

RAPPORT DU GROUPE N° 4

**« Stratégie pour la couverture de la dépendance des
personnes âgées »**

- Juin 2011 -

AVIS DU GROUPE N° 4

À l'issue de ses travaux, le groupe n°4 a arrêté le présent rapport et ses annexes, qu'il transmet à la ministre en charge des solidarités et de la cohésion sociale.

Le groupe a opté, dans sa majorité, pour le scénario de consolidation (dit « scénario n°1 »), dont le contour est présenté dans le rapport.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

PREMIÈRE PARTIE : EN DÉPIT DE DONNÉES MANQUANTES ET DE CERTAINES FAIBLESSES STATISTIQUES, LE GROUPE A PU ÉVALUER L'ORGANISATION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES	3
--	----------

1. LES SURCOÛTS DE LA DÉPENDANCE, ESTIMÉS SUIVANT LES CONVENTIONS RETENUES ENTRE 27 ET 34 MD€ EN 2010, SONT COUVERTS À ENVIRON 70% PAR LA PUISSANCE PUBLIQUE	4
1.1. Le groupe a cherché à isoler les surcoûts engendrés par la dépendance.....	4
1.2. Les dépenses liées à la dépendance, estimées conventionnellement à 34 Md€, sont pour l'essentiel des dépenses de soins.....	5
1.3. Le taux de couverture publique est, suivant les conventions de périmètre retenues, compris entre 68% et 77%.....	8
1.3.1. <i>Les dépenses liées à la perte d'autonomie et aux soins apparaissent largement socialisées.....</i>	<i>8</i>
1.3.2. <i>La dépendance à domicile apparaît davantage solvabilisée que celle en établissement.....</i>	<i>9</i>
2. AVEC UNE DÉPENSE PUBLIQUE DONT LE MAJORANT EST ESTIMÉ À PRÈS DE 24 MD€ EN 2010, LA FRANCE POSSÈDE UN SOCLE PUISSANT DE COUVERTURE DE LA DÉPENDANCE.....	10
2.1. La dépense publique à domicile repose principalement sur l'APA et les soins	12
2.2. En établissement, l'aide publique transite pour l'essentiel par la solvabilisation des dépenses de soins	13
2.3. L'assurance maladie est le premier contributeur public de la dépendance avec plus de la moitié de la dépense à sa charge.....	15
3. L'APA CONSTITUE LA PRINCIPALE AIDE PUBLIQUE EN FAVEUR DE LA DÉPENDANCE.....	17
3.1. L'APA à domicile croît à un rythme que n'expliquent pas les seuls facteurs démographiques.....	19
3.2. Les plans d'aide des personnes ayant un GIR élevé présentent des taux de saturation élevés	19
3.3. Le GIR 4, qui représente plus de la moitié de la dépense de l'APA, apparaît trop imprécis.....	20
3.4. Le patrimoine n'est que faiblement pris en compte dans le barème de l'APA	21
4. L'ÉTUDE DES RESTES À CHARGE EN ÉTABLISSEMENT RÉVÈLE DES MONTANTS IMPORTANTS.....	21

4.1. Les restes à charge à domicile sont mal connus.....	22
4.2. Les RAC en établissement s'élèvent en 2007 à environ 1 400 € par mois.....	25
4.3. Le mode de financement du RAC est mal connu à ce jour.....	27
4.4. L'assurance privée ne joue qu'un rôle mineur dans la réduction du reste à charge.....	27
5. EN COMPARAISON INTERNATIONALE, LA COUVERTURE DE LA DÉPENDANCE APPARAÎT EN FRANCE RELATIVEMENT DÉVELOPPÉE.....	29

<p>SECONDE PARTIE : LE GROUPE A ÉTUDIÉ TROIS SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE DÉPENDANCE, QUI RÉPONDENT À DES PHILOSOPHIES RADICALEMENT DIFFÉRENTES.....</p>	31
---	-----------

1. LE GROUPE DE TRAVAIL CONSIDÈRE QUE CINQ PRINCIPES DEVRAIENT GUIDER LA MODIFICATION DU SYSTÈME ACTUEL.....	32
1.1. La première des priorités est d'assurer à toutes les personnes âgées dépendantes une offre de qualité.....	32
1.2. L'organisation du système de prise en charge doit satisfaire le souhait des Français de rester à leur domicile le plus longtemps possible	34
1.3. Les dépenses nouvelles devront être financées	34
1.4. Les dépenses devront être pilotées, notamment en matière de prévention.....	34
1.5. Des gains de productivité devront être recherchés.....	34
2. SCÉNARIO N° 1 : UNE CONSOLIDATION DU SYSTÈME ACTUEL VISANT À LE RENDRE À LA FOIS PLUS JUSTE ET PLUS EFFICIENT	36
2.1. La couverture publique pourrait encore être améliorée, tant à domicile qu'en établissement.....	37
2.1.1. <i>La prise en compte du patrimoine de la personne âgée dépendante et des ressources de sa famille dans la gestion de l'aide publique est une question transversale.....</i>	<i>37</i>
2.1.2. <i>Le groupe a étudié plusieurs pistes de réforme de l'APA à domicile afin d'assurer plus longtemps l'exercice effectif du libre-choix.....</i>	<i>40</i>
2.1.3. <i>Les RAC élevés subis par les personnes dépendantes en établissement appellent un renforcement de l'aide publique</i>	<i>46</i>
2.1.4. <i>L'aide publique dont on a dessiné les contours n'est cohérente avec les besoins que si les aidants maintiennent leur soutien.....</i>	<i>52</i>
2.2. En sus de son aide, la puissance publique pourrait chercher à mieux organiser la gestion de la dépense privée	52
2.2.1. <i>La puissance publique pourrait chercher à mieux réguler les contrats d'assurance-dépendance afin de faciliter leur diffusion.....</i>	<i>53</i>
2.2.2. <i>Une diffusion multi-supports de la garantie dépendance pourrait être privilégiée.....</i>	<i>57</i>
2.2.3. <i>Un encouragement financier général à la souscription serait très coûteux pour les finances publiques.....</i>	<i>61</i>
2.2.4. <i>D'autres outils financiers pourraient être développés afin d'aider les personnes âgées dépendantes à utiliser leur patrimoine de manière plus active</i>	<i>63</i>

2.3.	Plusieurs recettes sont mobilisables pour financer l'accroissement de la dépense publique.....	63
2.3.1.	<i>Les réformes envisagées, tout comme les évolutions démographiques, nécessiteront un besoin de financement.....</i>	63
2.3.2.	<i>Le groupe a retenu plusieurs principes devant guider le choix des recettes.....</i>	64
2.3.3.	<i>Plusieurs recettes ont été évoquées pour financer la dépendance.....</i>	64
2.3.4.	<i>Le partage des charges publiques, et notamment de l'APA, doit être guidé par des principes simples et responsabilisants.....</i>	67
2.4.	Dans le scénario de consolidation du socle public actuel, il n'y pas lieu d'envisager des modifications substantielles de la gouvernance du risque dépendance.....	67
3.	SCÉNARIO N°2 : UN DISPOSITIF PUBLIC DE SÉCURITÉ SOCIALE	69
3.1.	Les tenants d'une gestion par l'assurance maladie mettent en avant plusieurs avantages.....	69
3.2.	Le dispositif créerait une assurance universelle, obligatoire et gérée par répartition.....	69
3.3.	Les cotisations seraient proportionnelles aux revenus	69
3.4.	Les prestations servies peuvent être calibrées de différentes manières.....	70
3.4.1.	<i>La nature de la prestation à domicile pourrait rester proche de celle de l'APA, même si le versement d'une rente libératoire est envisageable.....</i>	70
3.4.2.	<i>Les membres du groupe se sont partagés sur le problème de la prise en compte du revenu dans la détermination de l'aide.....</i>	70
3.5.	La prestation étudiée n'inclurait ni récupération sur succession, ni obligation alimentaire.....	72
3.6.	La gouvernance de l'ensemble associerait la CNSA et les caisses de sécurité sociale	72
4.	SCÉNARIO N°3 : UN SYSTÈME FONDÉ SUR UNE ASSURANCE PRIVÉE UNIVERSELLE DE HAUT NIVEAU RÉDUISANT TRÈS SIGNIFICATIVEMENT À TERME LA DÉPENSE PUBLIQUE	73
4.1.	Un système d'assurance universelle, obligatoire et en capitalisation peut en théorie se substituer à la dépense publique	73
4.2.	Un dispositif s'inspirant de ce modèle a été étudié pour la France.....	74
4.2.1.	<i>L'assurance-dépendance a une vocation universelle.....</i>	74
4.2.2.	<i>Dans le scénario central, une cotisation de 33 € par mois souscrite à 50 ans ouvrirait droit à une rente comprise entre 300 et 700 €.....</i>	75
4.2.3.	<i>Le taux d'effort des ménages pourrait être réduit par une aide publique.....</i>	76
4.3.	Le système conduit les assureurs à verser des rentes libératoires, dont le niveau doit être conséquent.....	76
4.3.1.	<i>Dans les schémas les plus couramment analysés, l'assureur octroie une rente de caractère libératoire, que le rentier utilise comme il souhaite.....</i>	76
4.3.2.	<i>Comme l'assurance a vocation à se substituer aux aides publiques, la rente servie doit être d'un montant conséquent.....</i>	77
4.3.3.	<i>Des méthodes permettraient de garantir en partie la valeur des rentes</i>	77
	LETTRÉ DE MISSION	79
	LISTE DES MEMBRES DU GROUPE	82

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 18 janvier 2011, la ministre en charge des solidarités et de la cohésion sociale a constitué un groupe de travail chargé de réfléchir à une « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées ». Le groupe a été composé de manière à réunir les organisations les plus représentatives de la société, l'ensemble des acteurs du secteur et des experts du sujet.

Les travaux du groupe s'inscrivent dans le cadre du débat sur la dépendance des personnes âgées, initié par le Président de la République. Le groupe, qui s'est réuni à quatorze reprises entre le 8 février et le 15 juin 2011, a organisé ses travaux en deux temps distincts comme l'y invitait sa lettre de mission :

- ◆ **dans une première étape, le groupe a réalisé un état des lieux complet sur la couverture actuelle de la dépendance des personnes âgées** ; il a ainsi procédé à l'examen des financements public et privé de la dépendance, estimé le montant de la couverture publique et cherché à mesurer à la fois l'efficacité de la dépense publique et son adéquation avec les besoins des personnes âgées. Une séance a par ailleurs été consacrée à la prise en charge de la dépendance à l'étranger ;
- ◆ **dans une seconde étape, ses travaux ont porté sur les possibilités d'amélioration du système actuel, sur la stratégie à déployer dans les prochaines années pour faire face à des besoins de financement croissants et sur les sources de financement publics et privés mobilisables**. Le groupe n°4 a notamment formulé ses propositions sur la base des travaux des trois autres groupes, en particulier ceux du groupe n°2, modéré par M. Jean-Michel Charpin, sur les perspectives démographiques et financières de la dépendance.

Si la stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées constitue un enjeu majeur de politique publique, identifié comme tel par les Français, tant pour des raisons sociales que budgétaires, **elle ne peut être que la réponse à la conception philosophique que l'on se fait de la solidarité nationale, de la place de la famille, et du rôle de la puissance publique**.

De ce fait, il ne peut pas exister de réponse et de solution uniques aux enjeux de la dépendance des personnes âgées. **Le groupe, qui a partagé la plupart des constats formulés dans le présent rapport et ses annexes, n'a par conséquent jamais cherché à faire apparaître un consensus artificiel**, qui aurait abouti à des recommandations insipides. **Il a au contraire cherché à faire apparaître des scénarios d'évolution philosophiquement cohérents**, et à traduire leurs implications financières et organisationnelles.

Le présent rapport de synthèse expose les principaux constats formulés par le groupe, et **présente trois scénarios d'évolution du système actuel, qui correspondent à trois conceptions différentes de la solidarité nationale**. Il s'accompagne de neuf annexes techniques, qui exposent les principales connaissances sur l'actuelle stratégie de couverture de la dépendance, et détaillent les constats de manière aussi objective que possible :

- ◆ présentation du compte financier de la dépendance (*annexe I*) ;
- ◆ analyse financière de la dépendance au niveau des ménages (*annexe II*) ;
- ◆ étude de l'action sociale locale en faveur des personnes âgées dépendantes (*annexe III*) ;
- ◆ présentation d'éléments de comparaison internationale (*annexe IV*) ;

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- ◆ étude de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) (*annexe V*) ;
- ◆ présentation de l'assurance-dépendance, et des leviers de sa mobilisation (*annexe VI*) ;
- ◆ présentation d'un schéma d'assurance obligatoire au premier euro (*annexe VII*) ;
- ◆ problématique des sections tarifaires en établissement (*annexe VIII*) ;
- ◆ mise en place d'un « bouclier » dépendance (*annexe IX*).

PREMIÈRE PARTIE : EN DÉPIT DE DONNÉES MANQUANTES ET DE CERTAINES FAIBLESSES STATISTIQUES, LE GROUPE A PU ÉVALUER L'ORGANISATION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES

La première section de cette partie présente, de manière agrégée, les surcoûts engendrés par la dépendance, et les taux de solvabilisation résultant de l'intervention publique. La seconde section expose les principales dépenses publiques en faveur de la dépendance, tandis que la troisième apporte des éléments d'analyse sur l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui en constitue l'élément le plus central. La quatrième section analyse les restes à charge (RAC) des ménages, tant à domicile qu'en établissement. Enfin, la cinquième section apporte des éléments de comparaison internationale utiles à l'analyse du modèle français.

1. Les surcoûts de la dépendance, estimés suivant les conventions retenues entre 27 et 34 Md€ en 2010, sont couverts à environ 70% par la puissance publique

1.1. Le groupe a cherché à isoler les surcoûts engendrés par la dépendance

Afin d'évaluer les montants publics et privés consacrés chaque année par la Nation à la dépendance des personnes âgées, le groupe a cherché à établir un compte présentant, de manière aussi précise que possible, les surcoûts de dépenses que celle-ci engendre (*cf. annexe I*). L'établissement d'un tel compte présente un double intérêt :

- ◆ en premier lieu, il fournit une première indication sur l'intensité de l'effort de dépense de la puissance publique ;
- ◆ en second lieu, il permet au groupe n° 2, modéré par M. Jean-Michel Charpin, de disposer d'une base de départ solide pour réaliser les projections, à l'horizon 2040, des dépenses de dépendance.

L'établissement du compte de la dépendance suppose, au préalable, de définir les périmètres suivants :

- ◆ **la nature des dépenses engendrées par l'état de dépendance** ; il ressort que celui-ci se traduit, pour la personne âgée, pour sa famille ou pour la puissance publique, par **des coûts spécifiques qui peuvent avoir pour origine** :
 - **la perte d'autonomie** (ou dépendance *stricto sensu*) ;
 - **une consommation de soins médicaux supérieure à celle des personnes non dépendantes de même âge** ;
 - **un renchérissement de l'hébergement.**
- ◆ **le champ des sommes exposées au titre de la dépendance** ; le groupe a considéré que, dans la mesure du possible, **seuls les surcoûts engendrés par la dépendance devaient être** pris en compte. De ce fait, la plupart des dépenses ont été retraitées pour isoler ceux-ci : par exemple, les dépenses d'hébergement en établissement ont été décomposées, car elles comportent des dépenses de « gîte et de couvert » qui auraient été exposées par la personne âgée quel que soit son niveau de dépendance ou son lieu de vie ;
- ◆ **enfin, la catégorie de personnes concernées par la dépendance.** Le groupe a ainsi estimé que les personnes âgées dépendantes relevaient des GIR (groupes iso-ressources)¹ 1 à 4, tout en incluant dans le compte les dépenses publiques qui bénéficient aux GIR 5 et 6, ainsi que celles de prévention.

Cependant, un tel exercice s'accompagne de nombreuses difficultés méthodologiques.

¹ La grille AGGIR classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie, appelés GIR (Groupes iso-ressources), à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne.

D'une part, l'établissement du compte de la dépendance repose sur des bases conventionnelles. En particulier, la question de l'inclusion des dépenses de soins soulève des difficultés philosophiques et méthodologiques (cf. *annexe I*). Toutefois, l'habitude a été prise, depuis un rapport de 2005 de la Cour des comptes², de les inclure. De même, le compte établi par le groupe décrit des flux monétaires et fiscaux, et ne tient pas compte de la valorisation de l'apport des aidants.

D'autre part, les outils statistiques présentent des insuffisances qui ne permettent pas toujours d'isoler précisément les sommes consacrées au financement de la dépendance :

- ◆ les frontières entre les différentes catégories de surcoûts ne sont pas simples à identifier ;
- ◆ il n'existe pas de statistiques précises concernant les dépenses des ménages au-delà du plafond de l'APA, ou en dehors de celui-ci ;
- ◆ pour les personnes résidant en établissement, il n'existe pas de données précises sur **les dépenses « de gîte et de couvert », qu'il convient en toute rigueur d'exclure** du compte afin d'isoler le seul surcoût lié à la dépendance ;
- ◆ **de même, les dépenses de soins de ville et d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes ne sont actuellement pas isolées dans les systèmes d'information de la CNAM** (Caisse nationale d'assurance maladie) ; (cf. *la partie 3.1.2 de l'annexe I*).

1.2. Les dépenses liées à la dépendance, estimées conventionnellement à 34 Md€, sont pour l'essentiel des dépenses de soins

En dépit de ces limites, on peut évaluer, pour l'année 2010, à plus de 34 Md€ dans une hypothèse haute les dépenses exposées par la Nation au titre de la dépendance des personnes âgées :

- ◆ 8,3 Md€ pour la perte d'autonomie (24% du total des dépenses) ;
- ◆ près de 14,5 Md€ pour les soins (42%) ; la dépense serait néanmoins inférieure de près de 4 Md€ dans l'approche retenue par la DREES (cf. *partie 3.1.2 de l'annexe I*) ;
- ◆ plus de 10 Md€ pour l'hébergement (29%) ; la dépense serait toutefois inférieure d'environ 3,4 Md€ si l'on excluait les dépenses de « gîte et de couvert ». En effet, **l'estimation brute des dépenses privées (8,2 Md€) surévalue très nettement le surcoût de dépense réellement engendré par l'état de dépendance. Une fois retranchées les dépenses de « gîte et de couvert », qui auraient été exposées à domicile, la dépense d'hébergement subie au titre de la dépendance s'élèverait à 4,8 Md€** (cf. *partie 2.3.2 de l'annexe I*) ;
- ◆ enfin, 1,5 Md€ de dépenses bénéficient aux personnes en GIR 5 et 6 (4%).

