par les pouvoirs publics comme un risque inhérent à la vieillesse. L'attribution de l'aide publique est par exemple sans condition d'âge en Allemagne mais avec condition d'âge en France et au Japon.

2) Le degré de gravité des cas pris en charge et le montant des aides varient également fortement et conditionnent le partage entre assurance publique, privée et aide informelle. Par exemple, l'APA en France mobilise des montants moindres qu'en Allemagne, eux-mêmes faibles au regard des prestations servies au Japon. Sous la pression des évolutions démographiques, la plupart des pays tendent à restreindre les conditions d'attribution en s'efforçant de cibler les cas les plus lourds de dépendance.

3) La nature des prestations et des prestataires varient également. La plupart des pays imposent la réalisation d'un plan d'aide qui définit la nature des prestations en espèces ou en nature et guide leur usage. Lorsque les prestations sont servies en espèces, la personne dépendante est incitée à souscrire au plan d'aide : en Allemagne, le montant des prestations en espèces est deux fois moindre qu'en nature ; au Japon, le suivi du plan d'aide permet de bénéficier du tiers payant. Si la définition de ce plan repose sur une évaluation individualisée des besoins, son degré de formalisation est très variable. En général, elle met en oeuvre deux étapes : une expertise des incapacités puis une évaluation des besoins en tenant compte de

²⁰² Cette répartition reste schématique. Par exemple, contrairement au système allemand, le système japonais n'est que partiellement contributif. De plus, l'aide peut conjuguer plusieurs niveaux : En Allemagne, un système d'aide sociale municipale s'ajoute à l'assurance obligatoire. La description se concentre sur le niveau principal.

²⁰³ Dans certains pays, l'aide formelle peut même prendre comme postulat la prédominance de l'aide informelle. Ainsi, en Espagne, les conditions de ressources pour l'attribution de l'aide sociale prennent en compte le revenu des aidants familiaux.

l'environnement social et familial. La procédure est très peu formalisée en Suède et à un moindre degré au Royaume-Uni puisqu'elle repose au cas par cas sur l'appréciation du « care manager ». A l'opposé, en Allemagne, l'articulation est très forte entre le niveau de besoin et le type d'aide puisqu'à chaque degré de dépendance correspond un niveau théorique d'aide en temps.

4) Concernant le choix entre maintien à domicile et prise en charge en institution, la gamme des prestations est globalement comparable : maintien à domicile (soins infirmiers, aide à la personne, aide ménagère, aide technique) ou accueil provisoire ou permanent en établissement (foyers logements, centres de jour, hôpitaux gériatriques...). Si la prise en charge en institution représente l'essentiel des dépenses, le taux d'institutionnalisation après une forte expansion jusqu'à la fin des années 80 est en baisse dans la plupart des pays indépendamment du système d'aide. La tendance générale est à la primauté du maintien à domicile. Néanmoins, les capacités locales de l'offre sont un facteur déterminant de la composition du plan d'aide voire de la méthode d'évaluation. Alors que le volume horaire d'aide à domicile est proportionnel au degré de dépendance en Allemagne ; en Italie et en Espagne, les capacités limitées d'aide à domicile imposent la prise en charge en institution. Contrairement à la Suède, la grande liberté du modèle britannique est le corollaire d'une offre locale variable et souvent limitée avec laquelle le « care manager » doit composer. Par ailleurs, la capacité d'accueil provisoire en institution peut être une condition du succès du maintien à domicile : au Royaume-Uni, en Italie et en Espagne, un accueil provisoire en centre de jour peut être proposé pour suppléer temporairement à l'aide à domicile et soulager les aidants familiaux.

* * * * *

Avec le passage de la prestation spécifique dépendance (PSD) à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la France a connu une évolution majeure de son mode de prise en charge publique de la dépendance, la faisant évoluer d'un système d'aide sociale à un système proche du modèle allemand. Dans ses modalités concrètes de mise en œuvre, la définition du plan d'aide retient également un formalisme proche du mode de prise en charge allemand.

La réflexion sur l'évolution du système français peut donc s'inspirer des réflexions menées Outre-Rhin sur l'équilibre financier d'un système plus ancien que les évolutions démographiques et une croissance atone ont rendu déficitaire dès 2002. L'opportunité de relever les cotisations, de limiter les prestations sur les cas de dépendance les plus lourds, de passer partiellement à la capitalisation et/ ou de développer un secteur privé complémentaire font débat.

Outre les questions de financement, la réflexion sur notre système peut aussi utilement s'inspirer des termes des débats à l'origine des systèmes les plus récemment mis en place. En Allemagne comme au Japon, la saturation de la capacité d'accueil des hôpitaux a amené ces pays à développer une assurance publique pour solvabiliser la demande. Une offre de prise en charge privée mieux adaptée a ainsi pu être induite en Allemagne alors que le Japon s'était employé au préalable à développer une offre publique. La saturation des structures familiales est également l'élément moteur des réformes au Japon et en Espagne.

Annexe 1 : Quelques éléments quantitatifs²⁰⁴

Projections de l'AWG : dépenses publiques en points de PIB :

	2004	2010	2020	2030	2040	2050
Allemagne	1,0	1,0	1,3	1,5	1,8	2,3
Espagne	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	0,8
France	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6
Royaume-Uni	1,0	1,0	1,1	1,4	1,7	2,0
Suède	3,8	3,7	3,9	5,3	5,8	6,3

OCDE (Jacobzone 2000, source OCDE 1995) :

	Dépenses totales	Dépenses publiques	Part des plus de 65 ans vivant en institution	Part des plus de 65 ans recevant une aide à domicile	proportion de lits privés dans les institutions	Part des dépenses publiques affectées aux institutions
Allemagne		0,82	6,8	9,6	33	48
Australie	0,9	0,73	6,8	11,7	26	73
Autriche	1,4		4,9	24		
Belgique	1,21	0,66	6,4	4,5	49	53
Canada	1,08	0,76	6,2 à 7,5	17	38	67
Danemark		2,24	7	20,3		80
Etats-Unis	1,32	0,7	5,7	16	100	67
Finlande	1,12	0,89	5,3 à 7,6	14	12	86
France		0,5	6,5	6,1	32	59
Japon		0,15/ 0,62	6	5		
Luxembourg			6,8			
Pays-Bas	2,7	1,8	8,8	12		76
Norvège	2,8	2,8	6,6	17	10	63
Suède	2,7	2,7	8,7	11,2		
Royaume-Uni	1,3	1	5,1	5,5	44	70

Trois cas types de systèmes de prise en charge (OCDE 2000) :

	Allemagne	Suède	Royaume-Uni
Dépense totale de dépendance	1,35	2,89	1,37
Dépense publique	0,95	2,74	0,89
Dépense privée	0,4	0,15	0,48
Part public	70,4%	94,8%	65,0%
Part privé	29,6%	5,2%	35,0%
Part de l'aide à domicile	35%	28%	30%
Part des plus de 65 ans pris en charge	11%	17%	25%
% de bénéficiaires de l'aide à domicile	66%	54%	80%

²⁰⁴ Les périmètres et méthodologies diffèrent entre les deux tableaux interdisant toute comparabilité (exemple : en France prise en compte ou non des dépenses des USLD dans les dépenses relevant de la dépendance).

Annexe 2 : Résumé des caractéristiques des systèmes

	Financement	Montant des prestations	Participation des assurés	Nature des prestations	Soutien à l'aide informelle
Allemagne	Cotisation (1,7% également répartie entre employeurs et employés) + suppression jour férié	De 205 à 1432 euros	Complément + hébergement + nourriture	Libre choix, en nature ou en espèces (dans 75% des cas)	Allocation
Espagne (SND)	Non contributif, Etat		Proportionnelle à la capacité de financement (revenu et patrimoine)	Fonction du plan d'aide et de l'opérateur (public ou privé)	Rémunération, incitation fiscale
France	Hausse prélèvements + suppression jour férié	Montant moyen : A domicile ; 479 euros/mois En établissement 405 euros/mois	(0 si revenus < 0,67 MTP, entre 0 et 90% si revenus > 2,67 MTP, 90% si revenus > 2,67 MTP)	Nature ou espèces	APA en espèces
Japon	Majoration des cotisations maladie entre 40 et 64 ans (0,9 point). Cotisation sur les retraites publiques pour les plus de 65 ans.	De 570 à 3320 \$ (en 2000)	10 % du plan d'aide, plafonnée.	En nature, montant prédéfini. Choix libre mais tiers payant conditionné à la définition d'un plan d'aide.	Non
Royaume-Uni	Non contributif, fiscalité locale		Proportionnelle au revenu	Nature	Non
Suède	Non contributif, fiscalité locale		Proportionnelle au revenu	Nature	Non
USA	Non contributif		-	Nature	Non

	Prestataires	Gestionnaires	Attribution conditionnelle (ressources/ situation familiale).	Conditions d'âge
Allemagne	Privés	Caisses d'assurance maladie pour l'octroi des aides, Länder pour l'organisation de l'offre	Non	Non
Espagne (SND)	Public ou privé		Non	Non
France	Public ou privé	Départements	Non	Plus de 60 ans
Japon	Public ou privé	Communes	Non	Plus de 40 ans et caractère gériatrique de la dépendance, plus de 60 ans sinon.

Royaume-Uni	Publics	Communes	Non	Non
Suède	Public	Communes	Non	Non
USA	Privé	Programme mis en œuvre par Etat	Oui (revenu / patrimoine)	Non

Annexe 3 : Description de quelques systèmes emblématiques :

L'Allemagne :

L'Allemagne consacrait en 2000 1,35% de son PIB à la dépendance dont 0,95 point pour le secteur public (70%) et 0,4 point pour le privé (30%) (OCDE). La prise en charge à domicile représente 35% du total et les personnes aidées en 2003 11% de la population des plus de 65 ans. Les deux tiers sont bénéficiaires d'une aide à domicile.

L'assurance dépendance est obligatoire et instituée en cinquième pilier du régime d'assurance sociale allemand depuis 1994. Elle s'inscrit dans la continuité du système d'assurance maladie. La loi sur l'assurance dépendance garantit à tous les adhérents du système d'assurance publique une couverture des soins de longue durée indépendamment de leurs moyens financiers et de leur âge modulée en fonction du degré de dépendance.

Plus précisément, les salariés dont le revenu est inférieur à un plafond (en 2004 : 3862,5 € par mois) relèvent obligatoirement de l'assurance publique tant pour la maladie que pour la dépendance. Les autres ont le choix entre l'adhésion à une caisse publique (avec une cotisation proportionnelle au revenu dans la limite d'un plafond) et à une assurance privée dont la prime est déconnectée du revenu.

Le dispositif garantit l'universalité de l'accès à l'assurance dépendance mais ne prend pas en charge l'intégralité des frais occasionnés par la dépendance (exclusion en particulier des frais d'hébergement). Cet argument est utilisé par les assureurs privés pour développer un marché d'assurance dépendance complémentaire et facultative s'adressant à l'ensemble des assurés.

Les bénéficiaires :

Toute personne affiliée à une caisse d'assurance maladie est également couverte par l'assurance dépendance publique. Les personnes affiliées à une assurance maladie privée sont tenues de souscrire une assurance dépendance privée. Sont considérés comme dépendants les assurés qui parce qu'ils souffrent de maux physiques, mentaux ou psychique, nécessitent à long terme, c'est-à-dire pour une période présumée d'au moins six mois et dans une large mesure, une aide pour exécuter les actes courants de la vie quotidienne. Parmi les personnes dépendantes, bénéficient de prestations de soins ceux justifient d'une période d'assurance d'au moins cinq ans dans une caisse d'assurance dépendance avant le dépôt de la demande et ont fait une demande de prestations.

L'assurance dépendance n'est pas intégrale. Les prestations prises en charge sont fonction du degré de dépendance (trois degrés : catégorie I = grande dépendance, catégorie II = dépendance lourde, Catégorie III = invalidité nécessitant l'aide constante d'une tierce personne).

Les prestations :

L'assurance dépendance fournit des prestations cumulables en nature (les pouvoirs publics délivrent eux-mêmes la prestation ou, le plus souvent, mandatent un prestataire privé) et/ou en espèces (avec liberté du choix d'utilisation par les personnes dépendantes). Elles sont versées pour les soins à domicile, en cas de recours à du personnel soignant professionnel, en cas d'aide fournie par un membre de la famille et en cas de prise en charge en institution. Pour limiter le détournement de l'aide limitée, les prestations en espèces sont moins élevées que les prestations en nature (pour l'aide à domicile, le budget personnel est deux fois moins important que le coût du service en nature proposé). Néanmoins, cette modalité est retenue par les personnes dépendantes dans 75% des cas.

Montant par mois :	Niveau I	Niveau II	Niveau III	Remarques :
Soins à domicile :				
Prestations en espèces	205 euros	140 euros	665 euros	
Prestations en nature, soins ambulatoires,	384 euros	921 euros	1432 euros	1981 euros/ mois pour le niveau III en cas d'insuffisance de revenus
Prise en charge en institution :				
Hospitalisation partielle	678 euros	756 euros	1058 euros	
Soins en institution	1032 euros	1279 euros	1432 euros	- 252 euros pour couvrir les frais d'investissement de l'établissement - L'hébergement et nourriture à la charge de l'assuré - Pour le niveau III, en cas de besoin de soins particulièrement importants 1688 euros
Remplacement d'une personne soignant à domicile en congé Placement en institution de courte durée	1058 euros			Prestation limitée à 4 semaines par an
Aménagement du logement	2519 euros			

- Les dispositifs médicaux et les soins de réadaptation relèvent de l'assurance maladie s'ils ont un caractère curatif et de l'assurance dépendance s'ils facilitent simplement les soins.
- En établissement, le résident doit prendre lui-même en charge hébergement et nourriture.
- Pour les aidants, les proches apportant des soins touchent une allocation de soins mensuelle et sont automatiquement assurés contre les risques vieillesse-invalidité et contre les accidents pendant qu'ils assurent ces soins. Les aidants bénévoles doivent pour cela prodiguer 14 heures au minimum de soins par semaine à la personne dépendante.

Concernant le choix entre prestations en nature et en espèces, il est à noter qu'en dépit d'un montant deux fois moindre, les dépendants et leur famille choisissent majoritairement une rente forfaitaire.

Les prestataires :

Les établissements d'hébergement et les services de soins à domicile appartiennent tous au secteur privé.

Le financement :

Il est organisé de la même manière que pour l'assurance maladie obligatoire. L'assurance dépendance est financée par une cotisation de 1,7% sur les salaires bruts partagés de manière égale entre employeurs et employés pour les actifs. La suppression d'un jour férié est également venue indirectement compléter son financement.

Comme pour l'assurance maladie, les cotisations d'assurance dépendance sont plafonnées (3875€ / mois). Les salariés qui perçoivent un salaire mensuel inférieur à un certain plafond sont assujettis d'office à l'assurance dépendance. Les salariés qui touchent un salaire mensuel supérieur sont assurés sur la base du volontariat.

Les retraités versent comme les salariés la moitié de leur cotisation, l'autre moitié étant prise en charge actuellement par l'organisme d'assurance pension. La base de calcul de la cotisation est la retraite légale ainsi que d'éventuels revenus supplémentaires jusqu'au plafond d'assujettissement. L'Office fédéral du Travail se charge du paiement des cotisations des chômeurs enregistrés chez lui.

Le marché de l'assurance privée :

Sa taille est naturellement limitée par le caractère obligatoire du régime public. Seules les personnes affiliées volontairement à l'assurance maladie peuvent demander à être dispensées d'assujettissement à l'assurance dépendance publique dans la mesure où elles justifient d'une assurance équivalente souscrite auprès d'une compagnie privée. La décision de quitter le champ des caisses publiques est irréversible.

10% de la population relève ainsi de l'assurance dépendance privée. Elle est extrêmement réglementée : les prestations fournies doivent être au moins équivalentes à celles des caisses publiques et la prime est plafonnée au niveau du maximum de cotisation des caisses publiques. Les produits proposés sont essentiellement des produits d'épargne destinés à une clientèle haut de gamme.

La prise en charge limitée de la dépendance par le régime public autorise également les assureurs à proposer des garanties complémentaires dépendance facultatives (indemnités journalières, remboursement de frais). Ce deuxième marché reste embryonnaire (1% de la population en 2004).

Le Japon :

Alors que culturellement la prise en charge de la dépendance reposait essentiellement sur la structure familiale, le Japon, sous la pression d'un vieillissement démographique à un stade particulièrement avancé (en 2020, le quart de la population devrait avoir plus de 65 ans) s'est doté d'une capacité d'offre (aide à domicile et prise en charge en institution) à la hauteur des enjeux de son vieillissement démographique puis a mis en place un régime social obligatoire largement inspiré du modèle allemand pour solvabiliser la demande d'aide formelle. En 1989, le « Gold plan » a redimensionné sur dix ans la capacité d'offre (doublement de la capacité d'accueil en institution, triplement de la capacité d'aidants à domicile, décuplement de la capacité d'accueil en centre de jour). Puis, la loi sur les soins de longue durée (« long term care insurance program ») entrée en vigueur le 1^{er} avril 2000 a recouvert sous un financement unifié les dépenses de dépendance et de maladie des personnes âgées. L'ensemble du système (développement de l'offre, équilibre financier) est géré par les communes.

Les bénéficiaires :

Tous les résidents âgés de quarante et plus sont assurés. Plus précisément, les personnes âgées de 65 ans et plus sont prises en charge si elles nécessitent des soins de longue durée quelle que soit la cause de leur dépendance. Les assurés de moins de 65 ans ne sont couverts que si la cause de leur dépendance est liée à une pathologie d'ordre gériatrique. L'aide est attribuée sans conditions de ressources et indépendamment de la situation familiale.

Les prestations :

A chaque niveau de dépendance (six au total) correspond un montant de prestations. Le degré le plus faible de dépendance correspond à des prestations de prévention. Les montants sont relativement généreux (entre 570 \$ et 3320 \$ par mois en 2000). Les assurés doivent acquitter 10% de cette somme²⁰⁵. Quoique définie en termes monétaires, l'aide est délivrée in fine en nature. Contrairement au système allemand, le dispositif ne prévoit pas de subvention en espèces qui ciblerait l'aide informelle.

Les prestataires :

En théorie, le choix des prestations et des prestataires est libre. En pratique, pour bénéficier du tiers payant, les assurés doivent définir un plan de prise en charge avec un superviseur dépendant de l'organisme prestataire. Les prestataires peuvent être public ou privé.