² *Les personnes âgées dépendantes*, rapport public de la Cour des comptes, novembre 2005, p. 153.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Tableau 1 : Dépenses publiques et privées exposées au titre de la dépendance (2010, Md€)

	Montants selon le périmètre « usuel » de la Cour des comptes (Md€)	Périmètres alternatifs		% du total (périmètre « usuel »)
		Montant de soins selon le périmètre DREES (Md€)	Montant d'hébergement hors « gîte et couvert » (Md€)	
Dépenses engendrées par la perte d'autonomie	8,3	-	-	24%
Dépenses engendrées par les soins	14,4	10,3	-	42%
Dépenses engendrées par l'hébergement	10,1	-	6,7	29%
Dépenses publiques bénéficiant aux GIR 5 et 6	1,5	-	-	4%
Total	34,3	26,8		100%

Source : Direction du budget, DREES, calculs du rapporteur.

Note : Voir l'annexe I pour la présentation des différents périmètres.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Tableau 2 : Compte de la dépendance – périmètre « usuel » issu des travaux de la Cour des comptes (M€, 2010)

Nature des surcoûts	Nom de la dépense	Nature de la dépense (publique/privée)	Montant (périmètre conventionnel)
Dépendance <i>stricto sensu</i> GIR 1 à 4	APA (Allocation personnalisée d'autonomie)	Publique	5 297
	Exonérations de cotisations sociales à domicile	Publique	996
	Dépenses fiscales	Publique	417
	Financement d'actions d'animation par la CNSA	Publique	76
	Ticket modérateur de l'APA à domicile	Privée	568
	Ticket modérateur de l'APA en établissement	Privée	917
	<i>Total dépendance stricto sensu</i>	-	<i>8 271</i>
Hébergement GIR 1 à 4	APL/ ALS GIR 1 à 4	Publique	335
	ASH nette (Aide sociale à l'hébergement) GIR 1 à 4	Publique	967
	Cofinancement d'investissements par la CNSA	Publique	390
	Dépenses fiscales	Publique	180
	RAC brut hébergement GIR 1 à 4	Privée	8 232 *
	<i>Total hébergement</i>	-	<i>10 104</i>
Soins GIR 1 à 4	ONDAM médico-social GIR 1 à 4	Publique	6 807
	Financement CNSA d'établissement	Publique	912
	Soins de ville	Publique	3 000
	USLD	Publique	990
	Hôpital	Publique	2 000
	Ticket modérateur	Privée	725
	<i>Total soins</i>	-	<i>14 434</i>
Total GIR 1 à 4 (1)			32 809
Dépenses publiques en faveur des GIR 5 et 6	Action sociale de la branche retraite	Publique	660
	Action sociale des départements et des communes	Publique	252
	APL/ALS	Publique	70
	ASH nette	Publique	233
	Réduction d'impôt frais dépendance/hébergement	Publique	25
	ONDAM médicosocial personnes âgées	Publique	296
Total GIR 5 et 6 (2)			1 536
Total tous GIR (1)+(2)			34 345

Source : Direction du budget, DREES, calculs du rapporteur.

** Note : Les dépenses privées de « gîte et de couvert » en établissement, évaluées à 3,4 Md€, ne sont pas retranchées du montant indiqué dans ce tableau (8,2 Md€).*

1.3. Le taux de couverture publique est, suivant les conventions de périmètre retenues, compris entre 68% et 77%

À partir du compte de la dépendance, le groupe a recensé les concours respectifs des dépenses publiques et privées à la dépendance, et a calculé un taux de socialisation. Suivant les hypothèses retenues pour le périmètre des dépenses de dépendance (*cf. annexe I*), **le taux de couverture publique de la dépendance serait compris entre 68% et 77% ; dans son acception la plus large, issue des travaux de la Cour des comptes, il serait proche de 70%.**

Tableau 3 : Poids respectif des dépenses publiques et privées pour les trois composantes de la dépendance (perte d'autonomie, soins et hébergement) suivant les quatre conventions de calcul (2010)

	% du total selon le périmètre "usuel" de la Cours des comptes	% du total selon le périmètre DREES pour les soins	% de total hors "gîte et couvert"	% de total selon le périmètre DREES pour les soins et hors « gîte et couvert »
Dépenses publiques GIR 1 à 4	70%	68%	77%	76%
Dépenses publiques GIR 5 et 6				
Dépenses privées	30%	32%	23%	24%

Source : Calculs du rapporteur.

Cependant, ce taux de couverture est loin d'être homogène entre les trois sources de surcoûts engendrés par la dépendance (soins, perte d'autonomie, hébergement), ainsi qu'entre lieux de résidence (domicile, établissement). Par ailleurs, ces estimations, qui donnent un ordre de grandeur, doivent être considérées avec précaution. En effet, elles reposent sur des données de sources différentes, et sont parfois anciennes ou approximatives.

1.3.1. Les dépenses liées à la perte d'autonomie et aux soins apparaissent largement socialisées

La couverture de la dépendance *stricto sensu* est en très grande partie assurée par des sources d'origine publique (près de 82% du montant total³).

Tableau 4 : Poids respectif des dépenses publiques et privées pour la dépendance *stricto sensu* (2010, GIR 1 à 4 uniquement)

	Montants (Md€)	% du total
Dépenses publiques GIR 1 à 4	6,8	82%
Dépenses privées GIR 1 à 4	1,5	18%
Total	8,3	-

Source : Calculs du rapporteur.

³ Si l'on devait prendre en compte le soutien des aidants, et la saturation des plafonds de l'APA, ce constat devrait être nuancé.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

À l'inverse, les coûts liés à l'hébergement sont principalement couverts par les personnes âgées ou leur famille (près de 81% du total), en raison du poids des coûts d'hébergement en établissements. **Toutefois, si l'on retranche du RAC en établissement les dépenses de « gîte et de couvert », le taux de couverture remonte de dix points, à 28%.**

Tableau 5 : Poids respectif des dépenses publiques et privées pour l'hébergement (2010, GIR 1 à 4 uniquement)

	Montants selon la méthode « usuelle » de la Cour des comptes (Md€)	% du total (méthode « usuelle »)	Montant hors dépenses de « gîte et de couvert » (Md€)	% du total hors dépenses de « gîte et de couvert »
Dépenses publiques GIR 1 à 4	1,9	19%	1,9	28%
Dépenses privées GIR 1 à 4	8,2	81%	4,8	72%
Total	10,1	-	6,7	-

Source : Calculs du rapporteur.

Pour les soins, les dépenses sont pour l'essentiel socialisées par l'assurance maladie ou la CMUC avec des taux de couverture variant, **suivant les conventions retenues, et avant intervention des organismes complémentaires, entre 95% et 99%.**

Tableau 6 : Poids respectif des dépenses publiques et privées pour les soins (2010, GIR 1 à 4 uniquement)

	Montants selon la méthode « usuelle » (Md€)	% du total (méthode « usuelle »)	Montants selon la méthode DREES	% du total (méthode DREES)
Dépenses publiques GIR 1 à 4	13,7	95%	10,2	99%
Dépenses privées brutes (hors prise en charge des organismes complémentaires) GIR 1 à 4	0,7	5%	0,1	1%
Total	14,4	-	10,3	-

Source : Calculs du rapporteur.

1.3.2. La dépendance à domicile apparaît davantage solvabilisée que celle en établissement

Le taux de couverture publique de la dépendance doit par ailleurs être distingué suivant la nature de l'hébergement de la personne âgée :

- ◆ les dépenses à domicile bénéficient d'un taux de couverture de 86% ;
- ◆ en établissement, le calcul d'un taux de couverture est plus délicat, en raison des difficultés conventionnelles précitées ; en excluant du périmètre les dépenses de « gîte et de couvert », celui-ci peut être estimé à 72% de la dépense totale, soit quatorze points de moins qu'à domicile⁴. Comme mentionné *supra*, ce taux de couverture est inégal suivant les postes de dépense :

⁴ À l'inverse, il doit être relevé que le reste à charge, plus élevé en établissement, est subi moins longtemps qu'à domicile : en effet, le RAC en établissement ne dure, en moyenne, qu'un peu plus de deux années (cf. *La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne, Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007*, DREES, Études et résultats n° 724, avril 2010).

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- la presque totalité des dépenses privées résultent du poste « hébergement » ;
- à l'inverse, les dépenses publiques sont, pour l'essentiel, concentrées sur le poste « soins », avec une dépense totale de plus de 10 Md€.

Tableau 7 : Répartition des dépenses publiques et privées pour la dépendance à domicile et en établissement (GIR 1 à 4, 2010)

		Montant suivant la méthode « usuelle » (M€)	% du total	Montant hors dépenses de « gîte et de couvert » (M€)	% du total hors dépenses de « gîte et de couvert »
Domicile (GIR 1 à 4)	Dépenses privées	1 293	14,0%	-	-
	Dépenses publiques	7 959	86,0%	-	-
	Total dépenses publiques et privées	9 252	-	-	-
Établissement (GIR 1 à 4)	Dépenses privées	9 149	38,8%	5 713	28,4%
	Dépenses publiques	14 407	61,2%	14 407	71,6%
	Total dépenses publiques et privées	23 556	-	20 120	-

Source : Calculs du rapporteur.

Champ : Périmètre « usuel » pour les dépenses de soins.

Note : Les soins de ville et d'hospitalisation sont, par convention et faute d'information, répartis au prorata du nombre de personnes dépendantes vivant à domicile au 30 septembre 2010.

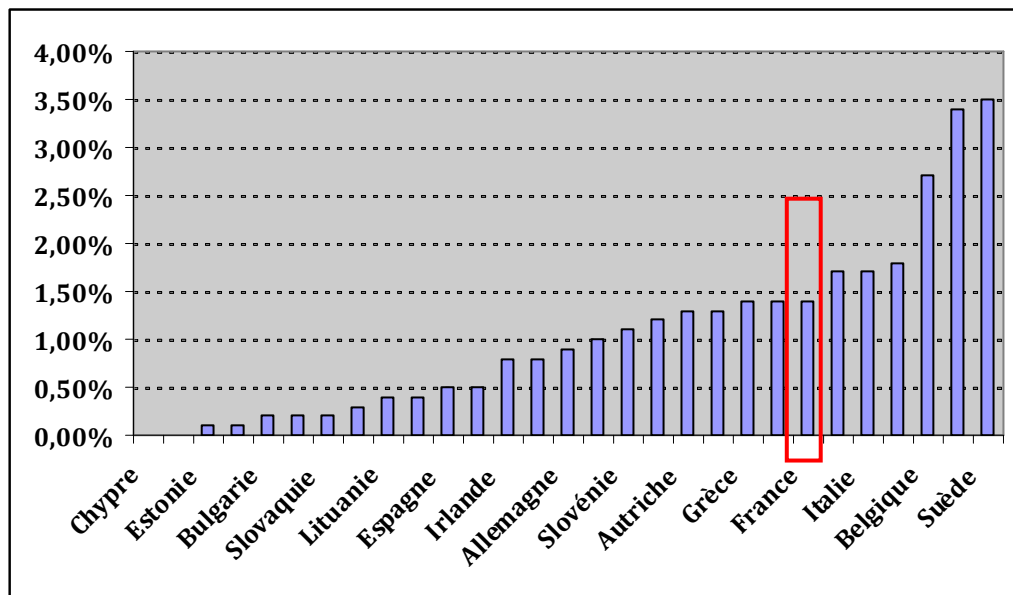
2. Avec une dépense publique dont le majorant est estimé à près de 24 Md€ en 2010, la France possède un socle puissant de couverture de la dépendance

La dépense publique en faveur des personnes âgées dépendantes peut être évaluée dans son acception la plus large à environ de 24 Md€ en 2010, soit près de 1,3% du PIB.

Le taux de couverture publique de la France est supérieur de 0,2 point de PIB à la moyenne européenne⁵, ainsi qu'au taux de couverture de l'Allemagne et du Royaume-Uni ; La France est le 7^{ème} pays de l'UE pour sa dépense publique en faveur des personnes âgées dépendantes (cf. section 4 de cette partie, et annexe IV).

⁵ Les comparaisons internationales sont complexes à établir en matière de dépendance, notamment en raison des choix conventionnels qu'elles impliquent ; pour l'année 2007, la Commission européenne évaluait à 1,4% de PIB l'effort de la France (soit 0,1% de PIB que l'estimation du groupe), contre une moyenne de 1,2% pour l'Union européenne.

Graphique 1 : Poids de la dépense publique consacrée à la dépendance des personnes âgées (% de PIB, 2007)



Source : Commission européenne (EPC).

Ces montants doivent cependant être retenus avec précaution, notamment en ce qui concerne les soins, car ils reposent sur des conventions sur le champ retenu et sur des chiffres parfois incomplets.

Tableau 8 : Périmètre de la dépense publique en faveur de la dépendance (2010, M€)

		Conventions usuelles (à partir des travaux de la Cour des comptes)
Dépenses de soins GIR 1 à 4	ONDAM médico-social GIR 1 à 4	6 807
	Financement CNSA d'établissement	912
	Soins de ville	3 000
	USLD	990
	Hôpital	2 000
	<i>Total soins GIR 1 à 4</i>	<i>13 709</i>
Dépenses de dépendance <i>stricto sensu</i> GIR 1 à 4	APA	5 297
	Financement d'actions d'animation par la CNSA	76
	Exonérations de cotisations sociales pour les emplois à domicile	996
	Exonération de l'IR de l'APA	90
	Exonération de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) en faveur des contrats d'assurance-dépendance	36
	Crédit d'IR sur les équipements spéciaux pour les handicapés	27
	Crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile	244
	Taux réduit de TVA sur certains appareillages spécifiques	10
	Taux de TVA réduite applicable aux services à la personne	10
<i>Total dépendance GIR 1 à 4</i>	<i>6 786</i>	
Dépenses d'hébergement GIR 1 à 4	APL/ ALS	335
	Taux réduit de TVA applicable à la construction d'établissement accueillant des personnes âgées ou handicapées	30
	ASH nette	967
	Cofinancement d'investissements par la CNSA	390
	Réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement	150
	<i>Total hébergement GIR 1 à 4</i>	<i>1 872</i>
Total GIR 1 et 4		22 367
Dépenses de soins GIR 5 et 6	ONDAM médicosocial personnes âgées GIR 5 et 6	296
Dépenses de dépendance GIR 5 et 6	Action sociale de la branche retraite	660
	Action sociale des départements et des communes	252 *
Dépenses d'hébergement pour GIR 5 et 6	Réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement	25
	APL / ALS	70
	ASH nette	233
Total GIR 5 et 6		1 536
Total tous GIR		23 903

Source : DB, DLF, DREES, calculs du rapporteur.

* Note : Dernier montant connu (2009).

2.1. La dépense publique à domicile repose principalement sur l'APA et les soins

À domicile, l'effort public repose sur six éléments principaux (cf. annexe I) :

- ◆ **l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), perçue par 727 000 personnes en 2010, pour un coût de 3,4 Md€.** Créée par la loi du 20 juillet 2001, l'APA bénéficie aux personnes âgées de plus de 60 ans qui, classées par l'équipe médico-sociale (EMS) du Conseil général en GIR 1 à 4, sont jugées dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à leur statut physique ou mental.

Encadré 1 : Caractéristiques de l'APA à domicile

L'APA à domicile présente **quatre caractéristiques principales**.

1/ L'APA à domicile est une aide en « nature ». Ainsi, l'aide ne peut être utilisée que pour couvrir les dépenses liées à la perte d'autonomie (aide ménagère, règlement de frais d'accueil temporaire dans des établissements agréés, dépenses de transport, aide technique ou adaptation de logement etc), qui sont définies par une équipe médico-sociale (EMS) dans un plan d'aide personnalisé. Pour établir et valoriser ce dernier, la situation concrète de la personne et de son entourage est prise en compte.

Une très grande majorité des membres du groupe ont souligné leur attachement à l'idée d'une aide en nature.

2/ L'allocation est attribuée dans la limite d'un plafond mensuel, différent pour chaque GIR ; ces plafonds sont de fait indexés de telle sorte que leur révision annuelle ne peut pas être inférieure à l'évolution des prix.

3/ L'APA n'est pas soumise à condition de ressources ; elle est donc attribuée à toutes les personnes dépendantes. **Son montant est partagé entre le département et la personne dépendante, la ligne de partage variant avec les ressources du bénéficiaire. En guise de participation, un ticket modérateur (ou « talon ») est exigé du bénéficiaire de l'APA.**

4/ L'aide diminue sensiblement avec le revenu. Ainsi une augmentation de 1€ de l'assiette se traduit, pour une personne au plafond, par une augmentation de la participation de 0,23 € en GIR 4, contre 0,54 € en GIR 1.

- ◆ les exonérations de cotisations sociales prévues pour les personnes âgées dépendantes pour les emplois à domicile ; celles-ci représentent une charge de 1 Md€ en 2010 ;
- ◆ les soins de ville et d'hospitalisation, pour 3,1 Md€ ;
- ◆ plusieurs dépenses fiscales, pour un montant de 417 M€, et dont la principale est la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile (244 M€ et 220 000 bénéficiaires en 2010) ;
- ◆ l'action sociale des caisses de retraite, évaluée par la direction du budget à 660 M€ ; en effet, la mise en place de l'APA a conduit ces dernières à redéployer leurs aides vers les GIR 5 et 6. Leurs aides peuvent couvrir les dépenses d'aide ménagères mais également des actions préventives, visant par exemple à retarder l'âge de l'entrée dans la dépendance ;
- ◆ enfin, les dépenses d'action sociale des collectivités locales ; moins importantes et moins connues que les précédentes, elles ont été évaluées pour les départements à 82 M€ en 2008⁶, et à 170 M€⁷ pour **les actions financées par les communes, particulièrement mal connues.**

2.2. En établissement, l'aide publique transite pour l'essentiel par la solvabilisation des dépenses de soins

En établissement, la dépense publique repose sur huit principales aides (cf. annexe I) :

- ◆ l'APA (1,8 Md€ en 2010, et 458 000 bénéficiaires), qui est une aide en espèce à la personne dépendante hébergée en établissement ;
- ◆ l'objectif global de dépenses (OGD - 8,1 Md€ en 2010), qui comporte l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médicosocial (7,2 Md€), et une contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des établissements et services médicosociaux (0,9 Md€) ;
- ◆ le financement des unités de soins de longue durée (USLD - 990 M€) ;
- ◆ les soins de ville et d'hospitalisation (1,9 Md€) ;

⁶ Les dépenses d'aide sociale départementale en 2008, DREES, Études et résultats n° 714, janvier 2010.

⁷ Direction du budget.