Le financement :

Deux nouvelles recettes ont été instaurées et contribuent à la moitié du financement : un supplément à leur cotisation maladie que les assurés entre 40 et 64 ans versent (de 0,9 point, également répartie entre employeurs et employés) et, pour les assurés de plus de 65 ans, une cotisation (suivant cinq niveaux en fonction du revenu, 27 \$ par mois en moyenne en 2000) prélevée sur leur retraite publique. Ces deux contributions sont censées financer la moitié des dépenses. Le reste est à la charge de l'Etat et des collectivités locales. Il est également à noter que cette prise en charge de la dépendance devrait se substituer progressivement à des prestations d'assurance maladie (conversion de lits) et d'aide sociale ce qui devrait également contribuer au schéma de financement.

Le marché de l'assurance privée :

Le marché de l'assurance privée très dynamique, entre 1985 et 1995, a vu sa croissance stoppée avec l'instauration de cette loi.

La Suède :

Selon l'OCDE, la Suède a consacré en 2000 2,89% de son PIB au traitement de la dépendance dont 2,74 points de PIB pour le secteur public (95%). L'aide à domicile forme 28% du total. Les personnes aidées représentaient en 2000 17% de la population des plus de 65 ans ; 54% d'entre elles reçoivent l'aide à domicile.

²⁰⁵ En institution, la prise en charge couvre outre les soins – maladie et dépendance - l'hébergement.

La politique de prise en charge a été initiée dans les années 80 et est à la charge des communes. Les prestations sont en espèces et ne sont pas soumises à condition d'âge. Le financement est assuré par la fiscalité locale.

En termes de prestataires –prise en charge en établissements ou aide professionnelle à domicile - , le secteur public représente l'essentiel de l'offre.

Les aidants informels sont soutenus par des prestations de service de répit, des soutiens techniques et des aides financières (rémunérations et charges sociales). Un congé rémunéré est accordé en cas d'aide apportée à un proche en fin de vie.

Les Etats-Unis et le programme Medicaid :

Aux Etats-Unis, le programme Medicaid est une des principales sources de financement de la dépendance (35% des dépenses) et la principale source de financement public. Toutefois, ce programme répond à une vocation plus large d'aide aux plus démunis. Les personnes âgées représentent le quart des dépenses du programme Medicaid et 75% de ces dépenses sont consacrées à la prise en charge de la dépendance.

Le programme Medicaid finançait la dépendance à hauteur de 54 Mds\$ en 1995 (à tous âges) dont 30 Mds\$ pour les personnes dépendantes âgées. Les $\frac{3}{4}$ des dépenses du Medicaid pour les personnes âgées concernent la dépendance (85% pour la prise en charge en institution, 10% pour l'aide à domicile). 70% des personnes en établissement dépendent de l'aide sociale. La moitié a bénéficié de Medicaid dès leur entrée en établissement.

L'accès au programme est soumis à de strictes conditions de ressources et patrimoine. Condition d'éligibilité : moins de 2000\$ de biens non immobiliers, allouer tous les revenus aux dépenses de dépendance (sauf un faible forfait de l'ordre de 30\$). En 1997, 68% des résidents en maisons de soins étaient dépendants de Medicaid pour le financement. Depuis 1993, les Etats recouvrent les frais de Medicaid sur les biens immobiliers des bénéficiaires décédés (estate recovery).

Le Royaume-Uni :

Selon l'OCDE, la Royaume-Uni a consacré en 2000 1,37 % du PIB aux dépenses de dépendance à raison de 0,89 point pour le secteur public (65%) et 0,48 point pour le secteur privé (35%). La prise en charge à domicile représente 30% de l'ensemble. Les personnes aidées représentent environ un quart de la population des plus de 65 ans. 4/5 la reçoivent sous forme d'aide à domicile.

Depuis 1993, la prise en charge des personnes âgées est de la responsabilité des collectivités locales (évaluation des besoins des personnes, gestion des soins et coordination d'ensemble). Elles assurent directement les prestations non thérapeutiques ou peuvent mandater des acteurs privés. L'hébergement en établissement non hospitalier est essentiellement privé. Le financement est assuré par des subventions de l'Etat, par la fiscalité locale et une participation des usagers. Cette participation est fonction du revenu et du patrimoine.

La tendance récente est à la concentration de la prise en charge sur les personnes les plus dépendantes (baisse du nombre de bénéficiaires).

L'Espagne :

L'Espagne était un cas emblématique parmi les pays d'Europe du sud de forte tradition de prise en charge par la structure familiale. Les prestations publiques de la dépendance et du handicap y étaient très limitées. A titre d'exemple, 91% des personnes handicapées en âge de travailler vivent dans leur famille. A peine 6,5% des familles espagnoles prenant soin d'une personne âgée dépendante recevaient une aide des pouvoirs publics.

Les évolutions démographiques et le choix de poursuivre l'effort d'augmentation du taux d'activité des femmes en âge de travailler vont réduire considérablement le rapport entre le nombre de femmes inactives âgées de 45 à 69 ans – principales contributrices de l'aide informelle : 83% des personnes en charge du soin d'une personne âgée dépendante sont des femmes – à celui des personnes âgées de 80 ans et plus. Cette prise de conscience et ce choix assumé ont abouti à l'instauration d'une aide formelle publique.

Avec la création annoncée cette année d'un système national de dépendance (SND), l'Espagne devient le premier pays méditerranéen à développer une aide s'inspirant des systèmes nordiques. Financé par l'impôt, le SND reconnaîtra à toute personne dépendante le droit à une aide publique régulière. Un barème retenant trois degrés de gravité de la dépendance (légère, sévère et totale) conditionnera le type des prestations. Un plan individuel de soins devra être établi sur la base d'un catalogue d'options : télé-assistance, intégration dans une résidence publique spécialisée, à défaut prise en charge dans un établissement privé avec aide de l'Etat pour compenser le différentiel tarifaire. Si la personne dépendante préfère être soignée au sein de sa famille, le parent aidant recevra une rémunération régulière de l'Etat en échange de son inscription à la sécurité sociale.

Au total, l'effort consacré à la dépense devrait passer de 0,33% à 1% du PIB d'ici 2012 : 12,6 Mds □ seront mobilisés sur neuf ans qui s'ajouteront aux 2Mds annuels déjà dépensés par l'Etat. Près de 1,5 million de personnes devraient être prises en charge d'ici 2020 (la dépendance –handicap toucherait actuellement 1,1 million de personnes et 1,5 million d'ici 2020). Ces nouvelles dépenses seront financées par l'impôt avec un partage à parts égales entre Etat et gouvernements autonomes. Le financement intègre également une participation des bénéficiaires proportionnelle à leur capacité financière évaluée en termes de revenu et de patrimoine.

Références bibliographiques et liens

Comparaisons internationales :

Drees, études et résultats, n° 74, juillet 2000 : « La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale. »

Drees, études et résultats, n° 176, juin 2002 « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède une étude de cas-types ».

« Comparer les paniers de services aux personnes âgées dépendantes en Europe » ; B. Le Bihan-Youinou, C.Martin, LAPSS-ENSP, CNRS, 2001.

Drees, études et résultats, n° 475, mars 2006 « Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation ».

Drees, études et résultats, n° 506, juillet 2006 « La prise en charge des personnes handicapées en Allemagne, Espagne, Pays-Bas et Suède. Une étude de cas types. ».

OCDE, automne 2000, « Santé et vieillissement : les perspectives de prise en charge de la dépendance » Stéphane Jacobzone.

Drees, série études, document de travail n°21, novembre 2001 : « Le rôle de l'assurance privée dans la prise en charge de la dépendance : une mise en perspective internationale » Laurence Assous, Ronan Mahieu.

Scor lettres techniques vie n°9, janvier 2003 : « L'assurance dépendance privée : comparaisons internationales. »

Système japonais :

Health Affairs, Volume 19 numéro 3, 2000 : « Long-term care insurance comes to Japan » John Creighton Campbell, Naoki Ikegami.

Japan foundation center for global partnership Newsletter n°26 : « Japan steps out in care for frail older people » John Creighton Campbell, Naoki Ikegami.

CDC Questions retraite n°37, mars 2001 « Japon : les récentes réformes du système de retraite. » Laurent Vernière.

Système allemand :

Ministère de la santé allemand, Bundesministerium für Gesundheit :

http://www.bmg.bund.de/nn_604238/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegeversicherung-g-node,param=.html_nnn=true

Système US :

Département de la santé, Etat de New-York :

http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/program/longterm/

ANNEXE 7 : LES LIMITES D'UNE ASSURANCE PRIVEE DU RISQUE DEPENDANCE : LES ENSEIGNEMENTS DU CAS DES ETATS-UNIS (SOURCE : DGTPE)

POLSOC2 JD

Le 18/10/05

La France et les USA comptent parmi les marchés privés d'assurance dépendance les plus développés tant en volume qu'en maturité (on recensait 6,5 Mos d'assurés aux US et 1,5 Mos en France en 2002). Toutefois, le développement du marché américain plus mature puisqu' initié au milieu des années 70 - contre la fin des années 80 en France - semble après un dynamisme initial relatif marquer le pas.

Une étude rapide de la typologie des contrats proposés montre qu'en dépit des formules variées employées tant aux Etats-Unis qu'en France la couverture du risque reste globalement très partielle.

Pour apprécier la spécificité de ce risque, les possibilités de couverture et notamment le degré d'assurabilité par des acteurs privés, l'étude du cas américain peut être riche d'enseignements. Une abondante littérature s'est en effet employée à expliquer la relative stagnation récente du marché privé de l'assurance dépendance aux USA, le faible taux de souscription de ces produits ainsi que le cantonnement des acteurs du marché à des produits d'assurance très partielle.

Il ressort de ces différentes études que :

- Le risque dépendance cumule de nombreuses caractéristiques qui en font un marché d'assurance très incomplet : risque de long terme et myopie des agents (mauvaise perception de la prévalence du risque et de son coût), fortes asymétries d'information (aléa moral, antisélection). Conséquence de ces contraintes d'offre, les polices proposées sont peu généreuses. De plus la conjonction de ces deux éléments risque de long terme et asymétrie d'information expliqueraient que suivant les estimations les contrats proposés soient très éloignés de l'équilibre actuariel (le taux de couverture défini comme le ratio entre prestations et prime serait de l'ordre de 60% soit nettement en-deçà des autres risques par exemple 75 % pour la santé...). L'anti sélection est un facteur limitant important à la fois pour les assureurs et les assurés : pour les assurés, l'aversion pour le risque joue dans les deux sens : souhait de couvrir le risque dépendance et peur d'un engagement contractuel qui s'il était résilié entre temps impliquerait une cotisation à fonds perdus. Cette possibilité d'anti-sélection dynamique des assurés pourrait expliquer la fixation de primes de risques élevées par les assureurs.
- Cependant, il semblerait qu'au-delà de ces limites inhérentes au risque dépendance, la spécificité du marché américain explique également le faible taux de souscription. L'aide publique à travers le programme Medicaid aurait un fort effet d'éviction. En effet, les conditions de ressources pour l'octroi de

cette aide prennent en compte les prestations délivrées par les polices d'assurance privée. Les deux couvertures publique et privée sont donc redondantes.

- Suite à ce constat, une refonte à la fois de l'aide publique et de l'assurance privée sont envisagées. Les pistes de réforme ont en commun de s'employer à fusionner le risque dépendance avec d'autres risques. Dans le cas de l'aide publique, il s'agirait de fusionner les prestations retraite et dépendance en mutualisant les cotisations au sein des cohortes des retraités. Dans le cas de l'assurance privée, le contrat serait intégré dans un produit d'assurance vie ce qui réduit pour les assurés le risque de résiliation prématurée du contrat, de cotisations à fonds perdu et pour les assureurs d'asymétrie d'information dynamique.

Fiche : Comparaison internationale du marché privé de l'assurance dépendance

Les deux principaux marchés d'assurance dépendance privée non obligatoire tant en volume qu'en maturité sont les Etats-Unis et la France. En revanche, les marchés des pays de l'Union européenne sont encore peu développés. Dans une acception large –en incluant les produits d'assurance vie avec clause optionnelle couvrant le risque dépendance – on recense 6,5 Mos d'assurés aux US et 1,5 Mos en France. (2 Mos estimés en 2002) (source Scor).

Le marché américain est un des plus anciens. Les premiers produits sont apparus dès 1975. Le marché s'est réellement développé à partir de 1985. Plus de 120 compagnies proposent des produits relevant de l'assurance dépendance. Toutefois le marché reste très concentré : 6 assureurs représentent 80% des primes (source Scor).

La croissance des ventes reste significative en moyenne 15-20% pour les derniers exercices mais tend à s'essouffler depuis 2001.

Au final, le taux de pénétration du produit reste faible : moins de 7% de la population concernée. Les autorités cherchent à encourager la souscription de polices d'assurance en mettant en place des avantages fiscaux sur certains produits (Tax Qualified Product). Parmi les produits, les contrats collectifs à adhésion facultative sont perçus comme ayant un potentiel de développement pour l'assurance dépendance. La part de l'assurance privée atteint 4% des dépenses

Dans le cas français, le marché date de près de 15 ans. Fin 2001, trente compagnies proposaient des contrats d'assurance dépendance. Ce marché est très concentré : trois compagnies réalisent plus de 80% du chiffre d'affaire. La souscription d'un contrat dépendance obligatoire dans le cadre de l'entreprise est une spécificité française . Fin 2001, 670 000 personnes étaient couvertes par des contrats collectifs (source Scor). Pour les autres pays (Etats-Unis), l'assurance dépendance collective correspond à des contrats à adhésion facultative dont la cotisation reste à la charge de l'employé. Le marché connaît une croissance soutenue avec des taux de progression de 20-25% ces dernières années. Le nombre d'assurés devrait dépasser les 2 millions à la fin 2002 soit une augmentation de 30% sur l'année.

Les autres marchés sont soit encore aux premiers stades de développement, soit en stagnation. On peut citer le cas du marché japonais : avec 2 millions d'assurés, il s'est fortement développé au début des années 90 avant de stagner sous l'influence de la mise en place d'une couverture publique en 2000. Au Royaume-Uni, le marché reste embryonnaire 15 compagnies pour 40 000 polices vendues. En Allemagne où l'assurance dépendance publique est le 5^{ème} pilier de la sécurité sociale depuis 1995, les produits complémentaires sont très limités : produits d'épargne destinés à une clientèle haut de gamme.

Fiche : Typologie des polices d'assurance dépendance

On peut classer les produits suivant différents grands critères :

La logique de compensation avec deux principales approches: l'approche forfaitaire (France) et indemnitaire (Etats-Unis). L'approche forfaitaire a pour avantage sa simplicité, la transparence des flux, une sélection et des contrôles limités, la flexibilité quant à l'usage des versements par l'assuré. L'approche indemnitaire permet un traitement plus différencié. Les produits sont en revanche plus complexes pour l'assuré et peuvent présenter un risque de dérive des coûts plus élevé pour l'assureur sauf à les encadrer préalablement ce qui dès lors rapproche les deux logiques. Par ailleurs, dans le cas d'une approche indemnitaire, l'assureur est davantage incité à structurer l'offre et à lutter contre l'aléa moral.

Le risque couvert : une des principales distinctions porte sur l'ampleur et l'irréversibilité de la dépendance. Ainsi, en France, le modèle forfaitaire s'est développé sur la couverture d'une dépendance totale et irréversible. En revanche, aux US, la dépendance partielle est couverte sous condition d'une durée d'au moins trois mois. De nombreuses pertes d'autonomie temporaires sont ainsi prises en charge.

La logique financière : il peut s'agir de produits d'assurance pure ou de produits d'assurance couplés à de l'épargne (contrats d'épargne dépendance avec une option « rente dépendance »).

Ces contrats d'épargne dépendance sont généralement des contrats d'assurance vie (bénéficiant d'un régime fiscal avantageux). La possibilité de souscrire une option dépendance offrant une sortie en rente viagère limite le risque de cotiser à fonds perdus : lorsque l'assuré décède sans avoir été dépendant ou si tous les capitaux n'ont pas été convertis en rente dépendance, les fonds disponibles peuvent être versés aux bénéficiaires désignés au contrat.

Les contrats d'assurance dépendance versent une rente viagère qui finance le coût du maintien à domicile ou du placement dans un établissement spécialisé. La rente est non imposable, cesse d'être versée au décès de l'assuré et n'est jamais réversible. Ces contrats d'assurance sont à fonds perdus : si l'assuré décède sans avoir été dépendant, les cotisations versées sont intégralement conservées par l'assureur.

Les produits d'assurance dépendance les plus souscrits

Les principales caractéristiques de ces contrats :

- Age de souscription entre 50 et 70 ans (parfois 75).
- Prime non réévaluée en fonction de l'âge ou de l'évolution de l'état de santé mais révisé en fonction de l'inflation ou de la valeur du point AGIRC.
- Le montant de la rente : pour la plupart entre 300 et 1200euros/mois.
- Le versement des primes : versement viager.
- Les conditions d'attribution et de versement :

- un questionnaire de santé systématique (peut être approfondi, possibilité de surprime voire rejet du dossier). Certains contrats de groupe peuvent toutefois être souscrits sans questionnaire médical.
- Beaucoup de contrats ne versent une rente qu'en cas de dépendance totale. Certains proposent la couverture de la dépendance partielle sous forme optionnelle.
- Quasiment tous les contrats prévoient un **délai de carence** (un an en cas de maladie, 3 ans en cas de démence sénile ou de maladie d'Alzheimer). Si la dépendance survient pendant ce délai, l'assuré n'est pas garanti et n'a droit à aucune prestation.
- Quasiment tous les contrats prévoient un **délai de franchise** de 3 à 6 mois entre le moment où la dépendance est médicalement constatée et le versement de la rente.

D.M.Cutler (Why doesn't the market fully insure long-term care ? mars 1993 , Why don't markets insure long-term risks ? Mars 1996) a **passé en revue 53 polices et 73 polices offertes respectivement en 1988 et en 1991 vendues par 38 compagnies couvrant une large part des polices souscrites.**

Il ressort de cette étude que les prestations proposées sont limitées et encadrées par de nombreuses restrictions

Ces restrictions peuvent être réparties suivant quatre grandes catégories :

- La nature des prestations : pour la quasi-totalité, il s'agit d'une indemnité forfaitaire (en moyenne 80\$ par jour en maisons de soins).
- La revalorisation des prestations. Les modalités sont diverses mais il apparaît que la revalorisation est toujours très limitée et préfixée. Elle est notamment souvent limitée dans le temps (soit pendant une certaine période, soit jusqu'à un certain âge). Seule la moitié des polices assurent une revalorisation tout au long de la vie. En plus de ces restrictions, des plafonds globaux sont souvent imposés soit sur la somme totale versée soit sur la durée de versement (en 1988, 70% des polices étaient ainsi plafonnées).
- Le délai de carence (afin de limiter l'anti-sélection) : de nombreuses polices imposent un délai de 6 mois pendant lequel les conditions ne sont pas prises en compte.
- Le délai de franchise (aléa moral) : de 20 à 30 jours avant tout paiement. De plus, la plupart des polices imposent un certain nombre de conditions (limitations sur les activités de la vie quotidienne).

Fiche : Les contraintes sur l'offre, l'assurance d'un risque à long terme

L'assurance dépendance relève de la couverture d'un risque de long terme ou risque de longévité (comme par exemple les risques environnementaux). Typiquement la police est souscrite à 65 ans (69 ans en moyenne) pour une probabilité maximale d'occurrence du risque vers 85 ans.

La dérive des coûts est donc un des principaux risques de ce type d'assurance.

Dans deux contributions (**Why doesn't the market fully insure long-term care ? mars 1993** , **Why don't markets insure long-term risks ? Mars 1996**) **D.M.Cutler** étudie la spécificité de ce type d'assurance, étude qu'il illustre avec le cas de l'assurance dépendance.

Pour l'assurance d'un risque de long terme, la variation des coûts peut être décomposée en une composante individuelle (risque idiosyncratique) et une composante temporelle (risque systémique). Seul le risque idiosyncratique peut être mutualisé au sein d'une cohorte. Pour couvrir le risque systémique, on peut envisager une mutualisation entre les cohortes. Toutefois, si la corrélation entre l'évolution des dépenses d'une période à l'autre est forte, les coûts augmenteront avec le nombre de cohortes assurées (risque agrégé proportionnel au nombre de cohortes) et présenteront une dérive.

Pour illustrer ce risque, l'auteur étudie la dynamique des dépenses de dépendance (différentes séries sont utilisées : coût journalier en maisons de soins, composante de l'indice des prix à la consommation...). Le coefficient auto-régressif est proche de l'unité (non statistiquement différent de 1 mais statistiquement différent de 0). La variance du résidu est de plus élevée²⁰⁶. Les tests ADF valident l'hypothèse d'une marche aléatoire contre une trend déterministe.

Ceci valide l'existence d'un risque agrégé qui augmente avec le nombre de cohortes assurées. Suivant les estimations, pour vingt cohortes assurées, l'écart type serait de 14%.

L'origine de cette dérive temporelle est multiple :

- Impact du progrès technique.
- Modification de l'environnement institutionnel et évolution de l'offre de soins et rétroagissant sur la demande par effet induit. Pour illustrer ce dernier cas, l'auteur considère le taux d'utilisation d'une maison de soins. Après avoir doublé entre les années 60 et la fin des années 70 (4,5 pour 1000 habitants) il s'est stabilisé avec les politiques de contingentement du nombre de lits. Toute hausse future du nombre de lits en maisons de soins serait dès lors un risque majeur pour les assureurs.

²⁰⁶ Le risque agrégé est proportionnel ...

Ce risque de dérive des dépenses limite les possibilités d'une assurance complète. Les restrictions sont imposées :

- Soit sur la période de couverture : cas de l'assurance santé avec reconduction annuelle des contrats.
- Soit sur les prestations avec leur plafonnement : cas de l'assurance dépendance.

L'auteur illustre cette incomplétude du marché de l'assurance dépendance par un certain nombre de tests et d'exemples qu'il interprète comme des conséquences de ce risque agrégé :

- Sur les principales polices d'assurance proposées²⁰⁷ et parmi les nombreuses restrictions imposées : le caractère forfaitaire des prestations, les possibilités de revalorisation limitées et surtout le plafonnement fréquent de la prestation totale versée. Il remarque de plus, que ces restrictions ne suffisent pas à circonscrire le risque pour les assureurs : exemple d'une hausse du taux d'admission en maisons.
- Si le risque agrégé est la principale contrainte pour les assureurs, le marché de l'assurance dépendance devrait imposer une taille financière critique aux compagnies. L'auteur essaie d'expliquer la générosité des contrats proposés (ampleur et durée de la revalorisation des prestations) en fonction des caractéristiques financières de l'entreprise. La taille financière de l'entreprise est significative contrairement à son rating.
- Les différents calculs de prime de risque suggèrent un risque plus élevé que pour les autres types d'assurance. Pour une même compagnie d'assurance, les profits et primes sont nettement plus élevés pour la branche dépendance que pour les autres branches (santé...) qui ne présentent pas de risque agrégé. Le taux de perte (prestations rapportées aux primes) avoisine le minimum légal de 60% alors qu'il est de 72% pour la santé, 85% pour la vente des annuités.
- Enfin, à partir d'une enquête, l'auteur essaie d'expliquer les réponses des agents sur leur probabilité de souscrire une assurance dépendance en fonction de différentes caractéristiques. Le coût de l'assurance est significatif. Les différentes contraintes fréquemment citées (anti-sélection avec une question sur l'état de santé et la probabilité d'être dépendant, concurrence de l'aide publique avec une question sur la redondance avec Medicaid) sont estimées séparément et sont également significatives. Dans une estimation jointe et en contrôlant des précédents effets, la variable prix de l'assurance reste significative mais son pouvoir prédictif diminue de 10% suggérant que 90% des personnes interrogées jugent le prix trop élevé en lien avec d'autres facteurs explicatifs.

²⁰⁷ 53 polices en 1988 et 73 polices en 1991 vendues par 38 compagnies couvrant une large part des polices souscrites.

Allant à l'encontre de la thèse d'éviction de l'assurance privée par l'aide publique, l'auteur note que ce caractère intertemporel du risque qui interdit une couverture complète par les acteurs privés plaiderait au contraire pour une prise en charge publique accrue.

Fiche : Les contraintes sur l'offre, l'asymétrie d'information

L'assurance dépendance est confrontée aux problèmes usuels de l'assurance :

- anti-sélection.
- aléa moral.

Le problème de l'aléa moral prend une acuité particulière dans la mesure où les dépenses d'assurance dépendance peuvent présenter un coût d'usage non nul principalement pour l'aide à domicile (aide ménagère...).

Le test usuel en assurance est d'étudier une corrélation entre la générosité de la couverture et son degré d'occurrence. Une corrélation positive peut s'interpréter comme révélatrice de la présence d'anti-sélection voire d'aléa moral.

Dans leurs études « **Adverse selection in health insurance** », **D.M.Cutler, R. J.Zeckhauser**, « **Private information and its effect on market equilibrium : new evidence from long-term care insurance** », **A.Finkelstein&K.MacGarry** concluent à l'absence de corrélation positive.

Dans « **Multiple dimension of private information : evidence for the long term care insurance market** », **A.Finkelstein, K.Mc Garry** reprennent cette analyse et retrouvent le résultat précédent : absence de corrélation positive entre souscription d'une assurance et recours aux soins, les assurés n'ont pas une probabilité plus élevée de recourir aux soins que les non assurés.

Toutefois, les données utilisées leur permettent d'introduire deux autres variables :

- la perception du risque dépendance par les assurés (évaluation par les assurés de leur probabilité d'entrer dans une maison de soins).
- L'aversion pour le risque approximée par les mesures préventives entreprises par les assurés (vaccination...) dans les deux années précédant la souscription.

Leurs résultats sont les suivants :

- Une perception d'un risque explique la souscription de l'assurance (comme cette perception est antérieure à la souscription, elle est révélatrice d'un mécanisme d'anti sélection).
- Le degré d'aversion pour le risque est corrélé positivement avec la souscription d'une assurance dépendance mais négativement avec l'entrée dans une maison de soins. Les agents averses au risque qui entreprennent davantage d'actions préventives sont plus enclins à souscrire une assurance alors que paradoxalement le risque est pour eux plus limité.
- En conclusion, **deux populations opposées souscriraient une assurance : les agents plus risqués et les agents les plus averses au risque**. En conséquence et au total, **les assurés n'ont pas nécessairement un profil de risque plus élevé que les non assurés**. Les prix ne sont donc pas plus élevés du fait de l'absence globale de mécanisme d'anti-sélection. En revanche, l'asymétrie

d'information existe et induit a priori une tarification et une couverture du risque sous optimales contribuant à la taille limitée du marché.

Fiche : Les contraintes sur l'offre, le risque d'une anti sélection dynamique des assurés

Une autre conséquence d'un risque de long terme est la possibilité de remise en cause ex post du contrat par une des parties. Même avec une anti sélection limitée ex ante ou en information symétrique, le profil de risque de l'assuré – et la prime versée - peut être amené à être significativement réévalué. Ce risque est qualifié de risque de reclassification ou risque sur la prime. Si une couverture contre ce risque peut être proposée ex ante par les assureurs (contre la hausse de la prime) ; ex post, les assurés peuvent toujours résilier leur contrat en cas d'évolution favorable.

Dans « **Dynamic inefficiencies in insurance markets : evidence from long-term care insurance** », **A.Finkelstein, K.McGarry & A.Sufi** montrent que le marché de l'assurance dépendance est sujet à ce risque d'anti sélection dynamique. Toutes choses égales par ailleurs, les individus ayant résilié leur assurance dépendance sont en moyenne moins à risque que les individus assurés. Le risque de reclassification ne peut donc être couvert efficacement.

La dépendance est un cas typique d'assurance sujette au risque de reclassification :

- les écarts de cotisations entre les différents profils de risque sont élevés. Les polices étudiées montrent une hausse des primes de 175% en cas de dégradation d'un assuré initialement au niveau de risque standard.
- Les probabilités de transition entre ces différents profils sont non négligeables.
- En statique, l'assurance est incomplète : certains profils sont inéligibles. Le risque d'inéligibilité est évalué à 8% pour les 50-54 ans mais à 33% pour les 75 ans et plus. Ce taux de non prise en charge élevé est révélateur de reclassifications potentielles importantes en dynamique.

En dynamique, le contrat peut être rompu de manière unilatérale par l'assuré :

Dans un marché concurrentiel avec une information symétrique, de nouveaux apports d'information révélés de manière symétrique feront varier les primes. Les agents averse au risque souhaiteront être assurés contre le risque dépendance mais aussi contre ce risque de reclassification. En théorie rien ne s'oppose à couvrir un tel risque ex ante.

Une régulation excessive du marché est un obstacle possible à la couverture du risque de reclassification. Or le marché de l'assurance dépendance aux Etats-Unis est peu régulé.

Une autre limite porte sur l'engagement des deux parties : l'assureur peut s'engager à maintenir la couverture à cotisations inchangées. En revanche, l'assuré peut toujours en cas d'information favorable résilier le contrat. L'engagement devient unilatéral ex post.

Une des solutions est de faire prépayer le contrat d'assurance pour contraindre l'engagement :

Un prépaiement total est toutefois limité par des contraintes de liquidité. Les polices sont trop coûteuses de plus contrairement à l'assurance vie, le coût est décorrélé du revenu. A défaut, un prépaiement partiel est possible et identifiable à travers les caractéristiques suivantes :

- Les primes sont préfixées en termes nominaux et excèdent initialement les coûts actualisés.
- Les prestations sont également définies en termes nominaux. Elles peuvent être soit constantes soit réévaluées à un rythme prédéfini. Dans ce dernier cas, le caractère prépayé du contrat est encore plus élevé.
- Enfin, les assurés souscrivent le contrat et paient les primes en moyenne bien avant la survenance du risque. L'âge moyen de souscription est d'environ 67 ans. Le risque survient en moyenne plus de 15 ans après vers 83 ans.

Résilier l'assurance est pour toutes ces raisons assez coûteux (les versements lors de la résiliation sont à fonds perdus et en proportion assez importants). Dans la plupart des cas, aucune nouvelle assurance n'est souscrite après la résiliation.

En dépit de ces contraintes, le taux de résiliation des polices est assez élevé :

7% des polices en cours sont résiliées chaque année. La probabilité de résilier présente une forme en U. La probabilité de résilier un contrat après 5 ans est de 33%, de 50% après 10 ans. Le taux de résiliation est plus élevé pour les polices présentant un moindre prépaiement.

Les auteurs testent un éventuel phénomène d'anti-sélection dynamique rendant inefficace ex post la couverture du risque de reclassification. Ils montrent que ces individus ayant résilié leur assurance – à autres caractéristiques (âge, santé) identiques - sont moins à risque que ceux ayant conservé leur assurance (probabilité d'entrer en maisons de soins inférieure d'un tiers lorsque l'assurance a été résiliée, données du Health Retirement Study HRS).

L'aléa moral pourrait également expliquer cette différence : la résiliation du contrat pourrait rendre les individus plus vigilants, moins dépensiers... Pour contrôler cet effet, le même test est effectué dans la population des individus ayant résilié leur assurance en distinguant ceux qui ne sont plus assurés et ceux qui ont souscrit une nouvelle assurance. La différence en termes d'occurrence du risque dépendance n'apparaît pas significative entre les deux populations et valide l'appartenance à une même classe de risque des individus ayant résilié leur contrat.

Si un phénomène d'anti-sélection dynamique est clairement mis en évidence par cette étude, les auteurs reconnaissent qu'il peut difficilement expliquer le taux élevé de résiliation des contrats peu après leur souscription (forme en U de la courbe de taux de résiliation en fonction du temps). La réévaluation du profil de risque dépendance requiert a priori du temps. Il pourrait s'agir soit d'une mauvaise information, perception initiale du risque par les assurés, soit de l'occurrence d'autres aléas non assurés affectant le revenu et pouvant les qualifier pour l'aide publique (programme medicaid).

Fiche : Les contraintes sur la demande, l'éviction par l'aide publique avec le programme Medicaid.

Parmi les facteurs restreignant la demande d'assurance privée, la concurrence exercée par l'aide publique (principalement le programme Medicaid) été abondamment commentée.

Dans leur étude « **the interaction of public and private insurance : Medicaid and the long-term care insurance market** », **J.R.Brown & A.Finkelstein** s'emploient à quantifier cet impact du programme Medicaid.

Le programme Medicaid est conçue comme une aide de dernier recours. Destiné aux plus pauvres, il couvre 35% des dépenses de dépendance (CBO 2004). Le programme Medicare - l'assurance pour les plus âgés - couvre quant à lui surtout les séjours de courte durée en maisons de soins et représente 12% des dépenses de dépendance.

Il se caractérise par des conditions de mise en œuvre très contraignantes :

- Des conditions d'éligibilité en fonction du revenu, du patrimoine et naturellement de l'état de dépendance (ces conditions varient d'un état à l'autre),
- Une intervention en « second payeur » : en particulier, la souscription d'une assurance privée est prise en compte ex ante dans l'évaluation de l'éligibilité au Medicaid.

Deux facteurs peuvent expliquer un effet d'éviction de l'aide publique :

- **la réduction de l'exposition au risque** : fournir une aide de dernier recours réduit l'utilité marginale à souscrire une assurance privée. De plus, en réduisant l'exposition au risque des revenus, l'assurance peut prévenir la validation des conditions d'éligibilité au Medicaid.
- **La redondance des prestations** : la caractéristique de second payeur place Medicaid en concurrence directe avec l'assurance privée. Une part significative des prestations fournies par l'assurance privée peut être délivrée par le Medicaid notamment pour les revenus et patrimoines les plus faibles.

Reprenant leur approche quantitative fondée sur un modèle actuariel calibré, les deux auteurs quantifient ce qu'ils appellent « la disposition à souscrire » un contrat d'assurance dépendance privée²⁰⁸.

Leurs principaux résultats sont les suivants :

²⁰⁸ On modélise un individu de 65 ans – souscripteur ou non d'une assurance privée - qui optimise sa consommation de façon à maximiser son utilité inter-temporelle à richesse initiale et environnement institutionnel (Medicaid) donnés. On calcule son utilité maximale suivant qu'il est ou non souscripteur d'une assurance. La disposition à payer se définit dès lors comme le surcroît de richesse initiale qui permet d'égaliser les deux utilités. Une disposition positive révèle donc une incitation à souscrire une assurance privée. Pour une police d'assurance donnée, les dispositions à souscrire sont présentées en fonction de la distribution des richesses et du sexe.

- **Le modèle permet de reproduire les faibles taux courants de souscription constatés :**
 - o Pour les polices les plus couramment souscrites (indemnité plafonnée à 100\$/jour) et aux tarifications en cours, suivant le degré d'aversion pour le risque, seuls les 20-30% les plus riches des hommes et femmes ont une incitation à souscrire.
 - o Les chiffrages révèlent une désincitation très forte à souscrire une assurance : pour un homme de richesse médiane, la souscription entraînerait une perte financière quasiment équivalente à la valeur actualisée des primes de l'assurance (la souscription de l'assurance se fait en pure perte).
 - o La tarification des contrats d'assurance dépendance est unisexe. Les tarifs sont donc actuariellement plus avantageux pour les femmes²⁰⁹. Paradoxalement, la disposition à payer est, pour l'essentiel de la distribution des richesses, négative pour les femmes comme pour les hommes. Ceci est une première indication du rôle désincitatif du programme Medicaid pour lequel les femmes (longévité et donc risque de paupérisation plus élevé) ont plus de probabilité d'être éligibles que les hommes.

- **Même en corrigeant les imperfections de l'offre de l'assurance, les désincitations demeurent :**
 - o La même police d'assurance est tarifée de façon neutre pour les hommes (les prestations couvrent les primes contre 50% antérieurement). L'accroissement des dispositions à souscrire est faible : la moitié de la distribution serait incitée à souscrire contre 40% avant et ce alors que les primes d'assurance ont été divisées par deux.
 - o Des polices sans plafonds sur les indemnités (voire actuariellement neutres pour les hommes comme pour les femmes) sont testées. La disposition à payer ne devient positive qu'à partir du 60^{ème} voire 90^{ème} décile suivant l'aversion pour le risque. Les calculs montrent que les individus sont encore moins disposés à souscrire des assurances non plafonnées.

Ces différents éléments notamment le fait que les agents préfèrent une couverture limitée sont révélatrices d'un effet d'éviction du programme Medicaid que les auteurs s'emploient à quantifier :

- Ils calculent une « taxe implicite » associée à Medicaid : il s'agit de l'écart entre les prestations actualisées délivrées par Medicaid avec et sans assurance privée rapporté aux prestations versées par l'assurance privée. Cette taxe implicite est élevée notamment en bas de la distribution des richesses (proche de 100% pour le premier décile : la perte des aides fournies par le Medicaid égalise les

²⁰⁹ Les auteurs calculent par contrat une charge brute : le complémentaire à un des prestations actualisées rapportées aux primes actualisées. Pour un contrat type (indemnité plafonnée), la charge brute est 50% pour les hommes mais de -6% pour les femmes.

prestations versées par l'assurance privée). Elle décroît avec la richesse (60% pour l'homme médian respectivement 77% pour la femme).