- ◆ l'Aide sociale à l'hébergement (ASH) nette, évaluée à 1,2 Md€ ; néanmoins, la connaissance de cette aide reste lacunaire, tant dans son fonctionnement que dans les masses financières qu'elle représente, et ne permet pas de cerner avec précision la diversité des pratiques concernant cette aide en matière de calcul du montant de cette allocation, de recours aux obligés alimentaires et de récupération sur succession. **De ce fait, le groupe n° 4**, en partenariat avec le secrétariat général du Haut conseil de la famille (HCF), l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Assemblée des départements de France (ADF), **a conduit une enquête relative à l'ASH auprès des Conseils généraux**⁸ (cf. encadré suivant et annexe V) ;

Encadré 2 : L'Aide sociale à l'hébergement (ASH)

1/ Caractéristiques générales :

L'Aide sociale à l'hébergement (ASH), qui est attribuée par les départements, vise à prendre en charge les frais d'hébergement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans accueillis en établissements médicosociaux qui ne peuvent pas faire face à ces frais.

L'intervention du département est subsidiaire. On fait appel tout d'abord aux ressources des personnes hébergées elles mêmes : la contribution de l'intéressé au coût de son hébergement s'élève à 90% de ses ressources (y compris son éventuelle aide au logement - ALS/APL), sous contrainte que celui-ci dispose, après contribution, d'au moins 1% du montant annuel du minimum vieillesse (soit environ 85 € par mois en 2010).

On fait appel ensuite aux obligés alimentaires de la personne hébergée. Enfin l'ASH peut être récupérée sur l'actif successoral au décès du bénéficiaire⁹ ; le solde reste à la charge du département.

2/ L'obligation alimentaire :

L'enquête conduite a révélé les éléments suivants :

- le recours aux petits enfants semble largement abandonnée ;
- les sommes demandées aux obligés alimentaires sont égales à 8,5% des dépenses nettes exposées par les départements ;
- si on les rapporte au nombre d'allocataires, les sommes récupérées sur les obligés alimentaires représentent 58 € par mois en 2009, et 68 € par mois en 2010. Ce résultat recouvre cependant des réalités très différentes selon les familles et les départements. En effet :
 - tous les allocataires n'ont pas d'obligés alimentaires ;
 - tous les obligés alimentaires ne sont pas identifiés ;
 - tous les obligés alimentaires identifiés ne se voient pas demander une participation.
- on compte en moyenne 0,6 obligé alimentaire effectivement mis à contribution pour un allocataire de l'ASH ; au final, la participation moyenne des obligés effectivement mis à contribution s'élève à environ 110 € par mois, avec des variations significatives entre départements,
- à partir de quelques cas types simples, les réponses au questionnaire permettent de mesurer l'intensité de l'effort des obligés alimentaires :
 - les taux d'effort sont en moyenne plutôt faibles, y compris lorsqu'on les rapporte au revenu par unité de consommation, le cas échéant net de loyer ; le taux d'effort moyen ne dépasse 5% du revenu primaire par unité de consommation (uc) et net de loyer qu'au-delà d'un revenu de 2000 € par mois par uc ;
 - la contribution demandée au titre de l'obligation alimentaire tient compte assez systématiquement du niveau de revenu et de la taille de la famille ; les ménages aux revenus les plus faibles ne sont pas soumis à l'obligation alimentaire dans la majorité des départements, et le taux d'effort est progressif avec le revenu dans tous les départements ;
 - 40% des départements différencient le montant de l'obligation alimentaire pour tenir compte des charges spécifiques des locataires ;

⁸ 51 conseils généraux ont répondu au questionnaire du groupe n° 4. L'enquête permet de disposer de données sur 57% des bénéficiaires de l'ASH, et porte sur 41 à 58% de la dépense d'ASH.

⁹ Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Alain Vasselle, juillet 2008, p. 47.

- il existe cependant d'importantes disparités entre départements ; par exemple, dans certains départements, une contribution n'est demandée qu'aux obligés alimentaires dont le revenu dépasse un montant significatif (au delà de 2000 € mensuels pour un célibataire sans charge de logement, au delà de 3000 € mensuels pour un couple avec deux enfants).

3/ La récupération sur succession :

L'enquête révèle les points suivants :

- presque tous les départements ayant répondu pratiquent les récupérations sur succession à partir du premier euro de patrimoine ; le montant récupéré n'est plafonné que par 4 conseils généraux ;
- si tous les décès d'allocataires ne conduisent pas à une récupération (patrimoine insuffisant, difficultés de mise en œuvre de la récupération), les données recueillies montrent que plus de 80% des successions font l'objet d'un recours effectif ;
- les montants récupérés sont relativement faibles, avec en moyenne environ 10 000 € par allocataire décédé. Ces moyennes cachent cependant des disparités importantes entre départements (la moyenne des montants repris varie de 1 500 € à 50 000 €, et le montant total des récupérations rapporté aux dépenses nettes d'ASH varie de moins de 3% à 33% selon les départements), mais également entre bénéficiaires.

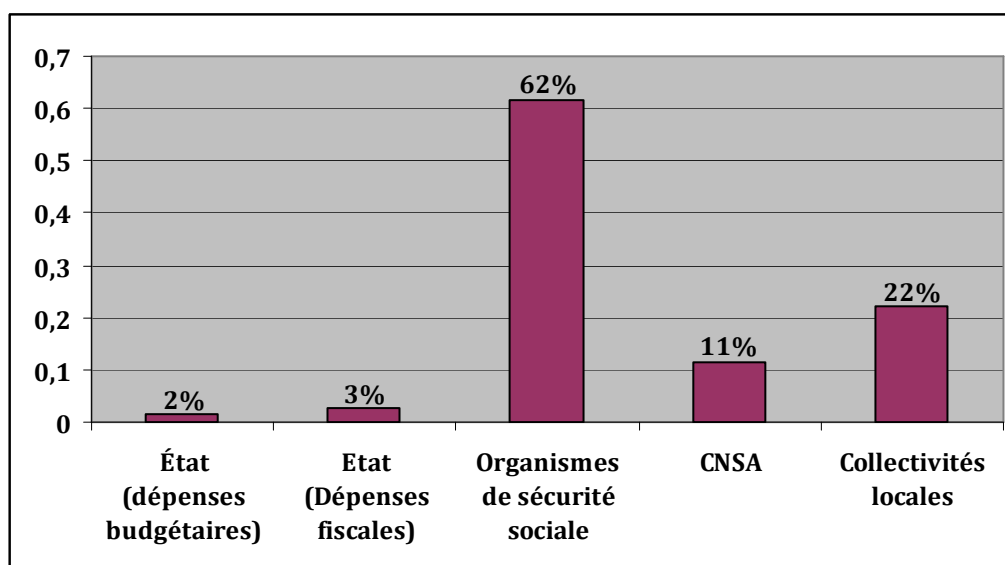
Les allocataires sont donc en majorité des personnes sans ou avec très peu de patrimoine, ce qui est relativement cohérent avec leur niveau de revenu.

- ◆ les aides au logement en établissement, qui sont allouées sous condition de ressources aux personnes âgées de plus de 65 ans (406 M€) ;
- ◆ diverses actions de la CNSA en faveur des établissements (1,3 Md€) ;
- ◆ plusieurs dépenses fiscales, évaluées à 180 M€ en 2010, dont la principale est la réduction d'impôt sur le revenu pour frais de dépendance et d'hébergement (175 M€ en 2010 pour 320 000 ménages classés en GIR 1 à 6).

2.3. L'assurance maladie est le premier contributeur public de la dépendance avec plus de la moitié de la dépense à sa charge

L'effort public consacré à la prise en charge de la dépendance est principalement financé par l'assurance maladie et, dans une moindre mesure, par les départements et l'État.

Graphique 2 : Ventilation des dépenses publiques consacrées à la dépendance en fonction des financeurs (% , 2010)

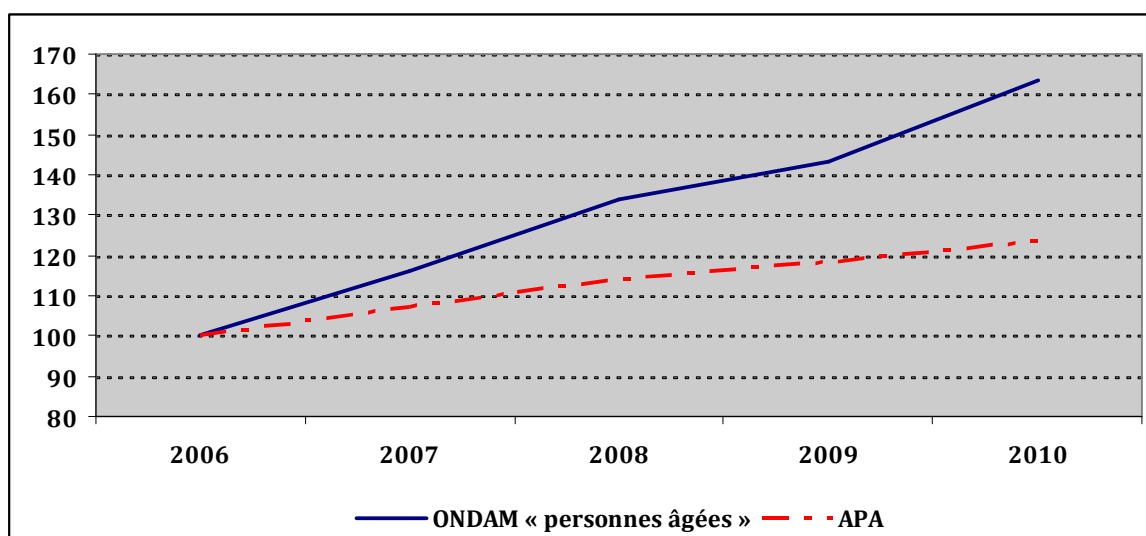


Source : Calculs du rapporteur.

Les caisses de sécurité sociale sont en effet de loin les principales contributrices à la dépendance, avec des dépenses d'environ 15 Md€ (62% de la dépense) :

- ◆ le montant de la contribution de l'assurance maladie s'est établi, en 2010, à environ 13 Md€ suivant le périmètre « usuel » retenu par la Cour des comptes, et à 10,5 Md€ selon la DREES (*cf. supra*) ;
- ◆ l'assurance maladie est par ailleurs le financeur public qui a connu l'évolution de ses dépenses de dépendance la plus dynamique, notamment par rapport aux départements. À titre d'exemple, l'ONDAM médicosocial « personnes âgées » a ainsi cru de plus de 63% depuis 2006¹⁰, contre une croissance de 23% pour l'APA ;

Graphique 3 : Évolutions de l'ONDAM médicosocial « personnes âgées » et de la dépense d'APA (base 100 en 2006)



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale ; CNSA.

- ◆ les exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les particuliers employeurs, et plus particulièrement les personnes âgées dépendantes employant une aide à domicile, sont estimées à 1 Md€ ;
- ◆ les dépenses de la branche vieillesse en faveur de la dépendance se sont établies en 2010 à 727,3 M€.

Les collectivités locales apparaissent comme le second contributeur de la dépense. Avec les lois de décentralisation, les départements ont désormais la charge des prestations d'aide sociale aux personnes âgées, qui recouvrent les dépenses d'APA, celles de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et plus marginalement, les dépenses de l'aide à domicile (5 Md€).

Les autres financeurs interviennent pour 15% de la dépense :

- ◆ la CNSA vient compléter les financements apportés par les départements et les caisses de sécurité sociale ;

¹⁰ Selon la direction de la sécurité sociale, les modifications de périmètre intervenues sur la période 2006-2010 ne modifient pas le constat précédent :

- d'une part, les changements de périmètres sur l'ONDAM-PA portent sur 350 M€ en cumulé, alors que l'ONDAM-PA est passé sur la même période de 4,4 Md€ à 7,2 Md ;
- d'autre part, même en prenant en compte les USLD (qui ne sont pas, en soi, un changement de périmètre), le sens de l'évolution comparée n'est pas davantage modifié.

L'Assemblée des départements de France (ADF) estime pour sa part que des dépenses de soins nouvelles ont été mises à la charge des établissements, sans toutefois faire l'objet de transferts complets entre les ONDAM soins de ville et hospitaliers, et l'ONDAM-PA.

- ◆ l'État intervient principalement par le biais de nombreuses dépenses fiscales, évaluées à 644 M€ ; par ailleurs, il finance également les dépenses liées à l'APL (Aide personnalisée au logement) et à l'ALS (Allocation de logement à caractère social), pour un montant de 406 M€ en 2010.

3. L'APA constitue la principale aide publique en faveur de la dépendance

Parmi les aides publiques, les deux composantes de l'APA (à domicile et en établissement), occupent une place prépondérante par leur poids (5,3 Md€ en 2010), ainsi que par leur nombre de bénéficiaires (1 185 000 bénéficiaires au 30 septembre 2010 selon la DREES) :

- ◆ **l'APA à domicile**, d'un montant moyen mensuel de 491 €, est perçue par 727 000 personnes à la fin de l'année 2010 (61,4% des bénéficiaires) ;
- ◆ **l'APA en établissement**, d'un montant moyen mensuel de 288 €, est perçue par 458 000 personnes (38,6% des bénéficiaires).

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Tableau 9 : Ventilation par GIR et par lieu de vie du nombre de bénéficiaires de l'APA et de la dépense publique annuelle d'APA (2010, M€)

	Domicile				Établissement				Ensemble			
	Nombre (milliers)	% du total de bénéficiaires	Dépense publique (M€)	% du total de la dépense	Nombre (milliers)	% du total de bénéficiaires	Dépense publique (M€)	% du total de la dépense	Nombre (milliers)	% du total de bénéficiaires	Dépense publique (M€)	% du total de la dépense
GIR 1	19	1,6%	187	3,5%	68	5,7%	1383	26,1%	87	7,3%	2548	48,1%
GIR 2	130	10,9%	978	18,5%	211	17,8%			341	28,8%		
GIR 3	157	13,3%	882	16,6%	71	6,0%	438	8,3%	228	19,2%	2750	51,9%
GIR 4	421	35,5%	1430	27,0%	108	9,1%			529	44,6%		
Ensemble	727	61,4%	3477	65,6%	458	38,6%	1821	34,4%	1185	100,0%	5297	100,0%

Source : Calculs du rapporteur, à partir des chiffres de l'enquête trimestrielle de la DREES au 30 septembre 2010.

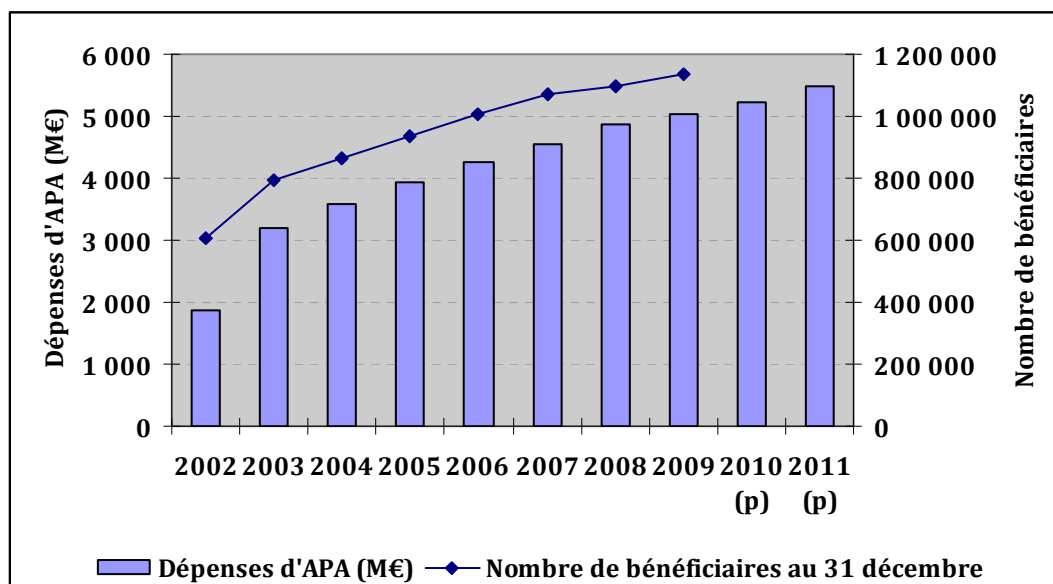
Les travaux du groupe montrent que la gestion de l'APA soulève de nombreux enjeux, tant du point de vue de l'équité de traitement entre les personnes âgées que des finances publiques.

3.1. L'APA à domicile croît à un rythme que n'expliquent pas les seuls facteurs démographiques

L'APA a fortement cru depuis sa création, sans que sa croissance soit totalement expliquée par l'évolution du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans ; cette croissance est particulièrement forte pour les personnes **relevant du GIR 4 à domicile** :

- ◆ le taux de croissance annuel moyen de l'APA sur la période 2002-2010 a été de +12,8%. Ce taux s'est progressivement réduit, mais reste supérieur à 4% par an ;
- ◆ le nombre de personnes en GIR 4 a cru en moyenne annuelle pondérée de +9,1% depuis 2003, contre une croissance annuelle moyenne pondérée tous GIR confondus de +7,3% ;
- ◆ le nombre de personnes en GIR 4 à domicile a cru en moyenne annuelle de +10,7%, contre une moyenne de +4,4% en établissement ;

Graphique 4 : Évolution du nombre de bénéficiaires et des montants de l'APA



Source : CNSA.

- ◆ **le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile explique l'essentiel de la croissance du nombre d'allocataires.** Ainsi, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a cru en moyenne annuelle pondérée de +9,3% entre 2003 et 2010, contre +4,7% pour le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement.

3.2. Les plans d'aide des personnes ayant un GIR élevé présentent des taux de saturation élevés

En 2007, 26% des plans d'aide étaient « saturés », c'est-à-dire d'un montant égal au plafond ; **la saturation des plans d'aide est supérieure pour les personnes en GIR 1 et 2** (respectivement 44% et 36% des plans). Pour les services au dessus du plafond, le RAC des personnes dépendantes n'est atténué que pour des ménages qui bénéficient de la dépense fiscale (au taux de 50%).

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Ce phénomène de « saturation » pourrait suggérer, pour certaines catégories de GIR, que le calibrage de l'APA ne permet pas de financer toutes les aides à domicile.

Tableau 10 : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile ayant un plan d'aide saturé au 31 décembre 2007 selon le niveau de GIR (en %)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Hommes	36%	28%	23%	18%	22%
Femmes	47%	40%	32%	22%	28%
Ensemble	44%	36%	30%	21%	26%

Source : DREES.