- La « charge » nette : il s'agit de la « charge » brute (prestations de l'assurance privée rapportées aux primes) augmentée de la réduction de l'aide apportée à Medicaid du fait de la souscription d'une assurance privée. Ces charges nettes sont nettement plus élevées que les charges brutes. Contrairement aux charges brutes, elles sont équivalentes entre hommes et femmes. Ceci signifie notamment que la part des prestations redondantes avec Medicaid est plus élevée pour les femmes.
- Enfin, les auteurs calculent la disposition à payer une assurance qui interviendrait en second payeur en complément strict de Medicaid. Les dispositions à payer sont cette fois positives pour tous les déciles et croissent avec la richesse.

Dans une dernière partie, **les auteurs évaluent la performance de l'assurance offerte par le programme Medicaid :**

- **L'assurance est partielle :** 40% des besoins en dépendance pour les hommes et 30% pour les femmes des dépenses ne sont pas couverts (pour un individu de richesse médiane).
- **Les conditions d'éligibilité impliquent un profil de consommation inter-temporel très heurté.** En particulier, les agents sont incités à sur consommer et liquider leur patrimoine avant l'entrée en maisons de soins. La consommation après entrée en maison de soins chute de 40%. Ceci est problématique surtout si l'individu est amené à ressortir de la maison de soins (probabilité de 66%).

En conclusion, **quoique loin d'offrir une couverture satisfaisant des besoins en dépendance, l'aide publique offerte par le programme Medicaid induirait un fort effet d'éviction sur la souscription d'une assurance privée** (notamment pour les individus les moins riches ainsi que pour les femmes). En particulier même corrigé de ces imperfections (tarifs, prestations limitées), le marché de l'assurance privée ne connaîtrait pas une demande accrue.

Fiche : Quelques pistes de réforme de l'assurance dépendance aux US.

Les lacunes de l'assurance dépendance aux US sont nombreuses. La part des dépenses autofinancées par les ménages est élevée : 35%. L'aide publique est certes importante (35% dont 24% pour le programme Medicaid) mais génère des inefficacités. Son intervention en tant que second payeur tend à évincer l'assurance privée. Les contraintes d'attribution de cette aide induisent un profil de consommation et d'épargne sous optimal.

Ces lacunes et la montée en charge potentielle des dépenses de dépendance appellent une réforme du système. Parmi les options discutées, on peut citer la réforme du programme Medicaid avec la création d'un nouveau risque d'assurance sociale, le développement des incitations à souscrire une assurance privée. Ces propositions se heurtent au double constat de l'absence de marges de manoeuvre budgétaires et du faible intérêt des ménages pour assurer à titre privé le risque dépendance.

La spécificité du risque dépendance qui concerne « le quatrième âge » pourrait plaider pour une solution innovante de fusion -dans le public comme dans le privé- des financements et engagements de la dépendance avec d'autres risques (« Funding LTC : applications of the trade-off principle in both public and private sectors », Yung-Ping Chen).

Souscrire des assurances liées peut se justifier par une aversion commune pour le risque ainsi que par la fongibilité des primes et des prestations et permettre de corriger certains obstacles à la souscription d'une assurance dépendance :

- Les agents sont principalement averses aux pertes financières (loss aversion) plus qu'au risque. Ceci peut avoir pour effet de différer les décisions et entraîner une souscription limitée des assurances. Un exemple de cette limite est le phénomène de cotisation à fonds perdus pour l'assurance dépendance. L'aversion pour les pertes – la cotisation à fonds perdus – est réduite en la fusionnant avec l'assurance vie (or annuity).
- La non fongibilité des ressources relève d'une forme de comptabilité mentale « mental accounting » qui entraîne une gestion des risques au cas par cas par les agents et donc une séparation de leur financement. La séparation des budgets accroît les contraintes de liquidité et restreint les ressources pour les assurances contre les risques perçus comme mineurs. La segmentation des budgets peut être levée en intégrant le financement de la dépendance dans celui des retraites.

Dans le cas de l'assurance publique, la dépendance serait financée en ponctionnant une partie des prestations retraite (mutualisation au sein des retraités). « social security/long term care plan : SS/LTC plan ». Les retraités pourraient choisir d'investir une part de leur prestation dans une assurance dépendance. Une taxe serait prélevée sur les retraites pour financer la dépendance. Avantage : pas de prélèvement supplémentaire sur les revenus du travail. Inconvénient : ne permettrait pas de lever suffisamment d'argent pour couvrir les coûts de la dépendance. Ce système pourrait néanmoins assurer le financement de base de la dépendance.

Dans le cas de l'assurance privée, il s'agirait de lier l'assurance dépendance à des produits d'assurance vie (life insurance or annuity products). Aux US, le marché est encore limité : 15 compagnies proposent ce type de produit combiné. Cela représentait en 1996, 6-7% des polices souscrites.

Ces produits permettent de limiter les principaux défauts de l'assurance dépendance traditionnelle. L'assurance n'est plus à fonds perdus, l'aléa moral est réduit : le capital non consommé par les dépenses de dépendance est disponible pour l'assurance vie, anti-sélection est corrigée : le produit s'adresse aux deux population (dépendants potentiels ou non). Le coût serait également réduit car la police d'assurance vie-dépendance peut être souscrite plus tôt.

Bibliographie :

Cutler, David M., James M. Poterba, Louise M. Sheiner, and Lawrence H. Summers, « An ageing society : opportunity or challenge ? » Brooking Papers on Economic Activity, 1990 1-56

Finkelstein A., McGarry K., Sufi A. : “Dynamic inefficiencies in insurance markets : evidence from long term care market” NBER, January 2005.

D.M.Cutler : Why doesn't the market fully insure long-term care ? mars 1993 , Why don't markets insure long-term risks ? Mars 1996

D.M.Cutler, R. J.Zeckhauser, : « Adverse selection in health insurance »,

A.Finkelstein&K.McGarry : « Private information and its effect on market equilibrium : new evidence from long-term care insurance »,

A.Finkelstein, K.Mc Garry : “Multiple dimension of private information : evidence for the long term care insurance market”,

A.Finkelstein, K.Mc Garry : „Private information and its effect on market equilibrium : new evidence on long term care insurance”

Yung-Ping Chen : “Funding LTC : applications of the trade-off principle in both public and private sectors »,

J.R.Brown A.Finkelstein : „Supply or demand : why is the market for long term care insurance so small ?”

J.R.Brown & A.Finkelstein : “The interaction of public and private insurance : Medicaid and the long-term care insurance market”

David M.Cutler, Richard J.Zeckhauser : “Adverse selection in health insurance”

Paul Fenn “Financing long term care : the potential for insurance”

David Cutler, Louise Steiner : “Policy options for long term-care”

ANNEXE 9 : Comparaison des dispositifs de prise en charge des personnes âgées et personnes handicapées (tableau tiré du rapport du sénateur P Blanc)

	Dispositif Personnes handicapées, PCH	Dispositif Personnes âgées, APA
Les Principes généraux (lois du 20/07/01 et du 11/02/05)	<p>-Droit des PH à compensation du handicap "quels que soient origine du handicap, âge et mode de vie". Besoins de compensation inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et aspirations de la PH tels qu'exprimés dans projet de vie. L'allocation (PCH), est un volet du droit à compensation (autres éléments : lieu de vie, ressources garanties...).</p> <p>- A droit à PCH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tte PH dont âge inf. ou = âge limite fixé par (D.) et dont hand correspond à critères définis par (D.)²¹⁰. - Tte PH dont âge sup. à âge limite fixé par (D.) mais dont le handicap répondait avant cet âge aux critères si la demande est formulée avant âge fixé par D. - Tte PH dont âge sup. à âge limite fixé par (D.) mais exerçant une activité professionnelle. 	<p>- A droit à une APA permettant une prise en charge adaptée à ses besoins, "toute PA dans l'incapacité d'assumer les conséquences de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental".</p> <p>- APA accordée dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire à tte PA remplissant cond d'âge fixé par (D.) et perte d'autonomie évaluée selon grille nationale fixée par (D.)</p>

²¹⁰ Les principaux éléments de ce décret du 19 décembre 2005 sont les suivants :

- " La limite d'âge maximale pour solliciter la prestation de compensation est fixée à soixante ans."

- "A le droit à la prestation de compensation, dans les conditions prévues au présent chapitre pour chacun des éléments prévus à l'article L. 245-3, la personne qui présente une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités telles que définies dans le référentiel figurant en annexe".

	Dispositif Personnes handicapées, PCH	Dispositif Personnes âgées, APA
1- Compensation Domicile		
Conditions d'attribution	<ul style="list-style-type: none"> - résidence - critères /handicap fixés par (D. = difficulté absolue /réalisation 1 activité ou grave/ réalisation 2 activités)) - âge (D.) 	<ul style="list-style-type: none"> - résidence - classement selon grille (D. =AGGIR) - âge (D.) - Les bénéficiaires de PCH qui dépassent l'âge fixé par (D.) peuvent choisir APA ou PCH
Nature des aides	<ul style="list-style-type: none"> - PCH couvre : <ul style="list-style-type: none"> - aides humaines (conditions /D., pour "actes essentiels de la vie quotidienne", vie sociale, surveillance, vie profess.). - aides techniques (D.) - aménagement logement (D.) et véhicule - acquisition de produits nécessaires - aides animalières - PCH inaccessible insaisissable 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépenses "de toutes natures", relevant d'un plan d'aide élaboré par Equipe médico-sociale.
Montant, tarifs, Modulation	<p>Principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nomenclature et tarifs nationaux fixés pour chaque catégorie d'aide (D.). - Maxima fixés pour chaque catégorie d'aide. - Pour aide humaine, tarifs différents selon statut (pas qualification) des aidants. - Pour aides techniques : majoration possible pour aides coûteuses 	<p>Principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarif national fixé par D. selon d° perte d'autonomie - Montant max. du plan d'aide fixé selon d° perte autonomie - Modulation tarif selon qualification tierce personne (aidants)
Participation bénéficiaire	<p>Principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - taux de prise en charge selon ressources (D.) (ressources exclues : revenus activité prof. Bénéficiaire et conjoint, certains rev. de remplact., rentes accidt trav., rente viagère constituée par bénéficiaire ou ses proches, prest. spécif. fixées par D.). - Fonds départemental de compensation (composition : contributeurs divers) peut accorder aides pour frais restant à charge. - <i>Sans</i> obligation alimentaire, ni récupération /succession, ni/meilleure fortune 	<p>Principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation du bénéficiaire selon ressources, barème nat. (D.) (ressources exclues : rentes viagères constituées par bénéficiaire ou ses proches, participation enfants, prest. spécif. fixées par (D. dont alloc logement), - <i>Sans</i> obligation alimentaire, ni récupération /succession, ni/meilleure fortune
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe pluridisciplinaire de la MDPH (+ éventuels spécialistes) - Evaluation du niveau de difficulté pour activités listées dans référentiel (D.) débouche sur accès ou non au droit à compensation et détermine besoins de compensation - Elabore plan de compensation selon évaluation et projet de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe médico-sociale relevant du CG (appel possible à spécialistes) - Evaluation /classement selon grille nat. (D.) - Elabore et propose plan d'aide (si montant > plafond, différentiel reste à charge de la personne)
Décision	<ul style="list-style-type: none"> - CDAPH sur proposition équipe pluridisc. 	<ul style="list-style-type: none"> - PCG sur proposition Equipe médico-sociale et commission dont composition fixée par (D.)
	Dispositif Personnes handicapées, PCH	Dispositif Personnes âgées, APA

2- Etablissements:		
Condition d'entrée	Orientation par la CDAPH L'établissement choisi ne peut refuser l'accueil d'une PH s'il est agréé pour la catégorie de handicap correspondant à l'orientation par CDAPH	Pas de décision administrative d'orientation. Entente directe établissement/bénéficiaire ou sa famille sur accueil
Principes de tarification	On distingue : -tarifs hébergement (TH, arrêtés /PCG) -tarifs assurance maladie (TAM, arrêtés /Etat) Les MAS n'ont qu'un tarif (TAM) ; les FAM en ont deux; les autres foyers un seul (TH)	On distingue : -tarifs hébergement (TH, arrêtés/PCG ou fixé librement par contrat dans le secteur privé lucratif) - tarifs dépendance (TD, arrêtés /PCG avis Etat) - tarif assurance maladie (TAM, arrêtés /Etat avis PCG et CRAM) Tarification ternaire applicable à <i>tous</i> EHPAD. Conventions avec PCG et Préfet (sauf petits établissements)
Prestation Autonomie	- La PCH peut être maintenue en cas d'hébergement en établissement pour adultes handicapés ou hospitalisation. : conditions d'attribution et de réduction (D./aide humaine), conditions d'attribution (D. / autres éléments de compensation)	- Montant de l'APA = tarif agréé de l'établissement pour le d° d'autonomie correspondant grille nat., diminué d'un ticket modérateur à charge de la PA. Versé en dotation globale ou individuellement par la PA. - Décision attribution APA: si APA individuelle, PCG sur proposition d'une commission qu'il préside (incluant ass. mal et autres partenaires. Composition /D.). - Peut être versée en dotation globale directement à l'établissement si accord bénéficiaire
Participation du bénéficiaire	- TH : à charge bénéficiaire; aide soc subsidiairement, <i>sans</i> obligation alimentaire, ni récupération /succession, ni/meilleure fortune. Fonds départemental de compensation <i>peut</i> accorder aides pour frais restant à charge. - Personnes hébergées en établissement pour PH qui passent en EHPAD : - <i>sans</i> obligation alimentaire, ni récupération /succession, ni/meilleure fortune. - TAM : pas de participation	- TH : à charge bénéficiaire; aide soc subsidiairement, - en général, <i>avec</i> oblig. alim., récup /succession et /meilleure fortune. - mais, pour anciennes PH qui étaient hébergées en établissement pour PH et pour personnes dont l'incapacité est sup. à un % fixé (D.), <i>sans</i> obligation alimentaire, ni récupération /succession, ni/meilleure fortune. - TD : - Partie prise en charge par départ. <i>sans</i> obligation alimentaire, ni récupération /succession, ni/meilleure fortune. - Participation du bénéficiaire selon ressources. Peut subsidiairement être prise en charge /aide soc. <i>avec</i> oblig. alim., récup /succession et /meilleure fortune. - TAM : pas de participation

"Reste à vivre"	10 % de ses ressources, ce montant ne pouvant être inférieur à 30 % du montant mensuel de l'AAH (ce montant peut varier en fonction de caractère à temps plein ou partiel de l'accueil en établissement, des charges de familles et de l'exercice ou non d'une activité professionnelles).	10 % des ressources. La somme mensuelle minimum laissée à disposition ne peut être inférieur à 1% du montant annuel du minimum vieillesse
Politique publique		
Engagement stratégique territorialisé	- Schéma départemental obligatoire arrêté par PCG après concertation/ Préfet (dont il intègre les propositions/ actions de compétence et financement "Etat") et avis du CROSM. - L'Etat établit au niveau régional les PRIAC / actions relevant de sa compétence	- Schéma départemental obligatoire arrêté par PCG après concertation/ Préfet (dont il intègre les propositions/ actions de compétence et financement "Etat") et avis du CROSM. Ce schéma définit notamment les territoires de coordination. - L'Etat établit au niveau régional les PRIAC/ actions relevant de sa compétence
Dispositifs départementaux	- MDPH. Obligatoire, unique /département (antennes localisées possibles). GIP. Etablit les liens avec PH, informe, organise l'évaluation, gère le fonds de compensation. "Peut travailler en liaison avec les CLIC". - CDAPH : 4 types de décisions relatives au travail, 4 à l'attribution d'allocations, 1 à l'orientation (établissement, service), 1 aux avantages des aidants, 2 aux cartes (invalidité, priorité), + 6/ scolarité. Ces décisions prises sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire concernent dans le principe tous handicaps (D.). - La CDAPH statue sur l'accompagnement des PH de plus de 60 ans hébergées dans un établissement pour adultes handicapés	CLIC. Services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation, prévus par schémas gérontologiques sur territoires de proximité. Forme juridique variable. Animent, informent, coordonnent, peuvent comporter équipe médico-sociale d'évaluation.
Dispositif national	- CNSA. Anime le réseau des MDPH et réseau partenarial PH. Apporte une assistance technique. Attribue aux départements les dotations correspondant aux différentes enveloppes (dont concours financement APA versés aux départements, et enveloppes ONDAM, qui "peuvent être réparties en dotations affectées selon catégories de bénéficiaires"). Organise dans les PRIAC la programmation financière des établissements et services financés par l'ass mal. Dispose de crédits / animation, prévention, étude, d'enveloppes particulières pour certaines actions (handicap psy et Entr'aide mutuelle) et pour le fonctionnement des MDPH. - Ministère-DGAS. Contribue à l'élaboration de la réglementation. Co-pilote avec CNSA certaines actions	- CNSA. Anime le réseau partenarial / PA. Apporte une assistance technique. Attribue aux départements les dotations correspondant aux différentes enveloppes (dont concours financement APA versés aux départements, et enveloppes ONDAM, qui "peuvent être réparties en dotations affectées selon catégories de bénéficiaires"). Organise dans les PRIAC la programmation financière des établissements et services financés par l'ass mal. Dispose de crédits / animation, prévention, étude et pour promouvoir les actions innovantes et le renforcement de la professionnalisation des métiers de service aux PA. - Ministère-DGAS. Contribue à l'élaboration de la réglementation. Co-pilote avec CNSA certaines actions

**ANNEXE 10 : SYNTHESE DES AIDES FISCALES
CONTRIBUANT A LA SOLVABILISATION DU RISQUE DEPENDANCE (SOURCE
DGTPE)**

Comme l'illustre la Cour des Comptes dans son rapport « les personnes âgées dépendantes » de novembre 2005, les dépenses publiques rattachables à la prise en charge de la dépendance sont difficilement identifiables. Nous reprenons ces travaux et abordons les aides suivant trois niveaux :

- I. Les aides spécifiquement consacrées aux personnes âgées dépendantes.
- II. Les aides consacrées plus généralement aux personnes en perte d'autonomie (handicap, invalidité, dépendance).
- III. Les aides non spécifiquement consacrées aux personnes âgées dépendantes mais contribuant significativement à solvabiliser leurs dépenses.

Dans la deuxième catégorie, nous assimilons les montants attribués aux foyers avec au moins un pensionné de plus de 75 ans à des dépenses destinées aux personnes âgées dépendantes.

Dans la troisième catégorie, nous isolons suivant le même principe d'une part les dispositions fiscales spécifiques aux pensionnés et personnes âgées et dont ne bénéficient pas les autres foyers fiscaux, d'autre part des mesures bénéficiant à un public plus large mais massivement utilisées par les personnes âgées dépendantes, l'exemple typique étant la réduction d'impôt sur le revenu pour l'emploi à domicile.