3.3. Le GIR 4, qui représente plus de la moitié de la dépense de l'APA, apparaît trop imprécis

En outre, des interrogations sont apparues concernant le GIR 4 (cf. annexe III) :

- ◆ le nombre de bénéficiaires en GIR 4 croît de manière plus dynamique que les autres catégories de GIR (ainsi, le nombre de GIR 4 a cru en moyenne annuelle pondérée de +9,1%, contre une croissance annuelle moyenne pondérée de +7,3%) ; toutefois, en distinguant entre l'APA à domicile et l'APA en établissement, on constate que le nombre de bénéficiaires de GIR 4 a surtout cru pour l'APA à domicile (+10,7% à domicile entre 2003 et 2010, contre +4,4% en établissement) ;

Tableau 11 : Taux de croissance annuelle moyen pondéré du nombre de bénéficiaires de l'APA (2003-2010)

	APA à domicile	APA en établissement	Ensemble de l'APA
GIR 1	2,8%	1,8%	2,0%
GIR 2	7,6%	6,8%	7,1%
GIR 3	8,3%	2,5%	6,2%
GIR 4	10,7%	4,4%	9,1%
Ensemble des GIR	9,3%	4,7%	7,3%

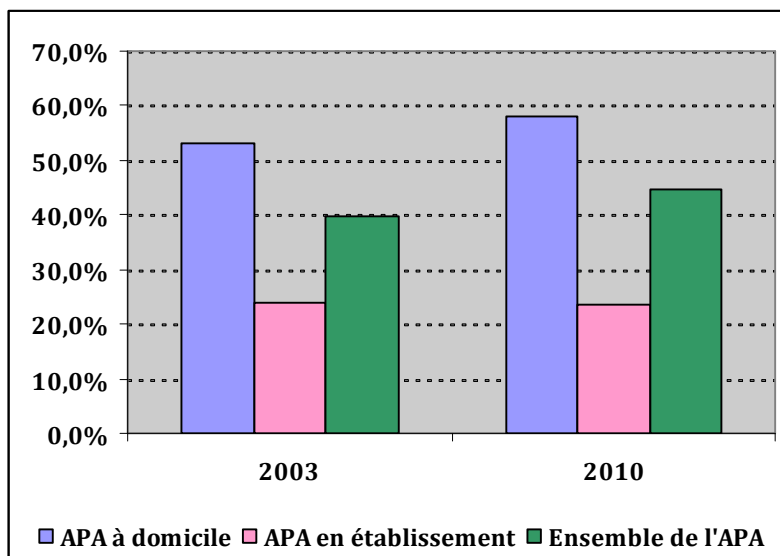
Source : Calculs du rapporteur.

- ◆ plusieurs études, confirmées par les travaux du groupe n° 1, ont pointé de **fortes disparités dans la gestion et l'attribution de l'APA**, notamment en matière d'attribution du GIR 4 : si la part des bénéficiaires de l'APA relevant du GIR 4 est en moyenne de 45% du nombre total de bénéficiaires, elle varie de 30% à 51% suivant les départements ;
- ◆ **le GIR 4 caractérise des niveaux de dépendance sensiblement différents, et apparaît comme insuffisamment précis.**

Au total, les personnes classées en GIR 4 représentent en 2010 :

- ◆ près de 45% du nombre d'allocataires de l'APA, contre 40% en 2003 ;
- ◆ près de 58% du nombre d'allocataires de l'APA à domicile, contre 53% en 2003 ; cette croissance significative contraste avec la stabilisation des personnes en GIR 4 hébergées en établissement (près de 24% en 2003 et en 2010).

Graphique 5 : Poids du GIR 4 dans le nombre total de bénéficiaires de l'APA (%)



Source : Calculs du rapporteur.

3.4. Le patrimoine n'est que faiblement pris en compte dans le barème de l'APA

L'APA ne prend en compte que de manière marginale le patrimoine des bénéficiaires (capital « dormant »), contrairement aux pratiques observées dans certains pays (cf. annexe IV).

Encadré 3 : Ressources prises en compte pour le calcul de l'APA

Toutes les ressources du demandeur ne sont pas prises en compte pour la détermination du montant de l'APA. Ces ressources comprennent les éléments suivants :

- le revenu déclaré avant abattements fiscaux, tel que mentionné dans le dernier avis d'imposition ;
- les revenus soumis à prélèvement obligatoire ;
- le capital « dormant », c'est-à-dire les biens ou capitaux qui ne sont ni exploités ni placés, mais qui sont censés procurer aux intéressés un revenu annuel évalué sur la base de leur valeur locative (biens immeubles) ou de leurs montants (biens mobiliers).

À l'inverse, l'assiette des ressources ne prend pas en compte :

- la valeur de la résidence principale ;
- les pensions alimentaires et concours financiers apportés par les descendants ;
- les rentes viagères constituées pour faire face à l'autonomie ;
- les prestations en nature au titre de l'assurance maladie, invalidité, accident du travail, CMU etc... ;
- l'APL (Aide personnalisée au logement) et l'ALS (Allocation de logement à caractère social).

4. L'étude des restes à charge en établissement révèle des montants importants

Les estimations de dépenses privées réalisées par le groupe sont moins précises, en raison du manque de données fiables ; en retenant certaines hypothèses conventionnelles (cf. annexe I), les dépenses privées sont évaluées à environ 10,7 Md€ - 7,3 Md€ si l'on exclut les dépenses incompressibles de « gîte et de couvert ».

Tableau 12 : Évaluation du reste à charge national

	Montant (Md€)
Dépendance / perte d'autonomie	1,7
Hébergement	8,2
<i>Dont dépenses de « gîte et de couvert »</i>	3,4
Soins	0,7
Total	10,7
Total après retranchement des dépenses de « gîte et de couvert »	7,3

Source : Calculs du rapporteur.

Cependant, ce montant agrégé de la dépense privée ne fournit qu'une information partielle sur l'impact financier de la dépendance, ainsi que sur l'effet de la solvabilisation de l'aide publique :

- ◆ d'une part, la connaissance de l'évolution des restes à charge¹¹ (RAC) en fonction du revenu s'avère indispensable si l'on souhaite évaluer l'efficacité de l'aide publique ;
- ◆ d'autre part, l'étude de l'articulation des différentes aides publiques, et de leurs effets cumulés, ne peuvent être entreprises qu'au niveau individuel.

De ce fait, le groupe a procédé à l'étude des restes à charge individuels résultant de la dépendance, à la fois à domicile et en établissement (*cf. annexe II*).

4.1. Les restes à charge à domicile sont mal connus

À domicile, les restes à charge des personnes âgées dépendantes sont mal connus. En effet, il n'existe pas d'enquête ou de données sur population « réelle » ; par ailleurs, les dépenses exposées par les ménages au dessus des plafonds de l'APA ne sont pas connues.

De ce fait, le groupe a réalisé des simulations sur des « cas-types », lui permettant d'établir plusieurs constats sur les effets des aides publiques, sur les RAC des bénéficiaires et sur leurs taux d'effort.

Encadré 4 : Cas types étudiés à domicile

Les simulations du groupe n° 4 ont été réalisées sur la base des hypothèses suivantes :

- la personne âgée dépendante (non-invalide) est allocataire de l'APA ;
- 90% de son plan d'aide concerne un emploi à domicile ;
- pour chaque GIR (groupe iso-ressources), quatre niveaux de plans sont suivis :
 - le plan moyen ;
 - le plan plafonné ;
 - un plan égal à 115% du plafond
 - un plan égal à 150% du plafond;
- l'APA et la dépense fiscale sont consolidées (dans la réalité, elles sont déconnectées car la dépense fiscale est décalée d'une année) ;
- le plafond retenu est le plafond applicable pour les années qui suivent la première année d'emploi.

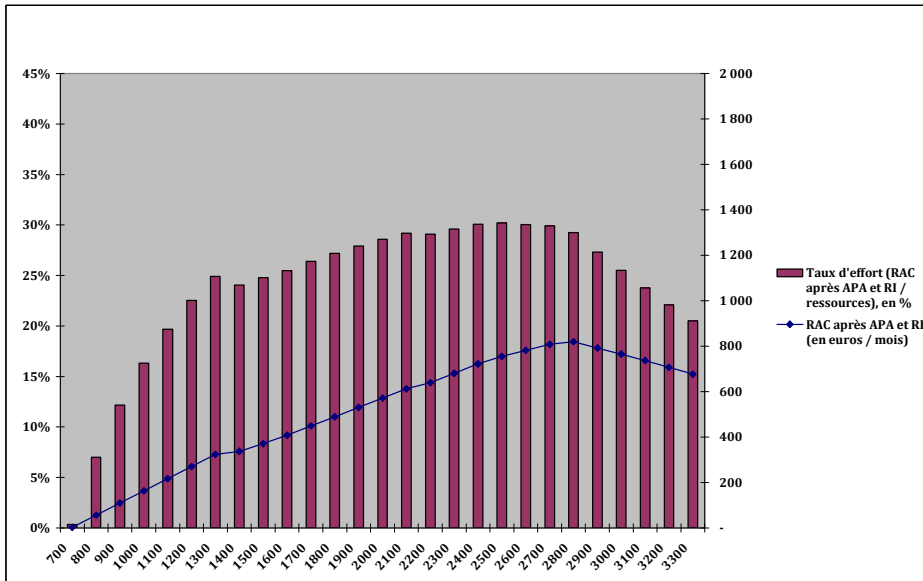
Les simulations du groupe, dont deux exemples portant sur la situation des GIR 1 et 4 ayant un plan plafonné sont présentés ci-dessous, suggèrent que les aides publiques varient de manière progressive avec le niveau de revenu ; ainsi, on n'observe pas de courbe « en U ». Par ailleurs, elles croissent avec le niveau de GIR, et avec le montant du plan.

¹¹ Le reste à charge (RAC) est la différence entre les montants tarifés par les établissements et les aides publiques.

Concernant les taux d'effort, il convient de relever que des écarts très importants existent entre le GIR 4 (et dans une moindre mesure le GIR 3) et les GIR 1 et 2. En effet, le taux d'effort en GIR 4 apparaît faible, notamment par rapport aux taux des autres GIR ; ainsi, pour un plan moyen, le taux d'effort en GIR 4 est d'environ 5%, contre environ 15% pour un GIR 2 et 30% pour un GIR 1.

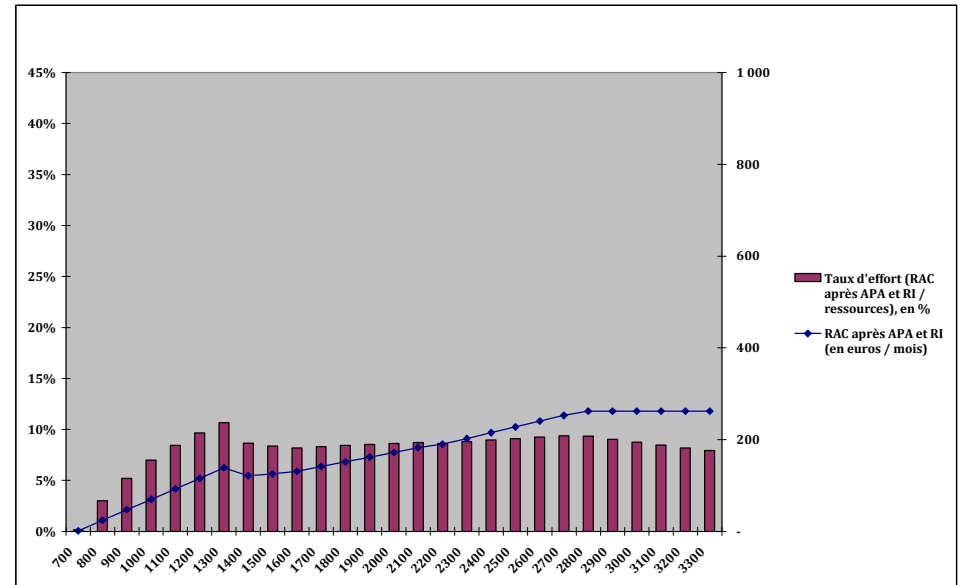
Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Graphique 6 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en **GIR 1**, dont le plan est **au plafond**



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

Graphique 7 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en **GIR 4**, dont le plan est **au plafond**



4.2. Les RAC en établissement s'élèvent en 2007 à environ 1 400 € par mois

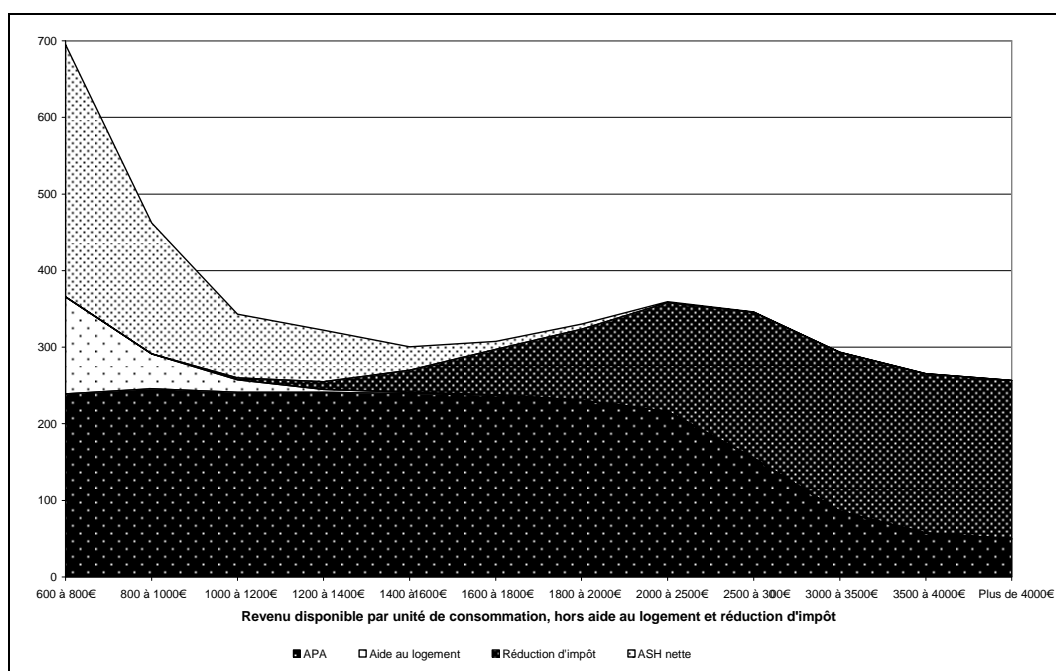
En établissement, une étude récente de la direction de la recherche des études et des statistiques (DREES)¹² permet d'apprécier les dépenses privée et publique au niveau individuel, même si plusieurs limites méthodologiques doivent être relevées :

- ◆ l'étude porte sur les RAC en maisons de retraite (soit 450 000 résidents) ; les unités de soins de longue durée (ULSD) et les logements foyers sont donc exclus du champ ;
- ◆ la situation de l'ensemble des résidents est analysée, y compris ceux qui ne sont pas éligibles à l'APA (résidents en GIR 5 et 6) ;
- ◆ enfin, les données portent sur l'année 2007.

Il ressort de cette étude que **la dépense en établissement était, en 2007, de 1938 € par mois¹³**. Avec une **aide publique totale moyenne de 470 € par mois** (soit un quart de la dépense)¹⁴, **le RAC moyen s'élève à 1468€ par mois¹⁵**, et est supérieur au revenu disponible courant des résidents.

Le graphique suivant montre que l'APA est modulée avec le revenu¹⁶ ; toutefois, il a été établi suivant l'hypothèse que le talon est modulé et individualisé, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas dans les faits. Par conséquent, l'aide pourrait être plus importante pour les personnes les plus fortunées, et l'on pourrait observer une courbe « en U ».

Graphique 8 : Montants moyens des aides accordées en fonction des ressources (€, 2007)



Sources : DREES – modèle Autonomix.

Champ : France métropolitaine, résidents en maison de retraite.

¹² *Évaluation du reste à charge en établissement*, DREES, février 2011.

¹³ Dont 377 € pour la dépendance, et 1 554 € pour l'hébergement ;

¹⁴ L'APA représente en moyenne 230 €, les aides au logement et l'aide sociale 209 €, et la dépense fiscale 31 €.

¹⁵ Dont 147 € pour la dépendance, et 1 321 € pour l'hébergement.

¹⁶ Lorsque ce n'est pas le cas, la situation des ménages les plus aisés est meilleure que celle des plus modestes : on est alors devant une courbe « en U ».

Encadré 5 : La participation théorique du bénéficiaire de l'APA en établissement

La participation du bénéficiaire de l'APA en établissement (ticket modérateur ou « talon ») est calculée en fonction du tarif de dépendance ; il n'y a donc pas d'exonération de participation selon les ressources :

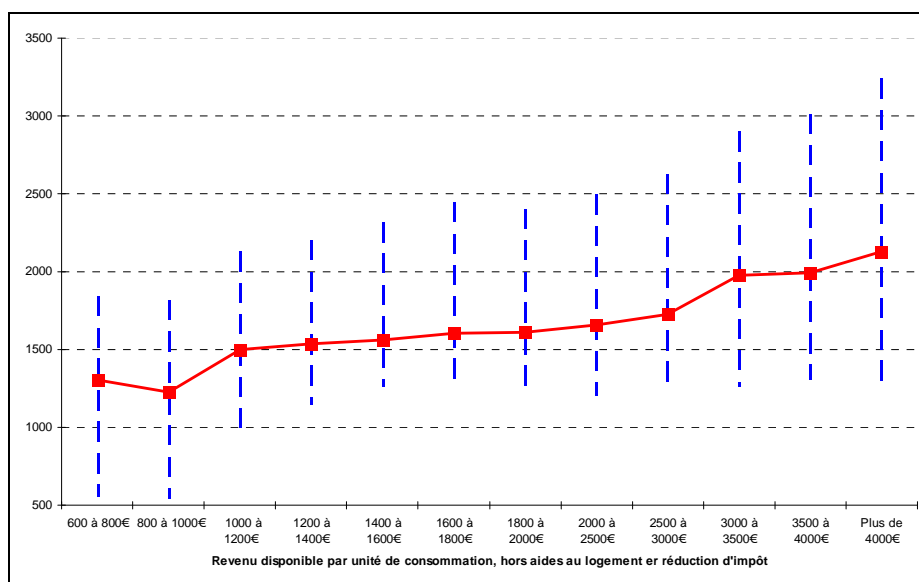
- les personnes dont le revenu est inférieur à 2,21 majorations pour tierce personne (MTP, soit 2 294,78 € au 1^{er} avril 2010) acquittent une participation fixe, égale au montant mensuel du tarif dépendance de l'établissement pour les GIR 5 et 6 ;
- les personnes dont le revenu est compris entre 2,21 MTP et 3,40 MTP (soit 2 294,77 € et 3 530,42 € au 1^{er} avril 2010) acquittent une participation égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, auquel s'ajoute, selon le niveau des revenus, de 0 % à 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire ;
- enfin, celles dont le revenu est supérieur à 3,40 MTP (soit 3 530,42 € au 1^{er} avril 2010) acquittent une participation fixe, égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, plus 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire.

Par ailleurs, le reste à vivre¹⁷ (RAV) des résidents apparaît, en moyenne, globalement négatif (261 € par mois). Plus généralement, les résidents dont le reste à vivre est négatif sont nombreux. Il s'agit :

- ♦ de résidents de revenus très modestes refusant de recourir à l'ASH ; l'aide au logement qu'ils perçoivent est très faiblement solvabilisatrice ;
- ♦ de résidents un peu plus aisés, qui sont au dessus des points de sortie de l'aide au logement, et n'ont pas (ou n'ont qu'une faible) réduction d'impôt. Un nombre élevé de ces résidents ne demandent pas non plus l'ASH ;
- ♦ de résidents de revenus nettement supérieurs qui sont hébergés dans des structures à tarif élevé (et qui ne demandent pas l'ASH ou sont hébergés dans des établissements non agréés à l'aide sociale).

Il résulte du graphique suivant que les restes à vivre négatifs sont concentrés sur les « petites classes moyennes », mais qu'on en trouve même dans des ménages plus aisés :

Graphique 9 : Reste à charge – médiane et écart interdécile (€, 2007)



Sources : DREES – modèle Autonomix

Champ : France métropolitaine, résidents en maison de retraite

Lecture : Pour les résidents dont le niveau de vie n'excède pas 800 € par mois, le RAC médian est de 1302 €, 10% de ces personnes ont un RAC inférieur à 560€ et 10% un RAC supérieur à 1833€.

¹⁷ Le reste à vivre (RAV) est la différence entre le revenu de la personne et son RAC.

Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec précaution pour les raisons suivantes :

- ◆ l'étude de la DREES ne prend pas en compte l'action sociale de la branche vieillesse et des collectivités locales ;
- ◆ les personnes les plus modestes bénéficient d'un RAV positif lorsqu'elles bénéficient de l'ASH ; celui-ci est égal à 10% de leurs ressources, avec un minimum fixé à 1% du minimum vieillesse annuel¹⁸ ;
- ◆ il conviendrait en outre en toute rigueur de retirer du RAC les dépenses de « gîte et de couvert », qui auraient de toute façon été exposées par la personne âgée quel que soit son lieu de vie et son niveau de dépendance ;
- ◆ enfin, la durée où le RAV est négatif est, statistiquement, limitée dans le temps ; ainsi, pour une dépendance moyenne de deux ans, les besoins de financement s'établissent à 3 132 € par an, soit 6 264 € pour deux années¹⁹ ; il existe cependant des situations, peu fréquentes, avec des durées élevées.

4.3. Le mode de financement du RAC est mal connu à ce jour

Compte tenu du taux de non-recours à l'ASH (environ 50% des bénéficiaires potentiels), les personnes âgées dépendantes doivent mobiliser différentes sources de financement pour faire face à ce RAC. Cependant, **il n'existe pas actuellement de données fiables et exhaustives sur les modalités de ce financement privé**. En théorie, celui-ci peut provenir :

- ◆ du revenu courant des personnes âgées dépendantes (pensions de retraite de la personne dépendante ; pensions de retraite de leur conjoint ; rentes ; autres revenus mobiliers ou fonciers) ;
- ◆ des complémentaires « santé » pour les dépenses de soins ;
- ◆ de la mobilisation de leur patrimoine (ponction sur l'épargne, assurance-vie, titres mobiliers ; vente de leur patrimoine immobilier ; location de leur habitation principale en cas de placement en établissement) ;
- ◆ de l'aide reçue de leur famille, soit de manière spontanée, soit en cas de mise en jeu de l'obligation alimentaire²⁰.

4.4. L'assurance privée ne joue qu'un rôle mineur dans la réduction du reste à charge

L'assurance privée peut également, en théorie, constituer un mode de réduction du RAC privé. Cependant, celle-ci ne remplit actuellement qu'une fonction de solvabilisation modeste (cf. annexe VI).

Avec 5,5 millions de contrats en 2010, dont 40% environ sur le contrat MGEN, le marché français de l'assurance dépendance apparaît en effet peu développé, même s'il l'est plus que dans les autres pays de l'OCDE :

- ◆ le montant des cotisations encaissées s'est élevé à environ 550 M€ en 2010 ;
- ◆ le montant cumulé des provisions constituées pour la couverture du risque était d'environ 3 650 M€ ;

¹⁸ Soit 85 € par mois en 2010.

¹⁹ Pour un RAV négatif moyen évalué par la DREES à 261 € par mois, le besoin de financement annuel moyen, pour que le RAV soit nul, est de 3 132 €.

²⁰ Ces derniers bénéficient alors d'une déduction de leur revenu imposable de l'aide apportée à leurs ascendants.

- ♦ **il y a actuellement 15 000 rentes versées, pour un montant global de 94 M€ et un montant moyen d'environ 520 € par mois.**

Tableau 13 : États des lieux du marché français de la dépendance (2010)

Démarche d'adhésion à la garantie dépendance	Types de garantie	Durée de la garantie	Personnes assurées (milliers)	Cotisations perçues (M€)	Provisions (M€)
Facultatif	Garantie principale	Durée viagère	1 156	421	2 959
	Garantie optionnelle	Durée viagère	155	ND	ND
	Garantie en inclusion	Durée temporaire	27	3	10
Obligatoire	Garantie principale	Durée viagère	600	34	320
		Durée temporaire	20	1	ND
	Garantie en inclusion	Durée viagère	470	25	217
		Durée temporaire (y compris MGEN)	3 056	64	131
Total			5 500	550	3 650

Sources : FNMF, GEMA, FFSA, CTIP.

Les contrats présentent une forte hétérogénéité, tant pour leur nature juridique que pour l'étendue de leur couverture ou le montant de leurs cotisations :

- ♦ **en nombre, les contrats actuels sont principalement des contrats facultatifs²¹**, où la dépendance est en inclusion dans un contrat principal (en général, **il s'agit de contrats de complémentaire santé**) ;
- ♦ si **les contrats actuels couvrent principalement la dépendance « élevée »** (par exemple les GIR 1 et 2), ils tendraient de plus en plus à couvrir partiellement la dépendance « faible » (GIR 3 et 4) ;
- ♦ **les montants de rente diffèrent fortement** ; alors que la MGEN verse une rente mensuelle de 120 € (ainsi que des prestations complémentaires de maintien à domicile de 500 € par an, et un pré-financement de services d'aides à domicile allant jusqu'à 20 heures par mois), la plupart des contrats proposent une rente d'environ 500 à 600€ ;
- ♦ **les montants de cotisations ont une forte variabilité²², sans que le montant de la rente l'explique totalement** : par exemple, pour une souscription « à fonds perdus » à l'âge de 62 ans, les montants de cotisation varient de moins de 23,46 € à 46,80 € par mois ;
- ♦ **les cotisations peuvent évoluer en fonction de la réalisation du risque²³**, sans que les méthodes de revalorisation des cotisations soient toujours clairement explicitées ;
- ♦ **les contrats ne font actuellement pas l'objet d'une « transférabilité »** d'une compagnie à une autre.

²¹ En toute rigueur, les contrats MGEN, qui apparaissent dans le tableau n°13 dans la ligne « contrats obligatoires – garantie en inclusion annuelle », devraient être comptabilisés dans la ligne « contrats facultatifs ».

²² D'autres facteurs que le niveau de rente peuvent expliquer les écarts de niveau de cotisations. Empiriquement, la cotisation est d'autant plus faible :

- que l'offre ne prévoit pas de versement de capital, ou de prestations annexes ;
- que l'âge de la première cotisation est bas ;
- que la rente versée est faible ;
- que la communauté des assurés est importante en taille – cet effet est maximum quand l'adhésion au contrat présente un caractère obligatoire ;
- que les frais de gestion et la rémunération du capital de l'assureur sont bas.

²³ Par exemple, en cas d'augmentation non prévue du nombre de personnes âgées dépendantes, ou de la durée de dépendance.

Par ailleurs, afin d'éviter le risque « d'antisélection » (cf. *annexe VI*), les assureurs ont mis en place deux mécanismes :

- ◆ un questionnaire médical ;
- ◆ un délai de carence (en cas de maladie neurodégénérative).

Enfin, le groupe a constaté que les méthodes de revalorisation des rentes étaient fondamentales compte tenu de la durée du contrat. Or, celles-ci ne sont actuellement ni transparentes ni réellement protectrices des intérêts des souscripteurs (cf. *annexe VI*).

5. En comparaison internationale, la couverture de la dépendance apparaît en France relativement développée

Afin de compléter son évaluation, le groupe a étudié les différents modèles de couverture de la dépendance des personnes âgées à partir des exemples fournis par les principaux pays développés (cf. *annexe IV*).

En fonction du contexte socio-culturel (poids de la famille et de la tradition sociale), de la structure démographique et de la capacité d'offres de soins, **les réponses apportées au risque de dépendance des personnes âgées apparaissent en première analyse assez diverses d'un pays à l'autre**. Selon la nature de leur financement ou de leur gestion, et l'étendue du rôle confié à la puissance publique, trois familles de modèle peuvent être dégagées²⁴ :

- ◆ **la première famille de modèles de couverture de la dépendance correspond à des systèmes où la protection contre le risque de dépendance relève, en priorité, de la puissance publique**. Parmi les pays les plus représentatifs de ce modèle, on trouve notamment les pays scandinaves, les Pays-Bas et le Japon ;
- ◆ **dans la seconde catégorie de modèles, l'action de la puissance publique intervient en complément de la mobilisation, par la personne âgée dépendante, de ses revenus, de son patrimoine et de l'apport de ses aidants**. Dans le cas allemand, une 5^{ème} branche de protection sociale, et une assurance-dépendance obligatoire, ont été instituées au sein de la branche assurance-maladie. Toutefois, cette assurance ne finance pas tous les coûts de la dépendance ;
- ◆ **le dernier modèle, que l'on peut qualifier de modèle « d'aide sociale », est caractéristique du Royaume-Uni**. Dans ce pays, la prise en charge de la dépendance relève essentiellement des individus eux-mêmes et de la solidarité familiale. **L'État, via les collectivités locales²⁵, concentre son intervention pour les personnes aux revenus les plus modestes**.

Si les différences entre les modèles de couverture de la dépendance des personnes âgées apparaissent, en première analyse, comme assez marquées, elles ne doivent néanmoins pas être surestimées. En effet, **on assiste dans les faits, en raison du vieillissement de la population, à une plus grande convergence des différents modèles :**

- ◆ les modèles de couverture publique, universels et généreux, sont de plus en plus critiqués pour leur coût important. Des projets de réforme plus ou moins aboutis visent à réduire le coût de ces systèmes, et à introduire une plus grande participation des personnes âgées dépendantes, soit directement, soit via des assurances privées ;
- ◆ les modèles où l'essentiel du coût de la dépendance reposait sur les familles ou sur le patrimoine des personnes âgées sont progressivement devenus plus généreux ;

²⁴ *The Long-Term Care System in Germany*, Discussion Paper n° 1 039, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Erika Schulz, Août 2010.

²⁵ Au Royaume-Uni, les collectivités locales sont essentiellement financées par des transferts de l'État.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- ◆ enfin, les régimes où la couverture de la dépendance était réservée aux cotisants (régime « bismarckien ») ont tendance à assurer, de plus en plus, une couverture universelle.

En termes d'effort public, plusieurs éléments peuvent être relevés, même si les comparaisons internationales sont toujours délicates à établir :

- ◆ **le taux de couverture est très variable d'un pays à l'autre** : elle varie de 0,0% (Roumanie), à 3,4% (Pays-Bas) ;
- ◆ **le taux de couverture publique de la France est supérieur de 0,2 point de PIB à la moyenne européenne**, ainsi qu'au taux de couverture de l'Allemagne et du Royaume-Uni. La France est le 7^{ème} pays de l'UE pour sa dépense publique en faveur des personnes âgées dépendantes ;
- ◆ pour les « anciens » États membres, la dispersion de la dépense publique est beaucoup plus faible, ce qui est cohérent avec le fait que **les modèles de couverture ont tendance à converger** ;
- ◆ enfin, les écarts de couverture, pour les « anciens » États membres, ne s'expliquent pas nécessairement par la nature de leur système. Ainsi, le Royaume-Uni et l'Allemagne ont un taux de couverture publique proche de 0,9% de PIB, alors que l'Italie, qui possède un modèle où la couverture publique complémentaire de l'action des familles, y consacre 1,7% de PIB.

**SECONDE PARTIE : LE GROUPE A ÉTUDIÉ TROIS SCÉNARIOS
D'ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE DÉPENDANCE, QUI RÉPONDENT
À DES PHILOSOPHIES RADICALEMENT DIFFÉRENTES**

Les constats établis dans la première partie de ce rapport appellent des réponses de la part de la puissance publique. Cependant, la stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées ne peut être que la réponse à la conception philosophique que l'on se fait de la solidarité nationale, de la place de la famille, et du rôle de la puissance publique. De ce fait, **le groupe a travaillé sur trois scénarios d'évolution du système actuel, qui correspondent à trois conceptions philosophiques cohérentes, mais différentes, de la solidarité nationale. Conformément aux travaux du groupe, les évolutions proposées concernent principalement les personnes âgées dépendantes classées en GIR 1 et 4.**

La première section de cette partie présente les principes fondateurs devant guider une modification de la stratégie de couverture de la dépendance. À partir de ces principes, le groupe a successivement étudié trois grands scénarios, présentés dans les trois sections suivantes :

- ◆ **le premier scénario est fondé sur la consolidation du système actuel**, avec le maintien d'un socle d'aides publiques voisin du système actuel :
 - après en avoir évalué la cohérence, et proposé d'éventuelles améliorations, les moyens de financement permettant d'en assurer la pérennité dans un contexte de croissance de la dépense sont analysés ;
 - ce socle peut être complété par des produits financiers, notamment d'assurance. Il conviendra alors de déterminer la gamme des produits financiers à offrir aux ménages, et les règles qui doivent s'imposer aux opérateurs dans la gestion de ceux-ci.
- ◆ **le second élabore un régime de sécurité sociale, qui se substituerait au dispositif actuel ;**
- ◆ **enfin, le troisième scénario introduit un système en capitalisation d'assurance universelle** qui conduit à une rétraction massive de l'aide publique ; celle-ci serait progressivement remplacée par les rentes servies par les assureurs.

1. Le groupe de travail considère que cinq principes devraient guider la modification du système actuel

Le groupe de travail a considéré que les modifications du système actuel devraient respecter les cinq principes fondamentaux suivants.

1.1. La première des priorités est d'assurer à toutes les personnes âgées dépendantes une offre de qualité

L'ambition d'une offre de qualité pour tous, qui est le premier principe, emporte trois conséquences :

- ◆ **en premier lieu, la Nation devra assumer un niveau de dépense cohérent avec ses ambitions, ainsi qu'avec les évolutions attendues en matière de démographie et de coûts de production :**
 - dans le scénario central étudié par le groupe n° 2, le niveau de dépense augmentera de manière significative avec le vieillissement de la population :

Tableau 14 : Résultats des projections de personnes dépendantes au sens de l'APA

	2010	2030	2060	Évolution 2010-2030	Évolution 2010-2060
Hypothèse haute	1 150 000	1 700 000	2 700 000	x 1,5	x 2,3
Hypothèse intermédiaire	1 150 000	1 550 000	2 300 000	x 1,4	x 2,0
Hypothèse basse	1 150 000	1 400 000	1 850 000	x 1,2	x 1,6

Source : Groupe n° 2 (Scénario central de l'INSEE).

- concernant les coûts des facteurs, le groupe n° 2 a fait l'hypothèse que ceux-ci évolueraient comme les salaires ; leur évolution, et donc la charge qui en résultera par personne dépendante, découlera dans les faits des facteurs suivants :
 - dans le secteur de l'aide à domicile, la situation difficile de certains opérateurs et les besoins de professionnalisation des intervenants pourraient entraîner une augmentation du coût des interventions. À l'inverse, on peut penser que **l'amélioration des procédures de gestion²⁶, ainsi que des efforts de restructuration du secteur, qui sont nécessaires, pourraient compenser ces facteurs de hausse des coûts ;**
 - dans les établissements, l'évolution du taux d'encadrement est un facteur déterminant. Certains intervenants ont indiqué qu'à leurs yeux le ratio actuel était trop bas – pour d'autres, ce taux est suffisant et des réorganisations internes sont plutôt nécessaires. Quoi qu'il en soit, il conviendra à l'avenir de **mieux prendre en compte les exigences d'efficacité et de performance en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)²⁷ ;**
 - pour les soins, une meilleure articulation entre les dépenses de ville, les EHPAD et les établissements hospitaliers, ainsi qu'**une organisation plus performante du parcours de soins** permettraient de dégager des marges financières substantielles dans un horizon temporel de moyen terme.
- ♦ **en second lieu, il conviendra de refuser un système dual**, où les plus modestes n'auraient pas accès à un niveau de service correct faute de ressources permettant de compléter l'aide publique. Par conséquent, des taux de prise en charge égaux ou voisins de 100% et des taux significativement élevés pour les petites « classes moyennes » doivent être visés. Pour le reste de la population, un taux de prise en charge plus élevé peut être également souhaité ; cependant, celui-ci se traduira par un effort financier particulièrement important ;
- ♦ **en troisième et dernier lieu, une offre homogène en termes de qualité et de disponibilité devra être recherchée sur la totalité du territoire.**

²⁶ Par exemple : resserrement des écarts de taux APA/population âgée, notamment en GIR 4 ; développement du tiers payant ; contrôle annuel des ressources des allocataires ; contrôle systématique de l'effectivité des aides à domicile.

²⁷ Par exemple en améliorant l'articulation entre l'EHPAD et l'hôpital, et assurant une meilleure maîtrise des coûts de ceux-ci.

1.2. L'organisation du système de prise en charge doit satisfaire le souhait des Français de rester à leur domicile le plus longtemps possible

Si l'on souhaite que les Français restent à domicile aussi longtemps que possible, il conviendra :

- ◆ d'adopter un arbitrage financier – qu'il s'agisse des ménages ou des départements – entre domicile et établissement qui soit cohérent avec la priorité du maintien à domicile ;
- ◆ de « desserrer » les contraintes des aidants afin d'éviter un passage trop précoce en établissement.