Nous approximons les sommes bénéficiant aux personnes dépendantes dans une fourchette comprise entre 30% (part des personnes dépendantes parmi les plus de 75 ans) et 100% des montants attribués aux foyers avec au moins une personne âgée de plus de 75 ans.

Enfin, nous mentionnons certaines mesures retenues par la Cour des Comptes mais exclues par notre classement.

Au total, les dépenses fiscales bénéficiant aux personnes âgées dépendantes sont estimées dans une fourchette de **810 – 1530 M euros** en 2005.

En M€ :	DGTPE (2005) :		Cour des Comptes (2004) :		Remarques
	Dépenses dépendance	Dépense totale	Dépenses (>60 ans)	Dépense totale	
Catégorie I :					
Exonération de l'APA pour l'impôt sur le revenu	190	190	130	130	Cour : chiffrage 2004, DGTPE donnée 2005
Réduction d'impôt sur le revenu au titre des dépenses afférentes à la dépendance supportées par les personnes âgées en établissements	47	47	60	60	Montant total retenu (chiffrage pour les foyers avec un pensionné de plus de 75 ans : 38 M euros) Extension en PLF 2007 plafond et frais d'hébergement : coût supplémentaire 70 Meuros.
Déduction forfaitaire en cas d'hébergement d'une personne dépendante par les descendants	26	26			Les foyers qui ont porté un montant forfaitaire exact de 3051 euros sont pris en compte
Sous Total I :	263	263	190	190	
Mesure PLF 2007 : extension des réductions	70	70			

d'IR (plafond et frais d'hébergement).						
Sous Total I avec mesure nouvelle	333	333	260	260		
Catégorie II :						
Majoration du quotient familial pour invalidité sans limite d'âge	110	325	96	320		Calcul CdC 30% de plus de 60 ans, calcul DGTPE : foyers avec au moins un membre de plus de 75 ans (110 M euros)
Crédit d'impôt pour les équipements conçus pour les personnes âgées et handicapées	8	19	-	60		CdC : Pas de répartition, DGTPE : foyers avec membre de plus de 75 ans
Taux de TVA réduit sur certains matériels	122	290	-	310		Pas de répartition par la Cour des Comptes. Part des personnes âgées de plus de 75 ans pour le crédit d'impôt pour l'achat de matériels
Sous Total II :	240	634	96	690		
Total I-II :	503	897	286	880		
Total I-II avec mesure nouvelle :	573	967				
Catégorie III :	30%	100%				
Majoration du quotient avec limites d'âge :	54	180	180			Pour les plus de 75 ans titulaires de la carte du combattant, victime de guerre
Abattements applicables sur le revenu global	66	220	220	218	218	Bénéficient à toutes les personnes âgées de plus de 65 ans sous conditions de ressources et invalidité.
Réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile	150	500	1900	857	1715	CdC : part de 50%, DGTPE : foyers avec au moins un membre de plus de 75 ans
Exonération taxe sur les salaires pour les rémunérations versées aux salariés à domicile	37,5	125	480	200	400	26% des rémunérations versées aux aides à domicile par personnes plus de 75 ans (selon données sur réduction impôt)
Sous Total III :	307,5	1025	2781	1275	2333	
Total (I+II+III)	810,5	1528	3678	1561	3213	
Total (I+II+III) avec mesure nouvelle	880,5	1598	3748			
IV) Aides non retenues mais figurant dans le rapport de la cour des comptes et ne favorisant particulièrement les personnes âgées dépendantes / aux						

autres personnes âgées					
Majoration quotient familial pour les contribuables vivant effectivement seuls et ayant eu au moins un enfant à charge	355	1500	1155	1540	Cour : ratio de 75%, DGI foyers de plus de 75 ans
Abattement de 10% sur les pensions pour l'impôt sur les revenus	661	2190	2050	2050	Cour : montant total ; DGI part des +75 ans
Exonération de la majoration de pension des contribuables ayant élevé au moins de trois enfants pour l'impôt sur le revenu		500	435	435	Cour : montant total
Exonérations de taxe d'habitation	1129	1394	1000	1000	CdC : part de 77%, DGI : foyers plus de 60 ans
Dégrèvement taxe foncière de 65 à 75 ans	55	55	563	563	
Exonérations taxe foncière		348		313	
Plafonnement de la taxe d'habitation pour les revenus modestes	611	2090			Part des foyers de plus de 60 ans
Dégrèvement redevance audiovisuelle	441	589		100	Foyers de plus de 60 ans

Description des principales dépenses fiscales aux personnes âgées

I) Aides spécifiquement consacrées aux personnes âgées dépendantes :

Réductions d'impôt au titre des dépenses afférentes à la dépendance en établissement :

Une réduction d'impôt de 25% dans la limite annuelle de 3000€ par personne hébergée est accordée au titre des frais de dépendance des personnes âgées en établissement spécialisé.

105 000 foyers ont réellement bénéficié de cette réduction d'impôt pour un coût en 2004 de 47 M euros.

Déduction forfaitaire en cas de prise en charge d'une personne dépendante par les descendants :

Si la personne dépendante ne remplit pas les conditions pour être comptée à charge du foyer à travers le quotient familial ou si le contribuable ne souhaite pas rattacher cette personne à son foyer fiscal (pour éviter par exemple d'être imposé sur le montant de ses revenus), la personne hébergée ouvre néanmoins droit à la déduction, sans justification, d'une somme forfaitaire égale à 3 106 € pour l'imposition des revenus de 2005 au titre des frais d'hébergement et de nourriture.

II) Aides spécifiquement consacrées aux personnes en perte d'autonomie :

Majoration du nombre de parts du quotient familial sans limite d'âge :

Une demi-part supplémentaire est attribuée aux titulaires d'une pension (militaire, accident du travail) pour une invalidité d'au moins 40% ou une carte d'invalidité d'au moins 80% lorsque le déclarant ou le conjoint (couples mariés ou pacsés, veufs si le conjoint est décédé dans l'année d'imposition) remplit ces conditions.

Crédit d'impôt sur les équipements spécialement conçus pour faire face à la perte d'autonomie :

Un crédit d'impôt est accordé à hauteur de 25% des dépenses engagées dans la limite d'un plafond pluriannuel. Ce plafond s'applique pour la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2004. Il est fixé à 4000 euros pour une personne célibataire, veuve ou divorcée, 8000 euros pour un couple marié ou pacsé, majoré de 400 euros par personne à charge dont le premier enfant, 500 euros pour le deuxième enfant et 600 euros pour le troisième.

Ce crédit est valable que le contribuable soit propriétaire, locataire ou occupant à titre gratuit s'il effectue des dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées dans son habitation principale.

30 000 foyers bénéficiaient de ce crédit d'impôt en 2004 pour une réduction de 19 M euros soit un gain moyen de 600 euros. Les trois quarts sont des foyers de retraités.

Taux de TVA réduit :

On peut notamment citer la TVA à taux réduit pour les services à la personne :

La directive européenne du 22 octobre 1999 autorise les Etats membres à appliquer à titre expérimental jusqu'au 31 décembre 2002 un taux réduit de TVA à certains services à forte intensité de main d'œuvre. La commission européenne a accepté de proroger cette mesure expérimentale jusqu'au 31 décembre 2003. En France, elle a permis de soumettre au taux réduit de TVA à 5,5% les services d'aide à la personne fournis par les entreprises agréées.

III) Aides non spécifiquement consacrées aux personnes en perte d'autonomie :

Majoration du nombre de parts de quotient familial avec limite d'âge :

La condition de titulaire de la carte du combattant ou d'une pension militaire d'invalidité ou de victime de guerre permet l'attribution d'une demi-part supplémentaire sous condition d'âge. Les cas sont les suivants :

- célibataires, veufs ou divorcés de plus de 75 ans remplissant cette condition,
- veufs de plus de 75 ans dont le conjoint (décédé l'année d'imposition) remplissait cette condition,
- veufs dont le conjoint de plus de 75 ans (décédé l'année d'imposition) remplissait cette condition,

- couples mariés ou pacsés dont l'un des deux conjoints a plus de 75 ans et remplit cette condition.

L'avantage en impôt procuré par cette demi-part est plafonné à 2 121 euros.

Dans les déclarations de revenus 2004, 220 000 foyers fiscaux bénéficiaient de cette demi-part supplémentaire pour une dépense fiscale de 180 M euros. Pour les foyers avec au moins un pensionné, le coût budgétaire s'élevait également à 180 M euros.

Abattements applicables sur le revenu global :

Les personnes âgées de plus de 65 ans ou invalides quel que soit leur âge bénéficient d'un abattement sur leur revenu net global sous condition de ressources. Cet abattement est doublé si les deux conjoints remplissent les conditions d'âge ou d'invalidité.

Le foyer peut déduire de son revenu net global une somme de 1674 euros si ce revenu n'excède pas 10 310 euros et 837 euros s'il est compris entre 10310 euros et 16650 euros. Aucun abattement n'est appliqué au-delà de 16 650 euros de revenu net global.

Le coût budgétaire est de 220 M euros pour 1,4 million de foyers bénéficiaires. Le gain moyen est de 160 euros par foyer bénéficiaire.

Réductions d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile :

Réduction d'impôt égale à 50% des dépenses retenues dans la limite annuelle de 10 000 euros ou de 13 800 euros si un membre du foyer fiscal est titulaire d'une carte d'invalidité d'au moins 80%.

1,8 million de foyers ont effectivement bénéficié de la réduction. La dépense fiscale totale est de 1,9 Md euros. Parmi ces 1,8 million de foyers 0,9 million sont des foyers avec au moins un pensionné pour une dépense de 0,8 Md euros. Dans ce cas, la réduction moyenne est de 900 euros.

ANNEXE 11 : LES AIDES A LA DEPENDANCE : UNE ETUDE DE CAS TYPES

(SOURCE : DGTPE)

Une personne dépendante bénéficie d'aides publiques dont la nature (fiscale ou sociale) et le montant varie selon son niveau de dépendance, son revenu, la composition de son foyer et son mode d'hébergement (en établissement ou à domicile). Face à la dispersion des dépenses afférentes à la dépendance, la diversité des dispositifs de prise en charge et la multiplicité des critères retenus, une approche par cas-types apparaît utile pour déterminer le montant des dépenses, des aides publiques, et le reste à charge pour les personnes dépendantes..

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dont bénéficient les personnes ayant un niveau élevé de dépendance, permet une prise en charge satisfaisante des dépenses pour les personnes vivant à domicile et dotées de faibles ressources. Elle décroît ensuite avec le revenu, contrairement à l'APA versée en établissement ; pour cette dernière, le montant du reste à charge est significatif pour les faibles revenus.

Pour les personnes imposables, le reste à charge après bénéfice des prestations (APA ou aide ménagère) ouvre droit à des réductions d'impôt sur le revenu, dont le montant croît avec celui-ci dans la limite des plafonds. A cela s'ajoutent les avantages associés à la détention de la carte invalidité, qui compte pour une demi ou une part de quotient familial supplémentaire.

Ainsi, le profil des aides à la dépendance en fonction du revenu pour les personnes à domicile suit une courbe en L pour les personnes non invalides, en U pour les titulaires de la carte invalidité. Pour les personnes en établissement, les aides sont croissantes en fonction du revenu, avec un plafonnement pour les personnes non invalides. Cette analyse ne tient toutefois pas compte de l'aide sociale des départements, pour laquelle il n'existe pas de barème unifié, mais qui peut apporter un complément de ressources important pour les bas revenus.

I. Principe de construction des cas-types

Les dispositifs d'aide à la dépendance varient en fonction de la situation familiale du bénéficiaire, de son niveau de dépendance et de son revenu. On peut isoler quatre types de situations familiales, selon que la personne âgée vit :

- seule à son domicile
- avec son conjoint à son domicile
- dans un établissement spécialisé
- chez un tiers

60% des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) vivent à domicile et 40% en institution spécialisée. Les bénéficiaires de l'APA à domicile sont 43% à vivre seuls chez eux, 41% à vivre chez eux avec d'autres personnes (essentiellement leur conjoint) et 16% à vivre chez un tiers (chiffres DREES211).

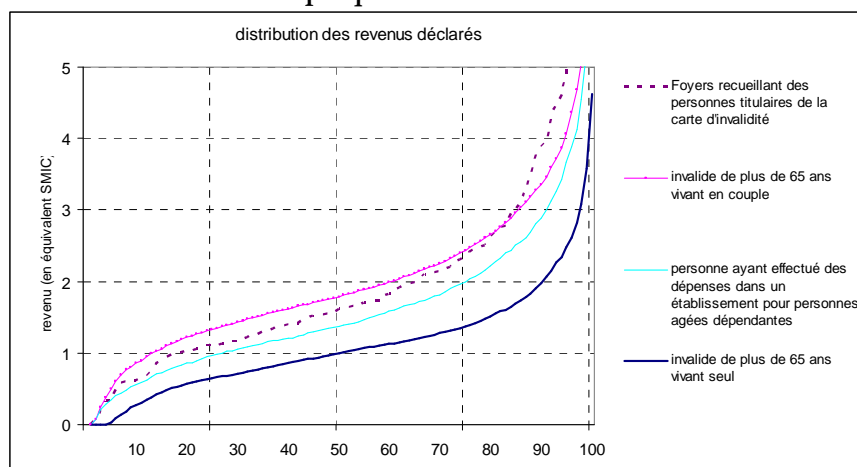
Selon le niveau de dépendance, les aides sont différentes. On peut distinguer :

- la dépendance ouvrant le droit à l'aide ménagère (groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6)
- la dépendance ouvrant droit à l'APA (GIR 1 à 4)
- la dépendance donnant droit à une carte d'invalidité

On s'intéresse uniquement aux personnes de plus de 65 ans et on suppose que toutes les personnes détentrices de la carte d'invalidité sont bénéficiaires de l'APA. De plus, afin d'isoler l'impact de ces aides, nous étudions également le cas d'une personne âgée qui bénéficie uniquement des exonérations fiscales.

Les différents cas-types sont construits en combinant ces situations familiales et ces niveaux de dépendance. Deux niveaux de revenus sont étudiés pour chaque configuration : le revenu moyen et celui du 3^{ème} quartile²¹², tels qu'ils peuvent être estimés au sein de chaque sous-groupe à partir de l'échantillon des déclarations fiscales²¹³.

Graphique 1 : distribution des revenus



Source : DGTPE – FIPU 2 ;

Note de lecture : Parmi les invalides de plus de 65 ans, 50% perçoivent un revenu inférieur au niveau d'un SMIC.

Il est clair que la quantité d'aide nécessaire est très liée au niveau de dépendance. Les individus de GIR 5 ou 6 qui donc ne bénéficient pas de l'APA ont des besoins en termes d'aide moins importants. A l'inverse,

211 Etudes et Résultats n° 459 et 503

212 Sauf dans le cas d'une personne âgée vivant seule, où le 3^{ème} quartile n'était pas suffisamment différent de la moyenne. On s'intéresse alors au 9^{ème} décile.

213 On isole au sein des déclarations fiscales quatre sous-groupes : les invalides de plus de 65 ans vivant seuls, les invalides de plus de 65 ans vivant en couple, les personnes ayant effectué des dépenses dans un établissement spécialisé pour personnes âgées dépendantes et les foyers accueillant des personnes titulaires de la carte d'invalidité.

les détenteurs de la carte invalidité ont vraisemblablement des besoins plus conséquents. Au sein des bénéficiaires de l'APA, il existe une dispersion importante des plans d'aide : en moyenne, les plans d'aide à domicile pour les bénéficiaires de l'APA de GIR 1 sont 2,7 fois plus élevés que pour ceux d'une personne de GIR 4. La situation familiale peut également avoir une influence sur la quantité d'aide nécessaire.

Toutefois, afin de pouvoir comparer les différents cas-types, on utilise pour la quantité d'aide nécessaire la même hypothèse : le montant du plan d'aide à domicile est de 479 € 214 par mois et le forfait dépendance en institution est de 405 € 215 par mois, dont 276 € pris en charge par l'APA. L'aide ménagère a donc été calibrée de façon à correspondre à un montant en nature de 479 €, ce qui correspond à 28 heures par mois. Cette approche par le plan d'aide moyen est complétée dans les parties II.3. et V.2. en isolant les GIR 1 et 4.

Les aides prises en compte sont (cf. annexe pour plus de détail) :

- l'aide ménagère
- l'APA
- la déduction fiscale de 50% des dépenses pour un salarié à domicile sur le reste à payer
- la déduction fiscale de 25% du forfait dépendance et hébergement²¹⁶, lorsque la personne est dans un établissement spécialisé
- la demi ou la part supplémentaire liée à la carte invalidité
- un abattement forfaitaire du revenu imposable de 3 106 euros pour frais d'accueil lorsque la personne âgée est sans ressource et qu'elle vit chez une tierce personne
- l'abattement pour les personnes de plus de 65 ans (sous condition de ressources)

On ne prend pas en compte les réductions d'impôt liées aux dépenses d'équipement, car elles sont très peu fréquentes dans l'échantillon des déclarations.

II. Cas d'une personne âgée vivant seule à son domicile

II.1. Présentation des cas-types

Les personnes âgées ayant besoin d'une aide à domicile peuvent bénéficier de l'aide ménagère ou de l'APA. L'aide ménagère permet de recevoir directement en nature le service d'aide à domicile. Elle n'est pas cumulable avec l'APA, qui est réservée aux personnes dépendantes de GIR 1 à 4. Ces deux dispositifs permettent de prendre en charge une partie des dépenses de salariés à domicile, le reste à charge dépendant du revenu et donnant lieu à une réduction d'impôt. Les personnes âgées bénéficient de plus d'un abattement sous condition de ressource sur leur revenu et les personnes titulaires de la carte invalidité bénéficient d'une demi-part supplémentaire.

Tableau 1 : Personne vivant seule à son domicile, percevant un revenu net équivalent à un SMIC (985 euros par mois)

	réduction d'impôt	Réduction d'impôt + aide ménagère	Réduction d'impôt + APA	réduction d'impôt + APA+invalidité
aide ménagère (en nature)	-	349	-	-
APA	-	-	407	407
Baisse de l'impôt sur le revenu	6	6	6	6
aide à la dépendance	6	355	413	413
Reste à charge	473	124	66	66

²¹⁴ Montant moyen sur l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile (DREES, Etudes et Résultats n° 503)

²¹⁵ Montant moyen sur l'ensemble des bénéficiaires de l'APA en établissement (DREES, Etudes et Résultats n° 503)

²¹⁶ La loi de finances 2007 a élargi la réduction d'impôt sur le revenu pour les personnes âgées dépendantes hospitalisées en incluant les dépenses d'hébergement et relevé le plafond à 10.000 euros (contre 3.000 euros actuellement).