1.3. Les dépenses nouvelles devront être financées

Le troisième principe, qui consiste à affirmer que toutes les nouvelles dépenses devront être financées, suppose de fixer une ligne de partage entre les dépenses publiques et les dépenses privées.

1.4. Les dépenses devront être pilotées, notamment en matière de prévention

Compte tenu des montants importants consacrés à la dépendance, et de leur croissance prévisible, il est important que les politiques menées soient cohérentes sur tout le territoire, et pilotées.

Le respect de ce principe est **particulièrement important en matière de prévention**, dont l'exercice, fondamental pour éviter les entrées en dépendances trop précoces, est aujourd'hui éclaté entre plusieurs acteurs (caisses de retraite, conseils généraux, communes et CCAS – cf. *annexe III*).

Les travaux du groupe n° 1 ont montré que trois modèles d'évolution du pilotage des dépenses de prévention étaient envisageables :

- ◆ dans le premier, les départements seraient les seuls responsables de la prévention de la dépendance, avec pour conséquence une compensation financière ;
- ◆ dans le second modèle, les caisses de retraite seraient chargées de l'exercice de cette compétence, ce qui se traduirait par une réorientation de leur politique actuelle d'action sociale ;
- ◆ enfin, dans le dernier modèle, le pilotage de la prévention serait conjointement exercé par les départements et les Agences régionales de santé (ARS).

Quel que soit le modèle retenu, le besoin de pilotage reste un objectif prioritaire, tant pour le bénéfice des personnes âgées dépendantes que des finances publiques.

1.5. Des gains de productivité devront être recherchés

Le cinquième et dernier principe affirme la nécessité de réaliser des gains de productivité dans la sphère médico-sociale.

En effet, l'accroissement de la dépense publique consacrée à la dépendance, qui résultera *a minima* des évolutions démographiques, peut être financé de trois manières différentes :

- ◆ par un accroissement de la pression fiscale ;
- ◆ par un meilleur ciblage des dispositifs actuels, et l'élimination d'éventuels effets d'aubaine ;

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- ◆ par des gains de productivité du secteur médico-social, jusqu'à présent peu importants.
- La recherche de gains d'efficience dans le secteur médico-social est de ce fait particulièrement importante. Comme indiqué *supra*, ces gains peuvent provenir :
- ◆ à domicile et en établissement, de l'amélioration des procédures de gestion et d'efforts de restructuration du secteur ;
 - ◆ plus généralement, d'une organisation plus performante du parcours de soins.

2. Scénario n° 1 : Une consolidation du système actuel visant à le rendre à la fois plus juste et plus efficient

Dans son premier scénario, le groupe a étudié les modalités de consolidation du régime actuel. Dans le cas où un tel scénario devait être retenu, trois éléments ressortent des travaux du groupe.

En premier lieu, dans le cadre actuel, où le socle de l'aide publique est important, les propositions de réformes conduisent à une augmentation de celle-ci. Toutefois, compte tenu des contraintes pesant sur les finances publiques, cette augmentation peut être cantonnée sans nuire à l'objectif d'une couverture plus juste de la dépendance, de manière à ce que la dépense publique reste aussi proche que possible de son niveau actuel. Sous cette contrainte, le premier scénario impliquerait un investissement initial modéré, et l'essentiel des ressources publiques mobilisées serait affecté à la couverture de la croissance de la dépense résultant notamment des évolutions démographiques.

En second lieu, il est logique, pour des raisons tant budgétaires que d'équité, de maintenir le principe de prise en compte du revenu des personnes dépendantes dans la détermination de l'aide individuelle :

- ◆ pour l'APA à domicile, le groupe n'a pas remis en cause l'option d'une dégressivité de l'aide avec le revenu, qui avait été initialement retenue par la loi du 20 juillet 2001 :
 - la suppression de la participation des personnes dépendantes aurait un coût direct de plus de 800 M€ qui ne serait que très légèrement atténué par une diminution de la réduction d'impôt ;
 - cette suppression aurait par ailleurs un effet sur les plans d'aide – et leur taux de consommation effective – qui se situeraient à un niveau plus élevé qu'actuellement. On estime en effet que la participation actuelle conduit dans certains cas à l'adoption d'un plan inférieur au niveau souhaitable ou à sa sous-consommation ;
 - de même, des personnes âgées dépendantes qui ne demandent pas actuellement à bénéficier de l'APA²⁸ pourraient le faire si leur participation, qui est actuellement élevée²⁹, était supprimée. La réforme aurait donc, en sus de son effet direct, un coût indirect³⁰ ;
- ◆ pour les établissements, les propositions de réforme avancées pour réduire le reste à charge de l'hébergement des résidents maintiennent également une référence au revenu de l'allocataire.

Enfin, du fait la dégressivité de l'aide publique en fonction du revenu, les personnes âgées dépendantes devront financer une partie de leurs dépenses de dépendance. Dans ce contexte, il devient alors nécessaire de préciser de quelle manière la dépense privée, qui interviendrait en sus de l'aide publique, devrait être mobilisée :

- ◆ soit l'on considère qu'il appartient aux ménages – avertis des caractéristiques de l'aide publique – de s'organiser en conséquence, afin de mobiliser, le moment venu, leur patrimoine et leurs revenus. Le rôle de l'État serait alors limité à la vérification de la robustesse et de la légalité des produits financiers proposés aux ménages ;

²⁸ Cette situation peut s'observer dans les cas où l'allocation à laquelle ils ont droit est très faible, et inférieure à 28 € par mois (cette somme « plancher », en deçà de laquelle l'APA n'est pas versée, correspond à 10% d'un plan d'aide de 280 €).

²⁹ Celle-ci peut atteindre jusqu'à 90% du plan d'aide.

³⁰ Comme on le verra *infra*, la participation des ménages à l'APA devrait tendanciellement augmenter. La supprimer ferait disparaître cette source d'économies potentielles.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- ♦ soit la puissance publique peut s'assigner une ambition plus complète, et mettre en œuvre une politique active de promotion de produits financiers que les personnes âgées mobiliseraient en cas de dépendance.

Cette seconde option a semblé être la plus cohérente au groupe de travail.

2.1. La couverture publique pourrait encore être améliorée, tant à domicile qu'en établissement

2.1.1. La prise en compte du patrimoine de la personne âgée dépendante et des ressources de sa famille dans la gestion de l'aide publique est une question transversale

Dans le cas où l'on souhaiterait prendre en compte le patrimoine dans la détermination d'une aide, deux possibilités sont offertes :

- ♦ soit le patrimoine est pris en compte *ex ante*, c'est-à-dire à l'ouverture des droits, en l'intégrant à la base de calcul de l'aide ; par exemple, pour un propriétaire, une telle prise en compte pourrait se traduire en imputant un loyer fictif dans l'assiette ressources ;
- ♦ soit celui-ci est pris en compte *ex post*, c'est-à-dire après le décès de la personne âgée dépendante, au moyen d'une récupération sur succession ou d'un gage patrimonial.

À la différence de certains pays (*cf. annexe IV*), l'ouverture de l'APA n'est pas subordonnée à la mobilisation - totale ou partielle - de l'épargne ou du patrimoine du demandeur. Comme indiqué *supra*, certains éléments du patrimoine, qualifiés de « capital dormant »³¹ sont théoriquement inclus dans la base de calcul de l'APA, sans que l'on connaisse cependant l'importance et la fréquence de leur prise en compte.

Le groupe a étudié plusieurs pistes de réforme, ayant au demeurant des significations et des orientations très différentes.

2.1.1.1. Plusieurs schémas d'évolution de l'ASH ont été envisagés

Concernant l'ASH, certains plaident pour une suppression pure et simple de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession, ce qui diminuerait de manière radicale les situations de « reste à vivre négatif » actuelles. Une telle option :

- ♦ romprait avec les principes de subsidiarité de l'aide sociale et de solidarité intrafamiliale, auxquels certains membres du groupe sont attachés ;
- ♦ entraînerait une très forte augmentation des dépenses d'ASH de l'ordre de 2 Md€. En effet, de nombreux résidents dont les ressources sont inférieures au tarif d'hébergement ne demandent pas l'ASH pour éviter l'obligation alimentaire et la récupération sur succession³². Une telle suppression aurait des effets importants sur les charges des départements, qui perdraient la somme des récupérations actuelles (environ 350 M€), et subiraient l'extension mécanique de l'ASH.

³¹ La résidence principale ne fait pas partie du « capital dormant ».

³² Selon la DREES, 63 % des résidents en EHPAD qui ont un revenu disponible inférieur à 800 € par mois ne perçoivent pas l'ASH.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Dans le cas où l'on supprimerait le recours à l'obligation alimentaire tout en gardant la récupération sur succession, on ne dispose d'aucune indication sur les conséquences de ce schéma. En effet, il n'est pas possible de déterminer ce qui est, dans la réticence actuelle des résidents à demander l'ASH, imputable, d'une part, à l'obligation alimentaire et, d'autre part, à la récupération sur succession. Il n'est donc pas exclu qu'une telle réforme entraîne une forte poussée des dépenses de l'espèce (et symétriquement un allègement de la charge des ménages).

Enfin, un dernier schéma d'évolution pourrait consister à cantonner l'obligation alimentaire avec :

- ◆ une clarification des procédures actuelles ;
- ◆ l'abandon du recours à l'obligation alimentaire vis-à-vis des petits enfants ;
- ◆ l'adoption d'un barème national de référence qui limiterait le taux d'effort des obligés alimentaires et permettrait de rendre plus transparentes, pour le résident et sa famille, les sommes exigées au titre de l'ASH.

Le groupe a été partagé sur les schémas d'évolution de l'ASH ; cependant, une majorité de membres a considéré qu'une clarification de la situation actuelle serait la bienvenue.

2.1.1.2. *L'introduction d'un gage patrimonial pour l'APA à domicile a été envisagée dans un rapport parlementaire*

Dans ses rapports de 2008 et 2011 consacrés à la création du cinquième risque³³, la mission sénatoriale dirigée par M. Alain Vasselle **propose de moduler l'APA à domicile en fonction du patrimoine du bénéficiaire**. Ainsi, à partir d'un certain montant de patrimoine, estimé entre 150 000 et 200 000 €, le bénéficiaire de l'APA à domicile aurait le choix entre :

- ◆ le bénéfice d'une allocation à taux plein, à condition d'accepter une mise en gage sur une partie de son patrimoine chiffrée à 20 000 € (l'actif net « sauvegardé » serait donc de 130 000 ou 150 000 €, suivant le seuil retenu) ;
- ◆ le bénéfice d'une allocation diminuée de moitié, s'il ne souhaite pas mettre son patrimoine à contribution.

Le mécanisme proposé concerne des ménages plutôt aisés, ayant un patrimoine supérieur au patrimoine médian. Il aboutit à la mise en place d'un gage dont le montant est plafonné à 10 ou 13% du patrimoine, ce qui « protège » les résidents qui auront passé de longues années en dépendance à domicile, et ne s'appliquerait pas *erga omnes* de façon systématique puisque la personne dépendante aurait à choisir lors de l'ouverture de l'APA entre deux régimes.

Celui-ci est donc très différent dans sa philosophie de l'ASH, qui intervient au premier euro et sans limite de montant, et plus généralement du mécanisme de reprise sur succession qui existait antérieurement à la création de l'APA. Cependant, deux éléments méritent d'être soulignés :

- ◆ ce système d'option est le pendant, plus formalisé, de l'option qui existe pour l'ASH ; en effet, en établissement, les résidents doivent *de facto* opter entre l'ASH, qui se traduit par une mise en jeu de l'obligation alimentaire et une récupération sur succession, et un renoncent à l'ASH pour les éviter ;

³³ Rapport d'information fait au nom de la Mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, M. Alain Vasselle, juillet 2008 ; Rapport d'information fait au nom de la Mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, M. Alain Vasselle, janvier 2011.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- ♦ il est très difficile de prévoir la réaction des personnes concernées par cette option, ainsi que les économies potentiellement réalisées sur l'APA. Les rapports précités les chiffrent entre 0,8 et 1,3 Md€, soit entre 25 et 37% de l'APA à domicile. Cependant, des hypothèses plus prudentes conduisent à retenir un rendement plus faible :

Tableau 15 : Impact pour les finances publiques de l'instauration d'une option entre gage sur patrimoine et réduction de moitié de l'APA à domicile

	Rendement attendu d'un gage limité à l'APA à domicile (M€)
Pour les patrimoines supérieurs à 100 000 €	950
Pour les patrimoines supérieurs à 150 000 €	650
Pour les patrimoines supérieurs à 200 000 €	450

Source : Simulations du groupe n° 4.

2.1.1.3. Une alternative consisterait en un régime commun d'option pour l'APA en établissement et à domicile

Dans son rapport de juin 2010³⁴, M^{me} Valérie Rosso-Debord formule pour sa part une proposition portant à la fois sur l'APA à domicile et l'APA en établissement :

- ♦ un droit d'option à l'APA à destination des plus aisés serait institué ; **ainsi, à partir d'un patrimoine de 100 000 €, le demandeur devrait choisir entre une APA à taux plein (à condition d'accepter sur sa succession future une reprise plafonnée à 20 000 €), ou une APA à taux réduit, mais sans reprise sur succession ;**
- ♦ **en contrepartie** de cet aménagement, le **recours à l'obligation alimentaire** pour l'ASH serait abandonné.

Dans cette approche, les économies envisagées seraient plus importantes, mais la logique du dispositif ne serait pas modifiée :

Tableau 16 : Impact pour les finances publiques de l'instauration d'une option entre gage sur patrimoine et réduction de l'APA à domicile et en établissement de moitié

	Rendement attendu d'un gage portant sur l'APA à domicile et en établissement (M€)
Pour les patrimoines supérieurs à 100 000 €	1 500
Pour les patrimoines supérieurs à 150 000 €	1 000
Pour les patrimoines supérieurs à 200 000 €	700

Source : Simulations du groupe n° 4.

Concernant les deux propositions parlementaires, le groupe a été partagé sur l'opportunité d'introduire un gage patrimonial pour l'APA ; une grande majorité de membres a cependant considéré qu'une telle évolution n'était pas souhaitable.

³⁴ Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, M^{me} Valérie Rosso-Debord, juin 2010, p. 84 et 85.

2.1.2. Le groupe a étudié plusieurs pistes de réforme de l'APA à domicile afin d'assurer plus longtemps l'exercice effectif du libre-choix

2.1.2.1. Les principes régissant l'APA ont été confirmés par le groupe

Alors que d'autres pays attribuent des prestations en espèces (*cf. annexe IV*), qui donnent plus de liberté de choix aux personnes dépendantes et à leurs familles, et qui pourraient déboucher sur un niveau de coûts moindres, **le groupe confirme le choix initial d'une prestation affectée**³⁵. Toutefois, le fait que les assurances versent leur aide sous forme d'une rente n'est pas perçu par le groupe comme un inconvénient, dès lors que la rente vient en sus d'une APA conséquente comme c'est le cas actuellement.

Ce choix, qui fait d'ailleurs l'objet d'un consensus en France, s'explique par la crainte que le bénéficiaire thésaurise l'aide au détriment de son bien-être, voie son allocation captée par sa famille ou serve au paiement d'intervenants non qualifiés (qui peuvent, il est vrai, coûter moins cher).

Il résulte de ce choix d'une prestation affectée :

- ◆ que le bénéficiaire de l'APA doive rendre compte mensuellement de l'aide reçue ;
- ◆ que le plan personnalisé soit dans les faits largement « fléché » sur les prestataires de service ;
- ◆ que le contrôle de la qualité, afin d'éviter le recours à des prestataires dont la qualité d'intervention est insuffisante, soit renforcé³⁶ ;
- ◆ qu'on ne puisse indemniser son conjoint ;
- ◆ que l'indemnisation des enfants, qui est juridiquement possible, soit de fait limitée.
- ◆ que le recours au « gré à gré » soit dissuadé³⁷.

Sans remettre en cause ce principe d'affectation, certains membres du groupe appellent à plus de souplesse, afin qu'il ne conduise pas à une fermeture du marché qui renchérirait les aides à domicile et réduirait la liberté de choix des personnes dépendantes³⁸.

Par ailleurs, le groupe est attaché à un plan, fixé dans la limite d'un plafond, qui soit réellement personnalisé et prenne en compte les besoins de la personne âgée dépendante. Il en résulte les éléments suivants :

- ◆ l'ordonnateur ne doit être ni exagérément contraint, ni laxiste dans la fixation de l'aide. Afin qu'il ne freine pas l'octroi de l'APA, ou contienne abusivement son montant, la mobilisation de ses ressources doit tenir compte de son potentiel fiscal et de ses charges ; à l'inverse, il doit participer de façon importante au financement sur ses ressources propres, afin d'éviter qu'il ne distribue des aides de manière laxiste³⁹ ;

³⁵ Ce choix fait obstacle à une option alternative dans laquelle la personne dépendante reçoit une aide unique (liée au niveau de dépendance et à son revenu) dont elle aurait le libre emploi, à domicile comme en établissement (y compris de l'affecter à l'indemnisation de ses proches).

³⁶ Certains membres du groupe, comme le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) et la Fédération nationale des particuliers employeurs (FEPEN), considèrent ainsi que le système est trop « administré » et appellent à sa libéralisation.

³⁷ Ainsi, en cas de recours au mode « gré à gré », une augmentation de 10% de la participation de la personne dépendante est prévue ; par ailleurs, il n'est pas possible de recourir à ce mode d'intervention en cas de dépendance lourde.

³⁸ Selon ces membres, un mécanisme de « voucher » pourrait être opportun.

³⁹ Ce risque est maximal dans une hypothèse de remboursement des dépenses de l'ordonnateur « à l'euro l'euro ».

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- ◆ cette option suppose que l'on s'assure que les départements soient incités à gérer efficacement l'allocation, sans la restreindre, ce qui pose le problème de l'équilibre des charges et des potentiels fiscaux entre les départements (*cf. infra*) ;
- ◆ l'amélioration des procédures d'instruction et de suivi des plans d'aide doit être poursuivie, même si cela se traduit par des surcoûts dans le budget de fonctionnement des départements.

2.1.2.2. Trois mesures sont apparues prioritaires et cohérentes pour améliorer l'aide à domicile

À partir des constats établis dans la première partie de ce rapport, le groupe a étudié plusieurs pistes de réforme de l'APA à domicile. Trois mesures sont apparues prioritaires et cohérentes :

- ◆ l'augmentation de tout ou partie des plafonds ;
- ◆ la diminution des taux d'effort dans les GIR élevés ;
- ◆ l'élargissement des dépenses éligibles dans les plans d'aide.