Taux d'effort ²¹⁷	48%	13%	7%	7%
------------------------------	-----	-----	----	----

Le revenu moyen pour les bénéficiaires de l'APA à domicile vivant seuls chez eux est d'environ un SMIC. Dans ce cas, la réduction d'impôt liée à l'exonération des dépenses de salariés à domicile permet de ne plus payer l'impôt sur le revenu (soit une économie de 6 euros par mois). L'aide ménagère correspond à une aide en nature qui peut être estimée à 349 euros (après déduction de la participation horaire, cf. annexe), soit $\frac{3}{4}$ du plan d'aide. Si la personne bénéficie de l'APA, le montant s'élève à 407 euros par mois (85% du plan d'aide). Au total, son revenu est amélioré de 413 euros par mois. Le montant total du plan d'aide étant de 479 euros par mois, 66 euros restent à sa charge, ce qui correspond à 7% de son revenu (taux d'effort). La détention d'une carte d'invalidité ne permet pas de gain supplémentaire de revenu, l'impôt étant déjà nul sans le bénéfice de la $\frac{1}{2}$ part supplémentaire.

Les déductions fiscales représentent un avantage très faible dans ce cas-type car le montant de l'impôt avant déduction est faible. Dans le cas d'une personne âgée vivant à son domicile et percevant un revenu équivalent à deux SMIC²¹⁸ (tableau 2), les déductions d'impôt sur le revenu sont sensiblement plus importantes. L'APA permet de prendre en charge 40% du plan d'aide, mais compte tenu des déductions fiscales, seul 30% du plan d'aide reste effectivement à charge de la personne. Le taux d'effort est alors comme dans le cas précédent de 7%. La détention de la carte d'invalidité permet d'accroître encore le revenu de 41€ par mois et de faire baisser le taux d'effort à 5%.

Tableau 2 : Personne vivant seule à son domicile, percevant un revenu net équivalent à deux SMIC (1 969 euros par mois)

	réduction d'impôt	Réduction d'impôt + aide ménagère	réduction d'impôt + APA	réduction d'impôt + APA+invalidité
aide ménagère (en nature)	-	135	-	-
APA	-	-	191	191
Baisse de l'impôt sur le revenu	185	172	144	185
aide à la dépendance	185	306	335	376
Reste à charge	294	173	144	103
Taux d'effort	15%	9%	7%	5%

Le bénéfice de l'aide ménagère ou de l'APA est amoindri par une moindre déduction fiscale : le gain net correspondant à 1 euro d'APA n'est que de 50 centimes, sauf si le montant de l'impôt payé avant déduction est insuffisant pour déduire l'ensemble du reste à charge.

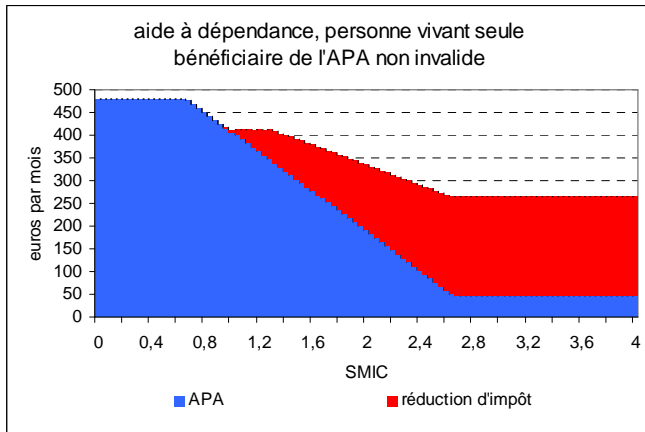
II.2. Profil de l'aide en fonction du revenu

L'APA à domicile est une prestation redistributive, par construction de son barème. En revanche, les exonérations d'impôt augmentent avec le revenu pour deux raisons : d'une part, elles sont de fait plafonnées par le niveau de l'impôt payé et d'autre part, elles sont proportionnelles au reste à charge. Enfin, la demi-part supplémentaire pour invalidité est clairement anti-redistributive. Au total, l'aide à la dépendance est globalement en forme de L pour les bénéficiaires de l'APA non invalides (graphique 2) et en forme de U pour les bénéficiaires disposant de la carte d'invalidité (graphique 3).

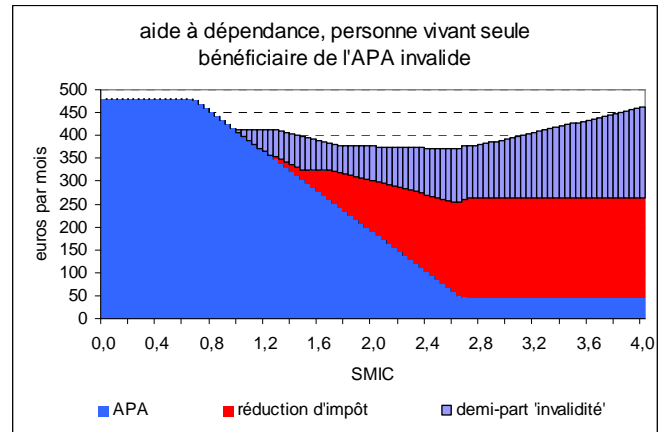
²¹⁷ Le taux d'effort est le ratio entre la partie du plan d'aide que la personne doit financer, compte tenu des aides dont elle dispose (reste à charge) et son revenu.

²¹⁸ Niveau de revenu correspondant à peu près au dernier décile, parmi les personnes invalides de plus de 65 ans vivant seules chez elles.

Graphique 2

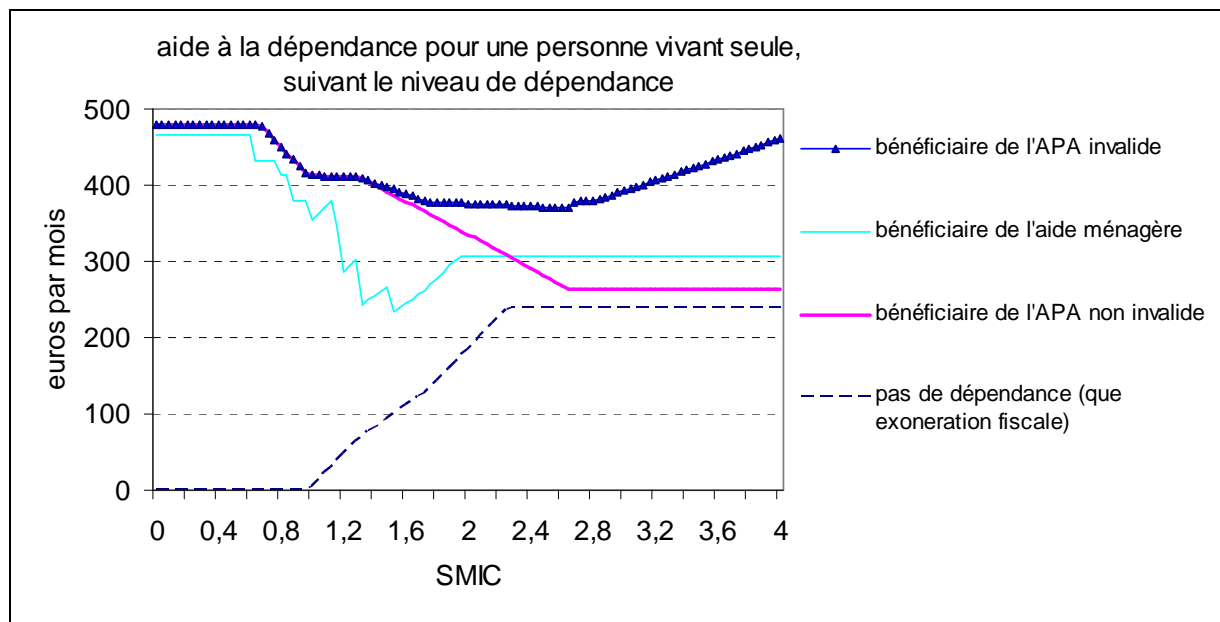


Graphique 3



Dans le cas d'une personne âgée à domicile percevant moins d'1½ SMIC, l'APA apporte un supplément de revenu important, mais la carte invalidité est « inutile ». A l'inverse, au delà de 2½ SMIC, l'APA procure un supplément de revenu faible, mais la possession de la carte invalidité permet une amélioration importante du revenu (graphique 4).

Graphique 4



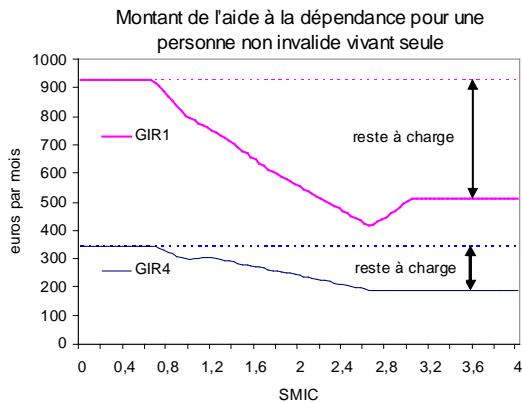
II.3. Profil du reste à charge en fonction du niveau de dépendance

Les règles de calcul du ticket modérateur de l'APA sont les mêmes, quel que soit le niveau de dépendance, mais la quantité d'aide nécessaire et le plafond varie. D'après les données de la DREES, les bénéficiaires de l'APA à domicile de GIR 1 bénéficient en moyenne d'un plan d'aide de 925 euros, contre 344 euros pour les GIR 4. Le reste à charge évolue alors en fonction des revenus de la manière suivante (graphique 5 et 6) :

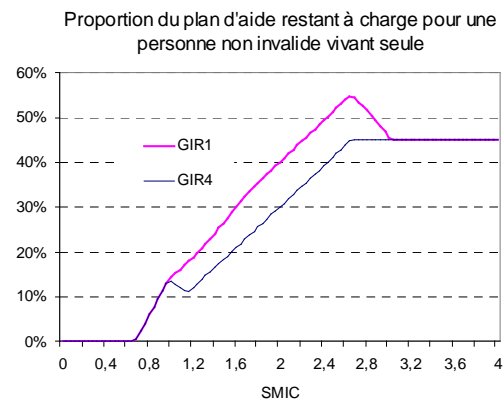
- Pour les revenus inférieurs à 0,68 SMIC, l'ensemble du plan d'aide à la dépendance est pris en charge par l'APA. Le reste à charge est donc nul quel que soit le niveau de dépendance.

- Entre 0,68 et 2,68 SMIC, le ticket modérateur de l'APA augmente, mais les dépenses restant à charge sont déductibles à hauteur de 50%. Les individus de GIR 1, pour qui le reste à charge est plus important en valeur absolue, ne peuvent pas bénéficier de la totalité de la déduction, car l'impôt sur le revenu payé n'est pas suffisant. Ceci explique que le reste à charge proportionnellement au plan d'aide soit plus important jusqu'à 3 SMIC pour les dépendances les plus lourdes.
- A partir de 2,68 SMIC, l'APA prend en charge 10% du plan d'aide et la moitié des dépenses restantes à charge peut être déduite de l'impôt sur le revenu (à partir de 3 SMIC pour les GIR 1). Le reste à charge est donc de 45%, quelque soit le niveau de dépendance.

Graphique 5



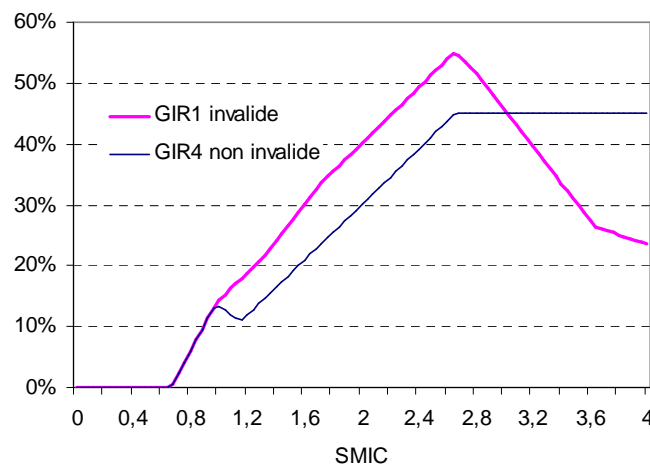
Graphique 6



Une personne de GIR 1 est fortement dépendante et donc susceptible de détenir la carte invalidité, ce qui fait fortement baisser le reste à charge pour les revenus supérieurs à 2 ½ SMIC. Au delà de 3 SMIC, la prise en charge d'une personne invalide de GIR 1 est proportionnellement plus importante que pour une personne dépendante non invalide de GIR 4 (graphique 7)

Graphique 7

Proportion du plan d'aide restant à charge pour une personne vivant seule



III. Une personne âgée dépendante vivant à son domicile avec son conjoint

Le calcul des montants de l'aide ménagère et de l'APA en fonction du revenu diffère si la personne vit avec son conjoint²¹⁹. Pour un même montant moyen du plan d'aide de 479 euros, la personne dépendante vivant à son domicile avec son conjoint avec un revenu global équivalent à deux SMIC perçoit une aide de 414 euros par mois si elle touche l'APA, qu'elle soit invalide ou non (tableau 3). Ceci correspond à l'aide totale accordée à une personne isolée percevant un SMIC.

Pour un niveau de revenu correspondant au dernier quartile (2½ SMIC), les bénéficiaires de l'APA reçoivent une aide totale de 392 euros s'ils ne disposent pas de la carte invalidité et de 429 euros s'ils sont invalides (tableau 4). Comme dans le cas d'une personne isolée, la demi-part accordée pour invalidité n'est profitable qu'à partir d'un certain niveau de revenu.

Tableau 3 : Personne vivant avec son conjoint à domicile, percevant un revenu net équivalent à deux SMIC (1 969 euros par mois)

	réduction d'impôt	réduction d'impôt + aide ménagère	Réduction d'impôt + APA	réduction d'impôt + APA+invalidité
aide ménagère (en nature)		238		
APA			369	369
baisse de l'impôt sur le revenu	45	45	45	45
aide à la dépendance	45	284	414	414
reste à charge	434	195	65	65
taux d'effort	22%	10%	3%	3%

Tableau 4 : Personne vivant avec son conjoint à domicile, percevant un revenu net équivalent à deux SMIC et demi (2 471 € par mois)

	Réduction d'impôt	réduction d'impôt + aide ménagère	réduction d'impôt + APA	réduction d'impôt + APA+invalidité
aide ménagère (en nature)		135		
APA			304	304
baisse de l'impôt sur le revenu	124	124	87	124
aide à la dépendance	124	259	392	429
reste à charge	355	220	87	50
taux d'effort	14%	9%	4%	2%

IV. Une personne âgée dépendante vivant chez un tiers

Si la personne âgée dispose de ressources suffisantes et qu'elle n'est pas invalide, elle remplit sa propre déclaration fiscale et du point de vue des aides étudiées ici, tout se passe comme si elle vivait seule. Les descendants peuvent déduire de leur propre déclaration les dépenses d'un salarié à domicile pour s'occuper de la personne âgée ou, si cela se justifie, une pension alimentaire²²⁰. Ce choix résulte

²¹⁹ L'APA est une prestation individuelle. Lorsque le demandeur vit en couple, ce principe implique de déterminer sa situation personnelle au regard des ressources du couple. Celles-ci sont ainsi divisées par un facteur de 1,7. Les deux cas cités correspondent pour le calcul des montants d'APA à une personne percevant respectivement 1,2 SMIC (revenu du couple de 2 SMIC) et 1,7 SMIC (revenu de 2,5 SMIC) à titre individuel.

²²⁰ Ceci est possible que leur ascendant loge chez eux ou pas.

probablement d'une optimisation dans le calcul des impôts payés d'une part par la personne âgée et d'autre part par les descendants.

Lorsque l'ascendant est sans ressource et vit au domicile de ses enfants, ceux-ci peuvent déduire de leur revenu imposable une somme forfaitaire de 3 106 euros, ou déduire de leurs impôts la moitié des dépenses correspondant à l'emploi d'un salarié à domicile. Si l'ascendant est invalide, il peut de plus être rattaché au foyer fiscal du descendant qui le loge et compte pour une part pleine. Dans ce cas, les descendants ne peuvent plus déduire de pension. On s'intéresse ici au cas d'une personne âgée sans ressource, hébergée par un de ses enfants et le conjoint de ce dernier (tableaux 5 et 6).

Tableau 5 : Personne sans ressource, vivant chez un de ses enfants et son conjoint, ceux-ci percevant un revenu net équivalent à deux SMIC (1 969 euros par mois)

	réduction d'impôt	réduction d'impôt + aide ménagère	Réduction d'impôt + APA	réduction d'impôt + APA + invalidité
aide ménagère (en nature)		465		
APA			479	479
Baisse de l'impôt sur le revenu ²²¹	45	45	45	42
Baisse de la taxe d'habitation				4
aide à la dépendance	45	510	524	525
reste à charge	434	-31	-45	-46
taux d'effort	22%	-2%	-2%	-2%

Le montant de l'aide ménagère ou de l'APA est ici beaucoup plus important que dans les cas précédents, puisque l'intégralité du plan d'aide est pris en charge : la personne âgée est sans ressource et les revenus des autres membres du foyer ne sont pas pris en compte. En pratique cependant, les plans d'aide accordés aux personnes âgées vivant chez leurs enfants pourraient être plus faibles, les besoins étant estimés moins importants²²². L'avantage de la part de quotient familial supplémentaire apportée par la carte invalidité peut être moins intéressant que la déduction d'une pension alimentaire (les deux avantages ne sont pas cumulables) en ce qui concerne l'impôt sur le revenu. En revanche, elle permet un gain en termes de taxe d'habitation. Le reste à charge est négatif, ce qui signifie que l'aide accordée couvre plus que le plan dépendance.

Plus les ressources du couple hébergeant sont élevées, plus l'aide est importante : le montant de l'APA reste maximal et les avantages fiscaux sont croissants avec le revenu. Ainsi, si le foyer hébergeant la personne âgée sans ressource perçoit un revenu équivalent à 2 ½ SMIC (tableau 6), l'aide à la dépendance peut s'élever à 565 euros par mois pour une personne âgée invalide.

²²¹ Cette baisse est accordée au couple qui loge la personne âgée, mais on somme ici toutes les aides reçues par le ménage, en considérant que les ressources sont partagées.