◆ **La réforme des plafonds :**

La fréquence des plans « saturés » (notamment sur les GIR 1 et 2 et pour les personnes isolées, *cf. supra*) pourrait suggérer que les plafonds sont trop bas, avec pour conséquence :

- ◆ une adoption de certains plans d'aide insuffisants au regard des besoins ;
- ◆ un taux d'effort plus important pour les ménages qui accepteraient de payer des interventions « hors plan » pour rester à domicile ; cette augmentation du taux d'effort serait particulièrement sensible pour les ménages qui ne peuvent pas bénéficier de la réduction d'impôt pour les emplois à domicile⁴⁰ ;
- ◆ enfin, l'indexation des plafonds sur les prix conduit mécaniquement, sur le long terme, à l'augmentation du nombre de plans saturés.

Par conséquent, **deux modifications pourraient être envisagées**⁴¹.

D'une part, les plafonds pourraient être augmentés. Une première analyse de cette mesure est fournie par une étude récente de la DREES ; celle-ci, qui repose sur l'extrapolation des plans d'aide actuelle en prolongeant les courbes actuelles de dispersion des plans⁴², envisage trois scénarios :

- ◆ **une augmentation des plafonds, le cas échéant différenciée selon le GIR :**
 - la charge brute pour les finances publiques serait de l'ordre de :
 - 365 M€ pour une augmentation homogène de 50% des plafonds ;
 - 300 M€ pour une augmentation différenciée (50% en GIR 1, 40% en GIR 2, 30% en GIR 3 et 20% en GIR 4) ;
 - 170 M€ pour une augmentation de 50% des seuls GIR 1 et 2 ;

⁴⁰ Dans ce cas, ces ménages supportent intégralement la charge « au dessus du plafond », contrairement aux ménages plus aisés qui n'en supportent à la limite que 50%.

⁴¹ Certains membres du groupe ont évoqué l'idée d'améliorer l'aide aux personnes dépendantes par l'octroi d'un crédit d'impôt d'un montant significatif. Cette formule, qui reviendrait à généraliser la réduction d'impôt actuelle, soulève deux objections. La dépense publique liée à cette réforme ne serait pas ciblée sur les ménages de revenus modestes, alors que c'est le cas si la même dépense est opérée *via* l'APA, qui tient compte du revenu. Par ailleurs, l'option proposée introduirait une différence, que certains jugent contestable, dans le régime fiscal de soutien de l'emploi à domicile des personnes inactives.

⁴² Cette méthode sous-estime cependant vraisemblablement le coût réel d'une augmentation des plafonds.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- 138 M€ pour une augmentation de 50% du GIR 1, et de 30% du GIR 2.
- la charge nette serait néanmoins légèrement inférieure parce que les dépenses actuellement consenties «au dessus du plafond» sont financées par une réduction d'impôt de 50% pour les ménages imposables. Dans ce cas, l'augmentation de la dépense publique qui se substituerait à la dépense privée des personnes dépendantes serait diminuée de moitié ;
- ◆ **une augmentation des plafonds pour les seules personnes isolées.** Ce ciblage serait cohérent avec la forte fréquence des plans saturés des allocataires isolés. Pour une augmentation de 50% de tous les GIR, la charge nette pour les finances publiques serait de l'ordre de 270 M€⁴³ ;
- ◆ **une augmentation des plafonds pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer,** ce qui serait cohérent avec l'ampleur de leurs besoins. La DREES présente toutefois ses résultats sous forme de fourchettes très larges, puisque selon les hypothèses retenues la dépense publique augmenterait de 110 à 365 M€ en cas de relèvement du plafond de 50%.

D'autre part, l'évolution des plafonds ainsi rénovés pourrait être plus conforme avec la réalité de l'évolution des facteurs. En effet, les plafonds étant revalorisés comme les prix, le maintien de cette règle pourrait conduire de nouveau à une augmentation de la fréquence de la saturation des plans d'aide. À très long terme, on pourrait même observer la transformation de l'APA en une prestation « forfaitaire » qui ne permettrait de payer qu'une part très réduite du plan d'aide souhaitable. Afin d'éviter cet écueil, deux options sont possibles :

- ◆ une indexation des plafonds sur les salaires ; cette modification n'entraînerait pas, en début de période, une charge financière élevée pour les départements dans la mesure où la majorité des plans sont au dessous du plafond. Par ailleurs, si celle-ci n'engendre pas immédiatement de dépense publique nouvelle, elle annule, en dynamique, la baisse de dépenses à laquelle conduirait l'indexation actuelle sur les prix⁴⁴ ;
- ◆ une solution alternative consisterait à maintenir l'indexation des nouveaux plafonds sur les prix, et à se fixer un rendez-vous d'évaluation de la situation d'ici cinq ans.

La majorité des membres du groupe a opté pour la première option, qui leur semble la plus logique et cohérente ; certains membres du groupe ont néanmoins émis des réserves sur celle-ci, en soulignant, d'une part, qu'il était imprudent de prévoir une règle d'indexation mécanique et, d'autre part, qu'il convenait d'arbitrer entre les mesures d'indexation et l'augmentation des plafonds précédemment énumérée.

Il conviendrait par ailleurs d'étudier l'opportunité de moduler les plafonds par zones géographiques pour tenir compte de la relative hétérogénéité des coûts d'intervention selon les territoires.

◆ **La diminution des taux d'effort dans les GIR élevés :**

La diminution des taux d'effort des GIR élevés a été analysée dans une approche plus globale de réforme de la participation financière à la charge des personnes âgées dépendantes.

⁴³ On étudie infra une formule qui augmente l'assiette APA des couples, les économies réalisées de ce fait pouvant servir de gage à une amélioration du système des plafonds.

⁴⁴ L'impact financier de cette option sera en outre majoré par les mesures d'augmentation d'amélioration de l'APA à domicile précédemment mentionné dans le rapport.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Actuellement, la participation du bénéficiaire de l'APA augmente, d'une part, avec son revenu⁴⁵ et, d'autre part, avec le montant de son plan, qui augmente lui-même avec son GIR. Deux conséquences résultent de cette combinaison :

- ◆ **les taux d'effort sont assez « plats », et augmentent en moyenne avec le montant du plan** (cf. supra). Comme pour l'assurance maladie, l'attribution de l'APA se traduit par un ticket modérateur, avec trois différences importantes :
 - l'objectif poursuivi n'est pas, bien au contraire, de « modérer » la dépense d'APA qui est jugée « raisonnable » par les équipes médicosociales ;
 - dans l'assurance maladie, le ticket modérateur est « capé » par des dispositifs d'exonération puissants, ce qui « casse » la proportionnalité entre le ticket modérateur et la dépense. Ces dispositifs expliquent la rareté des situations de RAC élevé - et la grande rareté de RAC élevés sur la durée - puisque beaucoup de RAC élevés concernent des « pics » de dépenses ;
 - dans l'assurance maladie, le taux d'effort diminuerait plutôt avec le revenu, ce qui n'est pas le cas, dans l'ensemble, pour l'APA.
- ◆ **pour les GIR les plus faibles, le montant de la participation des personnes âgées dépendantes, ainsi que leur taux d'effort, restent modérés, notamment par rapport aux taux d'effort d'autres fonctions partiellement socialisées (se loger, faire garder ses jeunes enfants par exemple)**. Par ailleurs, les taux d'effort en dépendance, plus faibles, sont le fait de personnes qui disposent d'un patrimoine en moyenne plus important que le reste des ménages.

Cette situation est apparue discutable au groupe :

- ◆ les taux d'effort sont élevés pour les plans les plus denses, ce qui pèse sur les dépenses privées des allocataires. Cette option ne serait compréhensible que si les besoins de dépense privée diminuaient avec le niveau du plan, ce qu'aucune analyse ne confirme ;
- ◆ l'importance des restes à charge peut amener la personne dépendante à opter pour un plan moins coûteux que celui envisagé lors de l'instruction du dossier d'APA, et ainsi venir contrarier les effets attendus du déplafonnement de l'APA ;
- ◆ elle peut entraîner une entrée trop précoce en établissement.

Sur ce constat, le groupe souhaite qu'on abaisse le taux d'effort, au moins pour les GIR 1 et 2. Par ailleurs, certains de ses membres proposent d'augmenter celui-ci en GIR 4, voire en GIR 3⁴⁶.

Différentes options de lissage peuvent être envisagées, à enveloppe constante ou permettant de dégager une légère économie qui financerait tout ou partie du surcoût lié au déplafonnement des plans d'aide. À titre d'illustration, les modifications suivantes ont été simulées :

Tableau 17 : Simulation d'une modification des points d'entrée et de sortie de l'APA

	Barème actuel		Barème modifié	
	Point d'entrée APA	Point de sortie APA	Point d'entrée APA	Point de sortie APA
GIR1	695 €	2 770 €	1 200 €	2 800 €
GIR2	695 €	2 770 €	1 000 €	2 500 €
GIR3	695 €	2 770 €	709 €	2 300 €
GIR4	695 €	2 770 €	709 €	2 100 €

Source : Simulations du groupe n° 4.

⁴⁵ Cette augmentation est toutefois atténuée par la réduction d'impôt pour emplois à domicile.

⁴⁶ D'autres membres craignent en revanche que ce resserrement entraîne des effets « de report » du GIR 4 vers le GIR 3.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Note : Le point d'entrée pour les GIR 3 et 4 correspond au minimum vieillesse (2010).

Elle se traduirait par une économie pour les finances publiques de l'ordre de 90 M€. Seules les personnes les moins dépendantes (GIR 3 et 4), ainsi que les personnes âgées dépendantes appartenant aux deux derniers quintiles de revenus (Q4 et Q5) verraient leur prise en charge se dégrader. La participation des allocataires augmenterait alors en moyenne d'environ 10 € par mois, soit une hausse de 8%.

Tableau 18 : Impact de la modification des points d'entrée et de sortie de l'APA

	Gain ou perte global (M€)	Gain ou perte moyen (en € par mois)
Par GIR		
GIR1	+ 21	+ 106
GIR2	+ 50	+ 32
GIR3	- 44	- 26
GIR4	- 117	- 25
Par quintile de ressources (au sens de l'APA)		
Q 1 (les 20% des allocataires les plus modestes)	+ 0,2	0
Q 2	+ 6,4	+ 6
Q 3	+ 5,4	+ 3
Q 4	- 39,9	- 25
Q 5 (les 20% des allocataires les plus aisés)	- 62,7	- 39

Source : Simulations du groupe n° 4.

Cette réforme emporterait les conséquences suivantes :

- ◆ elle dégagerait une économie de 90 M€ (soit une augmentation de 10 % de la participation des allocataires) ;
- ◆ elle avantagerait les personnes dépendantes de revenu modeste, ainsi que les allocataires en GIR 1 et 2 ;
- ◆ elle ne modifierait qu'à la marge la situation des personnes dépendantes en GIR 3 ;
- ◆ elle entraînerait une augmentation de la participation des personnes dépendantes en GIR 4 qui ne sont pas exonérées de ticket modérateur ; l'effort qui leur serait demandé augmenterait avec leur revenu. De manière globale, leur contribution s'accroîtrait de plus de 1% de leur revenu, et leur participation moyenne passerait de 64 à 89 € par mois.

◆ **Une meilleure prise en compte de l'aménagement du logement :**

Le groupe n° 1 « Vieillesse et société » a souligné l'importance d'une meilleure prise en compte de l'aménagement du logement, et l'incidence positive des aides techniques sur les dépenses de dépendance, par exemple en réduisant le risque de chutes. Il a opté pour une stratégie associant pour les personnes en GIR 5 et 6 :

- ◆ le recours à des financements spécifiques (notamment ceux de l'ANAH pour les aménagements lourds) ;
- ◆ l'option de confier aux caisses de retraite la prise en charge des aménagements plus légers.

Pour les personnes en GIR 1 à 4, la responsabilité de ces aménagements pourrait être confiée, selon le groupe n° 1, soit aux caisses de retraite, soit aux départements.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Dans cette dernière hypothèse, qui aurait le mérite d'enrichir les plans d'aide, il faudrait explorer des pistes spécifiques d'aménagement de la gestion de l'APA, qui pourraient consister :

- ◆ à augmenter la durée, actuellement de quatre mois, pendant laquelle une dépense de l'espèce peut être intégrée dans le plan. Couplée avec le déverrouillage du plafond évoqué *supra*, la mesure permettrait d'abriter des dépenses d'aménagement pour un montant supérieur aux capacités actuelles ;
- ◆ à étudier un système dans lequel le département ferait l'avance des frais qui seraient amortis sur l'APA (ou sur le crédit d'impôt⁴⁷), pour une durée substantiellement supérieure aux 4 mois actuels.

2.1.2.3. Plusieurs mesures pourraient être adoptées pour rendre le système actuel plus efficient et pour dégager des économies

Les mesures suivantes sont envisagées par certains membres du groupe :

- ◆ **un forfait pour les propriétaires, qui serait représentatif d'un « loyer fictif », pourrait être instauré dans l'assiette des ressources utilisées pour le calcul de l'APA.** Une telle mesure permettrait ainsi de tenir compte *ex ante* du fait que l'allocataire est propriétaire de son habitation, en augmentant sa participation financière⁴⁸. Sur l'hypothèse d'un forfait de 50% de la valeur locative moyenne, soit 1 400 €, l'économie en APA serait d'environ 100 M€ ;
- ◆ **afin de réduire la forte hétérogénéité observée en GIR 4** (*cf. supra* et *annexe III*), certaines évolutions sont envisageables :
 - un travail d'évaluation du GIR 4, suivi d'un nouvel examen de cette problématique, pourrait être réalisé dans les deux prochaines années ;
 - la grille AGGIR pourrait être améliorée, par exemple en élargissant l'échelle de cotation de trois à quatre lettres – voire de six à sept lettres ;
 - en revanche, la piste d'une suppression de l'éligibilité du GIR 4 à l'APA, recommandée par un rapport parlementaire⁴⁹, n'a pas été retenue par le groupe.
- ◆ **enfin, il pourrait être envisagé une augmentation de l'assiette APA des couples**, par exemple en faisant passer de 1,7 à 1,5 le coefficient par lequel on partage le revenu d'un couple pour déterminer l'APA d'un de ses membres. Il en résulterait alors une augmentation de l'assiette APA des ménages concernés, et une augmentation de leur participation financière (50 à 60 M€).

Si le groupe était plus partagé sur ces mesures, une majorité de ses membres a néanmoins soutenu ces pistes d'efficience, et plus généralement l'idée d'une meilleure définition du GIR 4.

2.1.2.4. Les droits devraient être vérifiés en marge de l'attribution de l'APA

L'équipe d'instruction de l'APA devrait systématiquement vérifier que la personne dépendante a demandé le bénéfice :

⁴⁷ Crédit d'impôt sur le revenu au titre notamment des dépenses d'équipements de l'habitation principale spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées, au taux de 25% dans la limite de 5 000 € (10 000 € pour un couple) sur une période de cinq ans.

⁴⁸ Bien entendu, cette option serait difficilement compatible avec l'extension de la récupération sur succession envisagée par les rapports parlementaires précités.

⁴⁹ Cf. la proposition n° 15 du rapport précité de M^{me} Rosso-Debord.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- ◆ d'une aide au logement ;
- ◆ de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)⁵⁰ ;
- ◆ de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

2.1.2.5. *Compte tenu de la hausse attendue de leurs revenus, la participation des personnes âgées devrait mécaniquement augmenter*

Il n'est pas proposé de modifier l'indexation des bornes du barème, qui suit actuellement les prix, car les ménages dont le revenu augmente peuvent contribuer davantage au financement de leur plan d'aide. De ce fait, comme les retraites des ménages « entrant » en dépendance sont appelées à croître, le système d'indexation actuel (*cf. encadré suivant*) conduit mécaniquement à une hausse de la participation des personnes dépendantes.

Encadré 6 : Facteurs jouant un rôle dans l'évolution des dépenses d'APA

L'évolution des dépenses réelles de l'APA à domicile dépend de deux facteurs :

- le niveau des plans d'aide et de leur consommation effective :
 - indépendamment de l'augmentation qui résulterait de l'élévation des plafonds, le niveau des plans et de leur consommation pourrait augmenter avec une éventuelle modification des comportements des acteurs. La diminution de la participation financière pour les GIR 1 et 2 pourrait ainsi contribuer à une augmentation du plan moyen, les personnes dépendantes étant moins réticentes devant des plans d'aide élevés puisque leur participation propre serait diminuée ;
 - le ratio « plan moyen/plafond » - qui est resté de manière inattendue⁵¹ stable ces dernières années, pourrait alors augmenter
- le niveau des ressources des personnes dépendantes.

Une évaluation grossière de ce phénomène peut être tentée en comparant les retraites moyennes des ménages actuellement âgés de 65-69 ans à celles des ménages âgés de 85 ans ou plus. Si l'on suppose que l'écart obtenu, qui est de 20%, reflète le niveau des ressources des bénéficiaires de l'APA dans 20 ans, on en déduit que celle-ci pourrait augmenter, toutes choses égales par ailleurs, de 280 M€⁵² ; la participation des personnes en APA à domicile passerait ainsi de 19 à 25,5%.

2.1.3. **Les RAC élevés subis par les personnes dépendantes en établissement appellent un renforcement de l'aide publique**

Comme mentionné dans la première partie de ce rapport, **il existe de très nombreuses situations où le « reste à vivre » est négatif, impliquant une ponction sur l'épargne, un concours financier des enfants et/ou une liquidation d'éléments du patrimoine.**

Pour certains membres du groupe, cette situation n'a rien d'illogique :

⁵⁰ On rappelle que le plafond de l'ACS est de 814 € par mois pour une personne isolée qui perçoit alors une aide de 500 €.

⁵¹ Compte tenu de l'indexation des plafonds sur les prix alors que les plans servent à financer de la main d'œuvre, on aurait en effet pu s'attendre à une augmentation progressive du ratio « plan moyen/plafond ».

⁵² En valeur 2010.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- ◆ d'une part, les ménages ont accumulé tout au long de leur vie une épargne et un capital, qui atteint son maximum aux environs de 65 ans⁵³. Il peut dès lors sembler naturel que cette épargne soit mobilisée en cas d'aléa de la vie, ou lorsque les besoins dépassent le revenu courant ;
- ◆ d'autre part, le concours spontané des enfants n'est que la traduction de l'obligation alimentaire et, plus généralement, de la solidarité intergénérationnelle au sein des familles ;
- ◆ enfin, les ménages qui ne peuvent pas compter sur ces apports, ou dont le patrimoine est peu disponible⁵⁴, peuvent être aidés par l'ASH, moyennant, il est vrai, le recours à l'obligation alimentaire et une récupération sur succession.