²²² D'après les chiffres de la DREES (Etudes et Résultats n° 459), parmi les bénéficiaires de l'APA recevant une aide mixte (entourage et professionnel), l'aide professionnelle est de 1h45 par jour pour les personnes vivant seules chez elle contre 1h30 pour celles vivant chez un tiers ou avec d'autres personnes dans un foyer logement.

Tableau 6 : Personne sans ressource, vivant chez un de ses enfants et son conjoint, ceux-ci percevant un revenu net équivalent à deux SMIC et demi (1 969 euros par mois)

	réduction d'impôt	réduction d'impôt + aide ménagère	Réduction d'impôt + APA	réduction d'impôt + APA+invalidité
aide ménagère (en nature)	-	465	-	-
APA	-	-	479	479
Baisse de l'impôt sur le revenu	124	50	50	83
Baisse de la taxe d'habitation	-	-	-	4
aide à la dépendance	124	515	529	565
reste à charge	355	-36	-50	-86
taux d'effort	14%	-1%	-2%	-3%

V. Une personne âgée dépendante vivant en établissement spécialisé

V.1. Présentation des cas-types

Les établissements pour personnes âgées dépendantes tarifient leur coût en trois parties : un forfait dépendance, un forfait soins et un forfait hébergement. L'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance, en prenant en charge l'écart entre le forfait correspondant au GIR de la personne dépendante et le forfait pour les GIR 5-6. Elle fait souvent l'objet d'une dotation globale du conseil général aux établissements. Elle peut être modulée en fonction des ressources, mais cette pratique semble rare et n'est pas prise en compte ici. La partie restant à charge de la personne âgée (la totalité si elle n'est pas bénéficiaire de l'APA) peut être déduite de l'impôt sur le revenu à hauteur de 25% ainsi que le forfait hébergement, selon les dispositions de la Loi de finances 2007. On étudie ici des cas-types où le forfait hébergement est de 1 350 euros par mois²²³ et le forfait dépendance 405 euros par mois, dont 276 euros pris en charge par l'APA.

Tableau 7 : Personne vivant en établissement spécialisé, avec un revenu net équivalent à un SMIC et demi (1 477 euros par mois)

	réduction d'impôt	réduction d'impôt + APA	réduction d'impôt + APA+invalidité
APA	-	276	276
Baisse de l'impôt sur le revenu	97	97	97
aide à la dépendance	97	373	373
Reste à charge hors hébergement	309	33	33
reste à charge	1 659	1 383	1 383
Taux d'effort hors hébergement	21%	2%	2%
taux d'effort	112%	94%	94%

Le revenu net moyen des bénéficiaires de l'APA en institution est d'environ 1 ½ SMIC. Ce niveau de revenu ne permet pas de couvrir les frais d'hébergement et de dépendance si la personne ne bénéficie pas de l'APA. Pour un bénéficiaire de l'APA, l'aide à la dépendance est de 373 euros par mois qu'elle soit invalide ou non. Ceci correspond à un taux d'effort de 94%. Pour le dernier quartile de revenu (tableau 8), l'aide est de 461 euros par mois, soit un taux d'effort de 66%.

²²³ Sur la base d'un prix de journée moyen de 45€. Par ailleurs, la variabilité des prix pratiqués est très élevée.

Tableau 8 : Personne vivant en établissement spécialisé, avec un revenu net équivalent à deux SMIC (1 969 euros par mois)

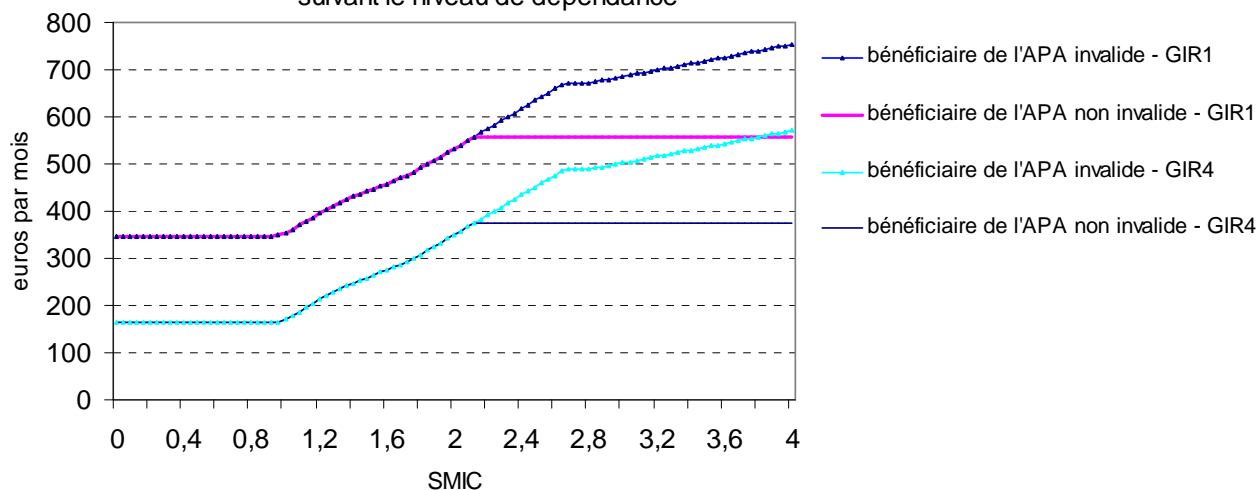
	réduction d'impôt	réduction d'impôt + APA	réduction d'impôt + APA+invalidité
APA	-	276	276
Baisse de l'impôt sur le revenu	185	185	185
aide à la dépendance	185	461	461
Reste à charge hors hébergement	220	-56	-56
reste à charge	1 570	1 294	1 294
Taux d'effort hors hébergement	11%	-3%	-3%
taux d'effort	80%	66%	66%

V.2. Profil de l'aide en fonction du revenu et du niveau de dépendance

L'APA versée aux personnes en établissement ne dépend pas du revenu. Les dépenses liées aux forfaits hébergement et dépendance (hors dépenses prises en charge par l'APA) sont en moyenne de 17 750euros par an, ce qui est largement supérieur au plafond ouvrant droit à la déduction fiscale (10 000euros). Le montant de l'aide à la dépendance est constant dès lors que l'impôt avant déduction est suffisant pour pouvoir déduire la totalité de l'avantage fiscal (2 500euros par an). Cette limite est atteinte à partir de 2 SMIC (graphique 8). L'aide continue d'augmenter en revanche avec le revenu pour les invalides (avantage croissant de la demi-part fiscale)

Graphique 8

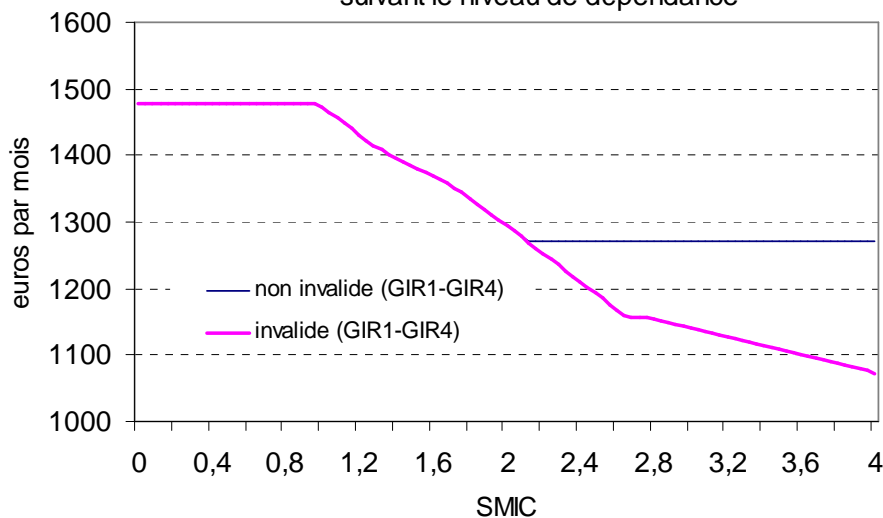
aide à la dépendance pour une personne en établissement,
suivant le niveau de dépendance



Le forfait dépendance en établissement est en moyenne de 477 € pour les GIR 1 et 2 et de 294 euros pour les GIR 3 et 4 (données DREES). Le reste à charge correspond au forfait pour les GIR 5 et 6 (129 euros en moyenne) et ne dépend donc pas du niveau de dépendance. Les dépenses d'hébergement étant constantes, le reste à charge est le même, quelque soit le niveau de dépendance (graphique 9).

Graphique 9

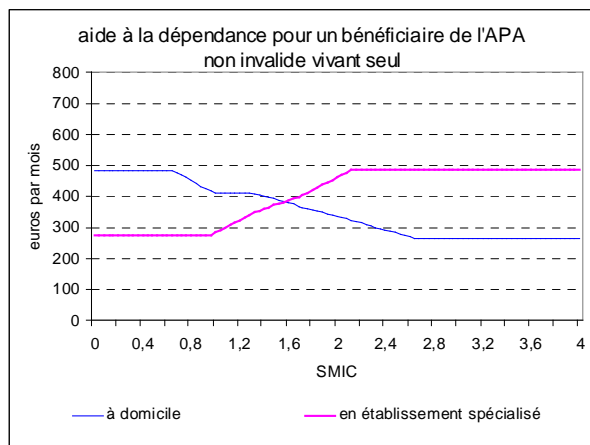
reste à charge pour une personne en établissement,
suivant le niveau de dépendance



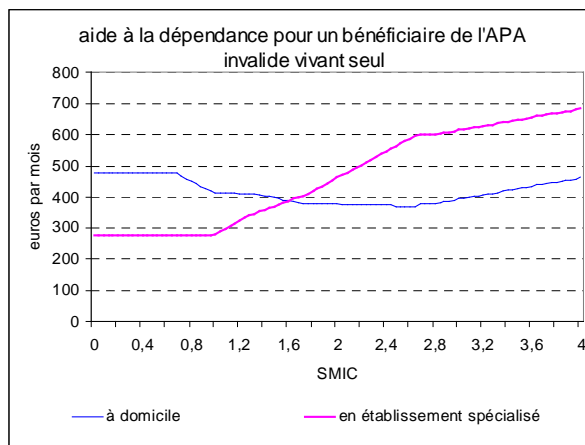
VI. A niveau de revenu donné, les personnes âgées en institution sont-elles plus ou moins aidées que celles qui restent à domicile ?

D'après nos hypothèses, le montant du plan d'aide à domicile est plus élevé que celui en institution, ce qui correspond à l'écart constaté sur les moyennes (479 euros à domicile et 405 euros en établissement). En moyenne le reste à charge sur l'APA est plus faible pour les bénéficiaires de l'APA à domicile (76 euros, soit 16% du plan d'aide) qu'en établissement (129 euros, soit 32% du plan d'aide).

Graphique 10



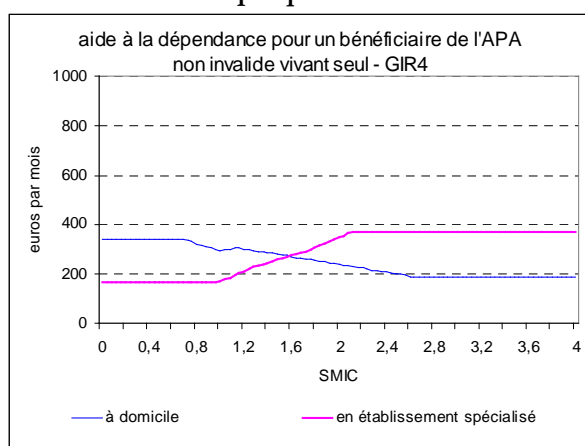
Graphique 11



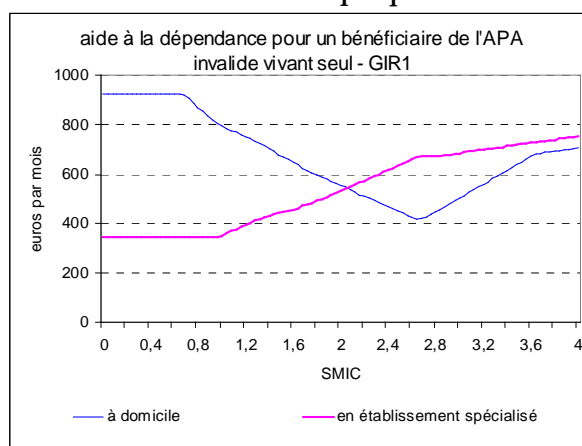
Pour les revenus les moins élevés, les personnes dépendantes sont plus aidées à domicile que si elles étaient en établissement non seulement du fait de l'écart entre les montants des plans d'aide mais surtout parce que le ticket modérateur est nul dans le cas de l'APA à domicile (graphiques 10 et 11). Ceci est d'autant plus vrai que le niveau de dépendance est élevé (graphiques 12 et 13). Nous ne tenons cependant pas compte ici de l'aide sociale, qui peut prendre en charge le forfait d'hébergement ou le reste à charge de l'APA pour les personnes défavorisées.

Lorsque le niveau de revenu augmente, l'APA à domicile est dégressive alors que l'APA en établissement est constante. De plus, les dispositions nouvelles figurant dans la loi de finances 2007 (élargissement de la réduction d'impôt sur le revenu correspondant à 25% des dépenses liées spécifiquement à la dépendance aux dépenses d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes hospitalisées et relèvement du plafond à 10.000 euros) ont accru sensiblement le montant de l'aide pour les personnes imposables en établissement. Au total, les personnes avec un revenu supérieur à 1½ SMIC pour les GIR4 et 2 SMIC pour les GIR1 sont plus aidées en établissement qu'à domicile.

Graphique 12



Graphique 13



Annexe : les aides en faveur des personnes âgées dépendantes

1. Les prestations : l'APA et l'aide ménagère

L'APA à domicile est une prestation versée aux personnes dépendantes de GIR 1 à 4. Un plan d'aide est établi par une équipe médico-sociale avec la personne âgée. Il est plafonné à :

- 1 168,76 euros en cas de classement en GIR 1,
- 1 001,80 euros en GIR 2,
- 751,35 euros en GIR 3,
- 500,90 euros en GIR 4.

Un ticket modérateur est alors calculé en fonction des ressources du bénéficiaire :

- La participation financière est nulle si les revenus sont inférieurs à 0,67 fois le montant de la Majoration pour Tierce Personne (MTP - 982,15 euros au 1^{er} janvier 2006)
- Elle varie ensuite linéairement de 0 à 90% du plan d'aide si les revenus sont compris entre 0,67 et 2,67 fois la MTP
- Elle est plafonnée à 90% du plan d'aide, si les revenus sont supérieurs à 2,67 fois la MTP

Lorsque la personne vit en couple, les revenus des deux membres du couple sont sommés et divisés par 1,7.

L'aide ménagère est un avantage en nature qui permet la prise en charge par l'aide sociale ou partiellement par la caisse de retraite d'heures de services ménager. Elle n'est pas cumulable avec l'APA. Une partie de l'aide ménagère reste à la charge de la personne âgée, selon ses ressources :

Personne seule	Personne en couple	Participation horaire
0 – 625 euros	0 – 1 095€	0,5€
626 - 782€	1 096€ - 1 359 €	1,68 €
783€ - 838€	1 360€ - 1 450€	2,36€
839€ - 945€	1 451€ - 1 588€	3,54€
946€ - 1 109€	1 589€ - 1 783€	4,64€
1 110€ - 1 160€	1 784€ - 1 850€	6,07€
1 161€ - 1 294€	1 851€ - 1 976€	8,59€
1 295€ - 1 480€	1 977€ - 2 220 €	10,95€
> 1 480 €	> 2 220€	12,30€

2. Les aides fiscales

- Les contribuables âgés de plus de 65 ans au 31 décembre de l'année d'imposition et les invalides bénéficient d'un abattement sur leur revenu global :

- de 1 706 euros si ce revenu n'excède pas 10 500 euros
- de 853 euros si ce revenu est compris entre 10 500euros et 16 950 euros.

Dans le cas d'un couple où chacun des époux a plus de 65 ans ou est invalide, cet abattement est doublé.

- Les sommes versées pour l'emploi d'un salarié à domicile en 2005 donnent droit à une réduction d'impôt de 50% des dépenses. Les dépenses sont prises en compte dans la limite annuelle de 12 000 euros (éventuellement majoré de 3.000 euros en plus en fonction des charges de familles et de l'âge du contribuable). Cette limite de dépense est relevée à 20.000 euros lorsque l'un des membres du foyer est titulaire d'une carte d'invalidité d'au moins 80% ou dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Cet avantage est également accordé aux contribuables rémunérant des salariés travaillant au domicile de leur ascendant, si celui-ci est bénéficiaire de l'APA. Dans ce cas, aucune pension ne peut être déduite.

- les descendants aidant un ascendant peuvent déduire de leur revenu imposable une pension alimentaire, à condition de justifier les dépenses engagées. Cependant, si l'ascendant est sans ressource et vit chez le descendant, ce dernier peut déduire sans justification une somme forfaitaire de 3 106 euros. Ceci n'est pas cumulable avec la réduction d'impôt liée à l'emploi d'un salarié à domicile.
- Les personnes titulaires de la carte invalidité bénéficient d'une demi-part supplémentaire dans le calcul du coefficient familial. De plus, lorsqu'elles sont logées par un tiers (autre que le conjoint et les enfants à charge), elles peuvent être rattachées à leur foyer fiscal et comptent pour une part.
- Les personnes hébergées dans un établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier d'une réduction d'impôt au titre des dépenses liées à la dépendance et à l'hébergement, à hauteur de 25%, les dépenses ouvrant droit à réduction étant limitées à 10 000 euros par an. Il s'agit des dépenses effectivement supportées (i.e. après déduction éventuelle de l'APA).
- Les dépenses d'installation dans l'habitation principale d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées ouvrent droit à un crédit d'impôt sur le revenu de 25%.

PERSPECTIVES FINANCIERES DE LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES A L'HORIZON 2025 : PREVISIONS ET MARGES DE CHOIX

RESUME

1. Dépasser les questions de définition et de périmètre

La construction d'un dispositif public de soutien aux personnes âgées dépendantes ne doit pas remettre en cause leur accès aux droits sociaux à vocation universelle. En particulier, une meilleure couverture du risque dépendance ne doit pas conduire à créer une organisation particulière des droits à l'assurance maladie pour les personnes les plus âgées.

La séparation des dispositifs de prise en charge du handicap et de la dépendance par une frontière d'âge peut être à l'origine de discriminations non justifiées dans la compensation de la perte d'autonomie. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille confondre ces dispositifs. Plutôt qu'une séparation nette et arbitraire entre eux, d'autres critères de différenciation plus conformes au principe d'équité doivent être recherchés : l'origine du handicap ; la prévisibilité du risque ; la relation au marché du travail ; la durée de l'épisode de perte d'autonomie ; l'environnement familial ; le niveau de revenu et de patrimoine. Ces critères doivent être remis à plat pour construire un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie, comme le prévoit la loi du 11 février 2005, en prenant en compte la spécificité de la dépendance par rapport aux autres formes de handicap.

La question du financement à long terme des dépenses publiques et privées liées à la dépendance gagne à être abordée avec une vision large. Une approche « grand angle » est indispensable pour n'occulter aucune évolution.

Cette approche met en évidence le niveau déjà élevé des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance, notamment du fait des progrès dans les années récentes. Selon les estimations de la Cour des comptes, l'effort public à destination des personnes âgées dépendantes équivaut à un point de Produit Intérieur Brut, ce qui le situerait au niveau des autres moyennes européennes, notamment l'Allemagne et le Royaume-Uni.

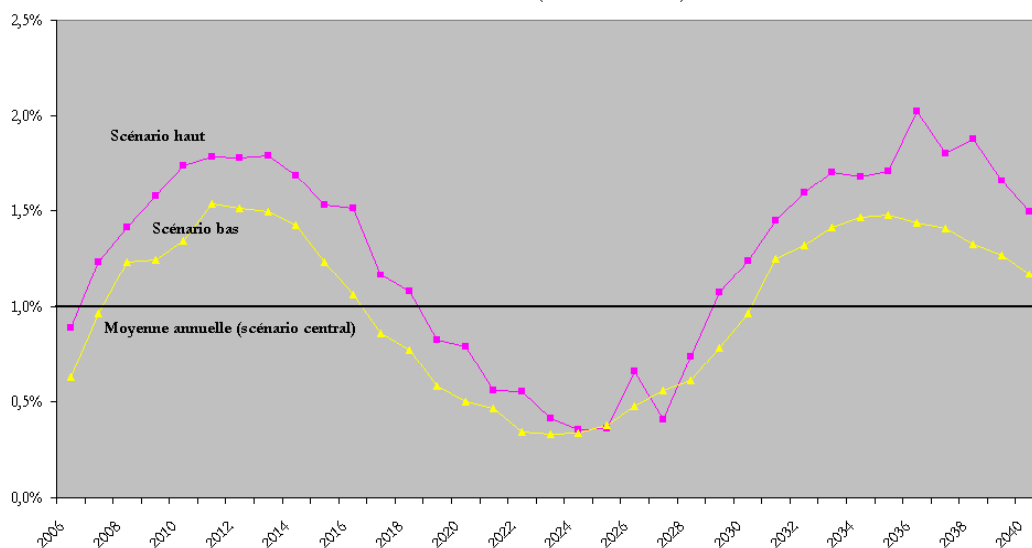
L'angle de vue pertinent pour une régulation publique de la dépendance correspond certainement à une mise au point intermédiaire entre le point de vue strict du droit à compensation et l'approche tous azimuts qui prévaut pour prévoir les financements. Cette approche implique un déplacement progressif des dépenses aujourd'hui prises en charge par l'assurance maladie vers un système plus organisé de couverture du risque dépendance. Pour cela, quatre principes devraient guider l'action des pouvoirs publics :

- la clarification des frontières entre assurance maladie et dépendance ;
- le recentrage de l'assurance maladie sur des interventions qui se rattachent aux soins sanitaires ;
- la préservation des mécanismes de flexibilité pour éviter que la frontière ne crée des difficultés dans l'exercice des droits ou des rigidités chez les opérateurs ;
- la conception commune du système de gouvernance le plus efficace pour à la fois révéler les besoins, structurer l'offre de services et assurer une gestion financière responsable.

2. La prévision des coûts : prévisions et marges de choix

La croissance du nombre de personnes âgées dépendantes devrait être de 1% par an en moyenne jusqu'en 2040. Sur la base des dernières projections démographiques de l'INSEE, on peut prévoir que cette croissance connaîtra deux accélérations entre 2005 et 2020 (avec l'arrivée aux grands âges des générations des années 1920) et entre 2030 et 2040 (date de l'arrivée aux grands âges des générations du baby boom), et une décélération entre 2020 et 2030.

Projection de l'évolution en rythme annuel du nombre de personnes âgées dépendantes -
au sens de l'APA- (source DREES)



Source : DREES

Les projections sont sujettes à une relative indétermination liée aux hypothèses épidémiologiques qui les sous-tendent. L'épidémiologie des démences est notamment une source d'incertitude importante. Dans tous les cas, l'importance des déterminants sanitaires de la dépendance souligne l'efficacité d'actions de prévention.

Dans ces conditions, la croissance des dépenses dans le champ de la dépendance relève plus de choix sur les stratégies de prise en charge et l'évolution des niveaux d'encadrement, que de la contrainte démographique. Le scénario proposé, qui est volontariste, a été retenu par les pouvoirs publics dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age, avec la promotion des prises en charge à domicile, un renforcement de l'aide fournie aux personnes isolées et de croissance des niveaux d'encadrement en établissement. Cette orientation a vocation à être régulièrement réexaminée, en lien notamment avec les politiques de restructuration hospitalière et de prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

La dépense de personnel est au cœur des coûts supplémentaires prévisibles (85% des coûts). Cela signifie que le financement de la dépendance est fortement lié à l'évolution des politiques de l'emploi, du niveau du salaire minimum et de résorption des tensions sur les métiers en pénurie. Il s'agit de trouver la voie pour répondre à une double exigence : éviter la surqualification des interventions, qui ferait croître les coûts de prise en charge au delà du scénario de référence et pourrait constituer un frein à l'insertion des chômeurs les moins qualifiés ; accompagner les carrières en construisant des parcours qualifiants et garantir l'attractivité des métiers dans un contexte de pénurie. La politique de conventionnement a un rôle à jouer pour mener cet effort de régulation.

3. Les problématiques dans la couverture des coûts

Les circuits de financement de la dépendance, passablement complexes, ne favorisent pas une gestion de long terme de la solidarité publique. Si on les maintient en l'état, l'assurance maladie qui représente 61% du total de la dépense appréhendée selon l'angle le plus large (celui de la Cour des comptes) devrait supporter l'essentiel des coûts supplémentaires. Un nouvel effort de clarification des frontières entre assurance maladie et dépendance pourrait réduire ce poids. Dans tous les cas, compte tenu de ses spécificités, l'avenir du financement de la prise en charge de la dépendance n'a pas vocation à n'être qu'un élément du débat sur l'avenir du financement de l'assurance maladie.

Compte tenu de l'architecture de notre système de financement, les conseils généraux et/ou les ménages pourraient supporter l'essentiel de l'ajustement en cas de dépassement des capacités de financement. Même si le niveau moyen des retraites va aller en s'accroissant du fait du changement de génération, cette situation pourrait ne pas être soutenable sur le long terme du fait de la plus grande dispersion des revenus des retraités et de la revalorisation du niveau des retraites en fonction de la seule inflation. A l'inverse, l'augmentation des patrimoines, du fait de l'évolution des prix de l'immobilier et du fort taux d'épargne des français pourrait offrir de nouvelles possibilités de financement. Même s'il n'est pas possible, compte tenu de l'absence de projections disponibles sur la dispersion des retraites, de déterminer les proportions de cette évolution, il est probable que la capacité de financement de leur reste à charge par les retraités restera globalement stable, même si les problèmes de répartition entre retraités devraient aller en s'accroissant, ce qui signifie que davantage de ménages auront des difficultés à prendre en charge leur risque dépendance.

Quatre éléments devraient peser sur le long terme :

- La progression du nombre de bénéficiaires de l'APA est encore fortement déconnectée de celle théorique du nombre de dépendants (+ 8% entre juin 2005 et juin 2006, contre +1%). Cette évolution est liée à la montée en charge de la prestation, mais l'APA a maintenant quatre ans (plus que la durée de vie moyenne en dépendance) et cette explication ne suffit plus.
- Le barème d'attribution des aides (par GIR) est mal ajusté aux besoins réels des personnes, notamment pour les personnes qui ont besoin d'aide permanente et pour les dépendants psychiques.
- L'intervention de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est saluée comme positive par la quasi-totalité des parties prenantes du secteur. La caisse est toutefois soumise à des règles de gestion transparentes mais contraignantes et la clé de répartition entre financement national et local de l'APA reste discutée.
- Le soutien public pour compenser la dépendance est peu redistributif, Les ménages qui ont les revenus les plus élevés bénéficient d'aides fiscales dont la valeur moyenne peut être supérieure à l'aide de l'APA ; l'aide est la plus faible en valeur absolue pour les catégories de revenu intermédiaire de la population. Le cumul des différentes aides fiscales et prestations engendre des redondances qui nuisent à l'efficacité de la dépense et à l'équité de la prise en charge.

L'assurance privée de la dépendance est conditionnée par une connaissance scientifique et statistique récente du risque. Le marché français constitue avec les Etats-Unis, le plus gros marché dans ce secteur. Les assureurs ont une approche volontariste d'un risque considéré parfois comme peu assurable à l'étranger. Toutefois, les produits actuellement proposés ont encore une diffusion limitée. Les prestations assurées (des rentes) fournissent des garanties imparfaites sur le long terme et l'évaluation du risque effectuée par des experts médicaux peut être déconnectée de celle réalisée par les conseils généraux, principalement en dépendance partielle. Enfin, les incertitudes sur les déterminants de long terme de la dépendance sont susceptibles de renchérir le niveau des cotisations.

Le niveau de patrimoine des générations qui seront concernées par la dépendance devrait croître progressivement jusqu'à l'arrivée aux grands âges des générations les mieux dotées en patrimoine. Pour une part significative, le patrimoine des ménages, notamment le patrimoine financier, est constitué à l'âge de la retraite dans une logique de prévoyance, avec notamment le cas de la souscription de contrats d'assurance vie, détenus par un ménage sur trois. On peut raisonnablement penser que la dépendance est un des risques couverts par ces formules de contrat. Ces réalités doivent être gardées à l'esprit dans la définition des orientations des politiques publiques pour deux raisons : la première est qu'elle doit modérer l'appréciation du risque d'insolvabilité des ménages, même si les inégalités sont en matière de patrimoine nettement plus fortes qu'en matière de revenu ; la seconde est qu'une meilleure solvabilisation du risque dépendance peut avoir un effet indirect de développement des transmissions successorales.

4. Les orientations financières

Les évolutions des coûts en matière de dépendance s'inscriront dans un contexte général de tensions sur les branches de sécurité sociale qui sera peu favorable à de nouvelles hausses de prélèvements. A l'inverse,

intérioriser la contrainte sur les prélèvements obligatoires pourrait pénaliser durablement la prise en charge de la dépendance. Le choix à cet égard renvoie au nécessaire débat démocratique sur le niveau souhaité de dépense publique allouée à la prise en charge de ce risque.

Trois types de scénarios sont possibles pour prévoir l'évolution des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance :

- Un premier scénario consisterait à refuser toute augmentation nouvelle de prélèvements obligatoires affectés à la compensation de la dépendance. Ce type de scénario peut se concrétiser de plusieurs façons très différentes dans leur esprit, qu'il s'agisse de mieux cibler l'APA ou de développer la responsabilité individuelle. Une variante de ce scénario consisterait à prévoir une hausse très modérée des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance pour neutraliser l'effet sur les dépenses de la croissance démographique (+1%).
- Un deuxième scénario consiste à faire progresser le niveau des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance pour essayer de maintenir à leur niveau actuel le niveau des prestations servies et faire monter en gamme les prises en charge. Ce type de scénario correspond à celui retenu dans le Plan Solidarité Grand Age sur la base des préconisations du Centre d'Analyse Stratégique.
- Un troisième scénario consisterait à basculer de façon beaucoup plus significative que l'a prévu le Centre d'Analyse Stratégique vers une plus grande solvabilisation du risque dépendance pour réduire l'effort des ménages. Ce scénario contient lui-même deux variantes : la première consisterait, en plus des aménagements préconisés par le CAS, à fixer une règle d'évolution des tickets modérateurs pour stabiliser le niveau du reste à charge des ménages à son niveau actuel, revalorisé uniquement chaque année en fonction de l'inflation. Une variante consisterait à supprimer les critères de ressources dans le barème de l'APA pour la rapprocher des prestations d'assurance maladie telles qu'elles existent actuellement avec ticket modérateur unique (par exemple de 15%), dont ne seraient exonérés que les plus bas revenus (par exemple, ceux qui sont déjà en dessous de ce niveau de ticket modérateur).

Ces trois scénarios et leurs variantes sont résumés dans le tableau placé en annexe.

L'affectation de nouveaux prélèvements obligatoires à la prise en charge de la dépendance ou la remise à plat des financements existants s'intègre nécessairement dans une approche d'ensemble du financement de la protection sociale. Les effets d'un nouveau prélèvement sur le coût du travail, ainsi que ses conséquences sur le pouvoir d'achat doivent être mis en perspective avec les autres évolutions du financement de la protection sociale. Quelques orientations peuvent néanmoins être retenues :

- Il serait légitime que l'effort supplémentaire demandé en matière de dépendance soit financé par des prélèvements sur les revenus des retraités, avant la mobilisation d'une ressource universelle, notamment fiscale. A cet égard, la source de financement que pourrait constituer une harmonisation des taux de CSG sur les revenus de remplacement et sur les revenus d'activité présente un intérêt évident.
- le patrimoine constitue une assiette sur laquelle une partie du financement supplémentaire de la dépendance gagnerait à être assis.

S'il est indispensable d'accompagner les démarches de prévoyance des ménages, il ne faut pas attendre du développement de l'assurance privée la solution principale aux problèmes de financement de la dépendance. Pour cela, avant d'envisager des incitations supplémentaires à la souscription de contrats, il faut commencer par mieux cibler les incitations existantes et mieux informer les ménages sur le niveau de dépense qu'ils supporteront. A cet égard, la définition d'une stratégie de long terme sur l'évolution des restes à charge est le meilleur levier pour favoriser la prévoyance individuelle.

5. De la dépendance à la perte d'autonomie : agenda et gouvernance

Les différences de traitement selon qu'une personne connaisse un handicap avant ou après 60 ans, présentées en annexe, demeurent significatives. Elles créent des incohérences dans la prise en charge des personnes handicapées qui vieillissent. En revanche, l'application du droit à compensation selon des

modalités différenciées entre les personnes âgées dépendantes d'une part et les autres personnes présentant un handicap, d'autre part, est légitime dès lors qu'elle s'appuie sur des différences de situation objectives en termes de ressources, d'insertion sociale, de projet de vie...

La compatibilité avec le droit européen d'un système de compensation organisé autour d'une rupture liée à l'âge avec le principe d'égalité est pour le moins incertaine. Plutôt que d'attendre une jurisprudence, il vaut mieux anticiper le rapprochement des politiques publiques dans le cadre du droit à compensation universel, quel que soit l'âge, affirmé par la loi du 11 février 2005.

Les solutions apportées par l'article 18V de la loi du 11 février 2005 pour résoudre les incohérences des personnes handicapées qui vieillissent posent des problèmes sérieux d'application.

Le calendrier fixé par l'article 13 de cette loi qui prévoit de supprimer les barrières d'âge à l'échéance 2010 n'a pas de portée juridique et risque de créer de fausses attentes. Pour répondre à l'intention du législateur, trois chantiers doivent être rapidement lancés : la définition d'un cadre de reconnaissance du bénéfice du droit à compensation ; l'unification du panier de biens et services compensés au titre de ce droit ; une réflexion intégrée sur les critères à prendre en compte pour moduler le niveau de couverture de ce risque. C'est sur cette base que des évolutions techniques des systèmes d'aide sociale, de financement des hébergements et de soutien à domicile pourront être envisagées.

Pour construire une nouvelle gouvernance, il est sans doute prioritaire de renforcer encore le périmètre d'intervention des conseils généraux, en reconnaissant leur compétence transversale complète sur la gestion des différentes formes de perte d'autonomie. Ceci pourrait conduire notamment à un transfert aux départements des compétences existantes d'action sociale des caisses d'assurance vieillesse. Une autre source de clarification serait la reconnaissance plus explicite de leur compétence à l'égard des maisons départementales des personnes handicapées.

La CNSA a vocation à s'affirmer comme l'opérateur pivot d'une branche de protection sociale d'un type nouveau en matière de perte d'autonomie. Pour cela, des compétences réglementaires pourraient lui être reconnues, sous réserve d'une réforme qui garantisse la représentativité de son conseil et l'efficacité des processus de décision en son sein. Pour cela, les modalités d'examen de son budget dans la loi de financement de la sécurité sociale pourraient être révisées.

	SCENARIO 1	SCENARIO 1 variante	SCENARIO 2	SCENARIO 3	SCENARIO 3 variante
Impact sur les prélèvements obligatoires	Nul	Faible	Moyen	Elevé	Très élevé
Progression en % des recettes affectées à la dépendance (nette de l'inflation)	2,25%	3,25%*	4,7%*	5,2%*	5,7%
Progression en % nette de la progression spontanée des recettes existantes***	0 %	+ 1 %	+ 2,5 %	+2,9%	+ 3,5%
Soit en M euros par an (en valeur 2005)**	0	99	242	292	341
Soit en point de CSG supplémentaires par an****	0	0,011	0,027	0,032	0,038
Soit en M euros sur vingt ans (en valeur 2005)**	0	1980	4851	5841	6831
Soit en point de PIB supplémentaire au bout de vingt ans	0	0,11%	0,28%	0,34%	0,4%
Soit en point de CSG au bout de vingt ans****	0	0,22	0,54	0,65	0,76
Evolution du reste à charge des ménages	Augmente ++	Augmente	Incertain	Inchangé	Diminue
Besoin d'information des ménages sur le niveau de couverture du risque	+ +	+	+	+	0
Mode de revalorisation de l'APA	Sur l'inflation	Sur les salaires	Sur les salaires, voire davantage	Sur les salaires, voire davantage	Sur les salaires, voire davantage
Evolution de l'assurance dépendance	Développement	Développement	Maintien de l'existant	Quasi disparition	Disparition
Pertinence d'un schéma de branche de protection sociale pour inscrire dans la durée les financements dégagés (cf point 54)	0	0	+	++	++
Nécessité d'épargner les excédents en situation de creux démographiques (2020-2030)	0	+	++	++	++

* En retenant, comme le CAS, une hypothèse de 1,7% de croissance des coûts salariaux (nette de l'inflation) ** Sur la base du périmètre de dépense retenu par le Centre d'Analyse Stratégique (voir p 35), contenant uniquement les coûts de personnel (hors dépenses d'investissement)*** On considère que cette progression spontanée évolue comme le PIB estimé à 2,25 % **** La référence à cette ressource est indicative (cf point 523)