Toutefois, la conception qui sous-tend le système actuel est contestée par d'autres membres du groupe, tant du point de vue des principes que pour des raisons financières :

- ◆ pour un nombre significatif de résidents, le besoin de financement peut être lourd :
 - le niveau de tarif est élevé, sans qu'il n'y ait de stricte corrélation entre les revenus du résident et le tarif hébergement ;
 - l'écart entre les tarifs et les revenus est en moyenne élevé ;
 - dans certains cas, les durées de séjour en EHPAD sont particulièrement longues⁵⁵ ; le besoin de financement peut alors être très fort, *a fortiori* si ce séjour succède à des années de dépendance à domicile ;
- ◆ par ailleurs, ces membres du groupe considèrent qu'il n'est pas juste de solliciter l'épargne et le capital pour financer un risque dont les personnes âgées ne sont pas responsables ;
- ◆ enfin, ils indiquent que cette situation contraste avec les standards élevés de prise en charge qui sont un trait majeur – et positif - de notre protection sociale.

Afin de réduire le RAC en établissement, plusieurs pistes de réforme ont été avancées. La présentation qui en est faite ci-dessous appelle les quatre remarques suivantes :

- ◆ il y a de sérieuses incertitudes sur les chiffres financiers, liées notamment à l'insuffisance des données statistiques ;
- ◆ les paramètres étudiés le sont à titre illustratif, et visent à fournir des ordres de grandeur ;
- ◆ ils peuvent être ajustés à la hausse ou à la baisse en fonction :
 - des marges de financement allouées à la réforme ;
 - de l'équilibre souhaitable entre, d'une part, l'amélioration de l'aide sur toute la période de son service et, d'autre part, le partage de l'aide entre la période initiale et celle donnant lieu au bouclier évoqué ci-dessous ;
- ◆ enfin, les mesures étudiées ne sont pas cumulatives, et n'ont pas vocation à être toutes mises en œuvre.

⁵³ La répartition des prélèvements obligatoires entre générations et la question de l'équité intergénérationnelle, Conseil des prélèvements obligatoires, novembre 2008.

⁵⁴ Selon Axa, le patrimoine total médian pour les personnes de plus de 70 ans est en 2004 de 110 000 €, dont 29 000 € en patrimoine financier ; le niveau de liquidités est par ailleurs modéré, puisqu'elles constituent environ 40% de l'épargne financière moyenne (cette part est plus élevée pour les patrimoines modestes).

⁵⁵ Parmi les résidents sortis d'EHPAD en 2007, 25% y ont séjourné plus de trois ans et trois mois.

2.1.3.1. Une modification du tarif d'hébergement soulève des difficultés techniques et juridiques, et ne serait pas ciblée sur les ménages les plus modestes

En complément des actions visant à diminuer le coût des EHPAD, via des gains de productivité⁵⁶, certains membres du groupe⁵⁷ ont proposé de modifier la répartition entre sections tarifaires afin de répondre à deux problématiques distinctes (cf. annexe VIII) :

- ◆ **rectifier le périmètre actuel, afin d'obtenir une répartition entre sections plus conforme à la nature des dépenses ;**
- ◆ **alléger le RAC des familles, en transférant des masses financières significatives des sections les moins socialisées (hébergement, dépendance) vers la section la mieux socialisée (soins).**

Encadré 7 : La tarification des charges dans les EHPAD

L'article 23 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997⁵⁸ a modifié la tarification applicable dans les EHPAD en introduisant, à côté des deux forfaits liés aux prestations de soins et à l'hébergement, d'une prise en charge spécifique de la dépendance.

Ainsi, le budget des établissements médicosociaux comporte trois sections tarifaires, étanches et distinctes :

- **les dépenses relatives à l'hébergement** : prestation d'administration générale, accueil hôtelier, restauration, entretien, animation de la vie sociale... Ces dépenses ne sont pas liées à l'état de dépendance de la personne accueillie. Elles sont financées par le résident, ou par l'aide sociale départementale dans le cadre de l'ASH ;
- **les dépenses relatives aux soins** : prestations médicales ou paramédicales, et prestations paramédicales liées à la dépendance, qui sont financées par l'assurance maladie ;
- **les dépenses relatives à la dépendance**, qui sont acquittées par le résident, le cas échéant bénéficiant de l'APA.

Certaines de ces propositions sont d'incidence importante, voire radicale. C'est le cas par exemple de celle de la FHF, qui propose de soulager les RAC des résidents de plus de 3,6 Md€ en reportant près de 3 Md€ de la section d'hébergement sur les autres sections, et en supprimant le talon de l'APA. Pour l'ADF, un transfert de près de 1 Md€ de la section dépendance vers la section soin est envisagé, et allègerait les charges de l'APA (au bénéfice des résidents pour un tiers, de la CNSA pour un quart, et des départements pour 40%).

Ces propositions soulèvent des difficultés, qui sont mentionnées dans l'annexe VIII, et ne sont pas consensuelles au sein du groupe, certains membres y étant même particulièrement hostiles. Par ailleurs, elles aideraient de fait l'ensemble des résidents ne bénéficiant pas de l'ASH, et ne seraient donc pas socialement ciblées.

Il est donc suggéré :

- ◆ d'une part, de n'avoir recours à ces transferts que s'il était démontré que ceux-ci donnaient plus de cohérence au système ; le groupe recommande donc de poursuivre les analyses à ce sujet ;
- ◆ d'autre part, de ne pas chercher par voie oblique un abaissement du reste à charge, car celui-ci peut être atteint par des réformes socialement mieux ciblées ;

⁵⁶ Cette question, cruciale, est traitée par le groupe n° 3.

⁵⁷ Il s'agit notamment par la Fédération hospitalière de France (FHF), de l'Assemblée des départements de France (ADF), du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) ou de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP).

⁵⁸ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

- ◆ enfin, de faire preuve de prudence en cas d'éventuelles réaffectations de charges compte tenu des masses financières en jeu.

2.1.3.2. Une augmentation de l'allocation logement en EHPAD et ULSD permettrait une réduction ciblée des RAC

Le groupe a étudié une réforme du système actuel qui consisterait :

- ◆ à n'entamer la baisse de la prestation qu'au niveau du minimum vieillesse⁵⁹ ;
- ◆ à relever le point de sortie de l'aide (niveau de revenu où l'allocation est inférieure à 15 € par mois), ce qui accroît le nombre des bénéficiaires des classes moyennes. Le point de sortie s'établirait à 1 700 € de ressources mensuelles (comptées comme dans l'assiette APA), contre 1 220 € en APL et 940 € en ALS). Dans cette approche, le régime de l'ASH serait conservé.

Afin d'éviter que la nouvelle aide ne soit captée par les établissements via des augmentations de tarif, le nouveau barème pourrait être subordonné à une convention tarifaire. En effet, les membres du groupe ont souligné leur attachement à l'idée qu'en cas d'intensification de l'aide publique, son bénéficiaire réel soit le résident, qui est le bénéficiaire recherché.

Par ailleurs, des schémas alternatifs pourraient être envisagés, mais ils n'ont pas été étudiés ; on pourrait par exemple imaginer :

- ◆ que les différences de plafond par zones soient accrues (actuellement, la variation est de 13% entre la zone 1 et la zone 3) ;
- ◆ que le plafond de dépense éligible puisse varier suivant les caractéristiques des établissements (on pourrait ainsi garder un différentiel d'aide entre les parcs APL et ALS).

Un tel schéma aurait des conséquences sur les ménages et les financeurs publics :

- ◆ **pour les ménages :**
 - la réforme n'a pas d'effet sur le reste à vivre des allocataires de l'ASH, puisque l'aide au logement est une des ressources utilisées pour la détermination de celle-ci. Cependant, elle diminuerait à la marge les sommes récupérables sur les obligés alimentaires et la succession des résidents ;
 - les « classes moyennes » bénéficieraient de la réforme :
 - avec l'augmentation de l'aide apportée aux allocataires actuels ;
 - par effet de champ (bénéficiaires nouveaux dont le revenu se situe entre les points de sortie actuel et envisagé) ;
 - la situation des résidents dont les revenus dépassent le nouveau point de sortie ne serait pas modifiée, sauf si l'on supprimait la réduction fiscale dont ils bénéficient⁶⁰ ;
- ◆ **pour les financeurs publics :**
 - la réforme augmenterait les dépenses publiques pour un montant voisin de 370 M€ ;
 - les départements verraient, au titre de l'ASH, une réduction de leur charge financière de l'ordre de 70 M€ ;

⁵⁹ Cette règle permettrait de traiter de façon homogène les résidents qui ont le minimum vieillesse alors que dans les barèmes actuels avantaient ceux qui ont les droits propres les plus faibles.

⁶⁰ La suppression de la réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement en établissement pourrait en effet être envisagée pour atténuer la charge financière de la réforme, et supprimer la distorsion actuelle où l'aide augmente avec le revenu (cf. la partie 1, avec l'analyse de la courbe « en U »).

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- l'État supporterait l'augmentation de la dépense brute de 445 M€.

2.1.3.3. *L'institution d'une aide nouvelle à l'hébergement pourrait être envisagée*

Il s'agirait de créer une aide nouvelle à l'hébergement, qui se substituerait aux aides actuelles au logement⁶¹ et qui aurait les caractéristiques suivantes :

- ♦ elle concernerait l'ensemble du parc (EHPAD et ULSD), et non le seul parc agréé au titre de l'ASH ;
- ♦ elle serait accordée aux résidents dans la double limite du tarif de l'établissement et d'un tarif plafond ; on a ainsi testé une valeur de 750 € pour le parc actuellement en APL (et 600 € en ALS) ;
- ♦ les allocataires dont le revenu est inférieur au RSA auraient une allocation de 91,5% du plafond (686 € en APL, 549 € en ALS) ;
- ♦ la prestation diminuerait rapidement avec le revenu, avec un coefficient de 0,72⁶².

Une telle réforme se traduirait par :

- ♦ **une dépense publique brute élevée, de l'ordre de l'ordre de 1 100 M€ ;**
- ♦ **une dépense publique nette** moindre (la charge financière brute serait réduite du fait de la forte régression de l'ASH, évaluée à 330 M€ et, éventuellement, de la suppression de la réduction d'impôt⁶³) ; elle **pourrait s'établir alors à 770 M€** (voire 600 M€ si l'on supprime la réduction d'impôt).
- ♦ un nombre élevé de résidents gagnants à la réforme et, pour les plus modestes d'entre eux, pour un montant de gain important.

2.1.3.4. *Une autre formule pourrait consister en l'institution d'une aide unique couvrant l'hébergement et la dépendance*

Une autre formule consisterait à instaurer une aide unique couvrant l'hébergement et la dépendance ; elle varierait avec le GIR et diminuerait avec le revenu.

On pourrait le moment venu étudier l'incidence d'une réforme de ce type qui engagerait des financements identiques à ceux évoqués ci-dessus au 2.1.3.3. Cela permettrait de comparer les deux formules de réforme à niveau de financement équivalent.

2.1.3.5. *La gestion du ticket modérateur de l'APA en établissement pourrait être réformée*

Sans qu'une étude rigoureuse vienne étayer ce point, **il semblerait que le ticket modérateur de l'APA ne tienne pas compte, dans beaucoup d'établissements, du revenu des résidents**, contrairement à ce que prévoit la réglementation actuelle (cf. première partie du rapport et annexe II).

⁶¹ APL et ALS, et éventuellement la réduction d'impôt.

⁶² Quand le revenu augmente de 1 €, la prestation diminue de 72 centimes.

⁶³ Dans ce dernier cas toutefois, les ménages les plus aisés seraient « perdants » à la réforme.

A minima, il semble nécessaire que la modulation du ticket modérateur soit effectivement appliquée par tous les établissements. Au-delà de cette stricte application de la loi, il pourrait également être envisagé de revoir le barème de l'APA en établissement, par exemple en s'inspirant du barème retenu pour les bornes de l'APA à domicile⁶⁴.

2.1.3.6. L'instauration d'un mécanisme de « bouclier » serait une protection pour les personnes âgées subissant les restes à charge sur de longues durées

Même si une éventuelle réforme de l'aide à l'hébergement diminuait les charges des résidents, un certain nombre de ménages continueront de subir des RAC élevés en cas de durée de séjour « anormalement » longue par rapport à la moyenne. Dans ces situations, la personne âgée dépendante devrait consommer son épargne, liquider son patrimoine et solliciter durablement ses proches.

Or, de fortes durées d'hébergement en établissement ne sont pas exceptionnelles :

Tableau 19 : Nombre de sorties définitives et durées de séjour en 2007

		Nombre de sorties définitives	Durée de séjour			
			moyenne	Q1***	médiane****	Q3*****
EHPAD*	EHPAD publics	97 276	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 8 mois
	EHPAD privés non-lucratifs	43 925	2 ans et 8 mois	2 mois	1 an et 4 mois	3 ans et 11 mois
	EHPAD privés lucratifs	43 359	1 an et 8 mois	1 mois	6 mois	2 ans et 4 mois
Maisons de retraite	Maisons de retraite publiques non-EHPAD	4 284	2 ans et 9 mois	3 mois	1 an et 5 mois	3 ans et 11 mois
	Maisons de retraite privées non-lucratives non-EHPAD	3 045	2 ans et 11 mois	2 mois	1 an et 3 mois	4 ans et 3 mois
	Maisons de retraite privées lucratives non-EHPAD	3 552	1 an et 11 mois	1 mois	8 mois	2 ans et 9 mois
	Logement-foyers non-EHPAD	18 923	4 ans et 10 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 6 mois	7 ans et 4 mois
	USLD non-EHPAD	8 181	1 an et 10 mois	2 mois	9 mois	2 ans et 7 mois
	Autres** non-EHPAD	4 876	3 mois	0 mois	1 mois	2 mois
Ensemble des EHPA		227 421	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 8 mois

Sources : Enquête EHPA 2007, DREES.

Notes :

* EHPAD : maisons de retraites, logements-foyers, USLD, ayant signé une convention tripartite.

** Établissements d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

*** Q1 : 1er quartile ; 25 % des personnes ayant quitté un EHPAD public en 2007 y sont restées moins de 2 mois.

**** Médiane : 50 % des personnes ayant quitté un EHPAD public en 2007 y sont restées moins de 1 an et 1 mois.

***** Q3 : 75 % des personnes ayant quitté un EHPAD public en 2007 y sont restées moins de 3 ans et 8 mois.

Pour une grande partie du groupe, un dispositif public permettant d'« écrêter » les gros risques de la vie est de ce fait pleinement justifié, et cohérent avec notre modèle de protection sociale. En revanche, certains membres du groupe sont plus réticents devant cette option, dont ils considèrent notamment qu'elle est susceptible d'affecter de façon négative les comportements d'épargne et d'assurance.

⁶⁴ Les bornes utilisées pour l'APA à domicile sont 0,67 MTP pour le plafond d'exonération et 2,67 MTP pour le plafond du ticket modérateur ; leur utilisation exonèrerait les plus modestes de toute participation, puis permettrait ensuite de moduler progressivement la participation des hébergés en fonction de leur revenu.

Dans ce contexte, **le groupe a convenu que le principe d'un mécanisme de « bouclier », qui plafonnerait les dépenses exposées⁶⁵, devrait être exploré et expertisé compte tenu des difficultés techniques qu'il soulève (cf. annexe IX).**

Par ailleurs, la mise en place éventuelle d'un « bouclier » ne pourra pas être indépendante des autres mesures d'amélioration du système actuel, notamment en établissement. Compte tenu des contraintes existant sur les finances publiques, il conviendra ainsi d'arbitrer, pour une enveloppe d'effort public donné, entre les deux schémas suivants :

- ◆ une amélioration de l'aide publique sur toute la durée de séjour en établissement ;
- ◆ une aide pérenne plus faible, mais permettant de limiter, le moment venu, les restes à charge les plus importants par application du « bouclier ». La logique de mutualisation qui sous-tend notre protection sociale conduirait à retenir le second schéma.

2.1.4. L'aide publique dont on a dessiné les contours n'est cohérente avec les besoins que si les aidants maintiennent leur soutien

Les travaux des groupes n° 1 et 2 ne concluent pas à une baisse caractérisée du « potentiel démographique » des aidants. Toutefois, l'évolution des conditions de vie et des aspirations, tant des aidants que des personnes aidées, pourrait entraîner une moindre implication des premiers dans l'aide à domicile, ce qui se traduirait par une augmentation de la dépense publique.

Dès lors, un objectif qui consisterait à conforter les aidants pourrait impliquer un accroissement du soutien public. Les travaux du groupe n° 1 et du Haut Conseil de la Famille (HCF) proposent notamment les mesures suivantes :

- ◆ une amélioration de l'aide aux aidants par la mise en place de « gestionnaires de cas » chargés de coordonner les interventions pour les personnes âgées dépendantes nécessitant une prise en charge complexe, et ainsi soulager les familles ;
- ◆ un développement des structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, répit à domicile) permettant de soulager ponctuellement les aidants en situation de tension ;
- ◆ un renforcement des mesures favorisant l'articulation entre vie professionnelle et aide à un proche dépendant.

2.2. En sus de son aide, la puissance publique pourrait chercher à mieux organiser la gestion de la dépense privée

Dès lors que le socle de l'aide publique répond convenablement aux priorités de prise en charge⁶⁶, on peut considérer :

- ◆ qu'il appartient aux ménages d'organiser la gestion de leurs revenus et de leur patrimoine pour compléter ce socle ;
- ◆ que la question d'une couverture privée obligatoire ne s'impose pas (cf. annexe VI).

⁶⁵ C'est l'option retenue par UFC -Que Choisir qui prévoit que, passé un cap de durée, on devrait garantir aux personnes dépendantes que leur participation ne devrait pas dépasser leur revenu. Le dispositif envisagé n'a pas été expertisé, notamment dans sa composante financière, qui semble en première analyse élevée.

⁶⁶ Garantie donnée aux plus modestes que le niveau de service qui leur sera assuré par l'aide publique est correct ; adoption de règles de dégressivité de l'aide publique qui ne sollicitent pas abusivement les classes moyennes ; visibilité du système public.

Dans ce contexte, **l'État peut choisir de limiter son intervention à l'exercice de ses fonctions régaliennes traditionnelles**, en contrôlant la régularité des contrats et la solidité financière des assureurs.

Cependant, la puissance publique peut également souhaiter intervenir de manière plus directe (cf. annexe VI) :

- ◆ en s'assurant que les produits financiers et les contrats d'assurance qui prennent le relais de l'aide publique soient suffisamment attractifs, de manière à populariser leur diffusion ;
- ◆ en s'assurant qu'une large fraction de ménages en disposent.

2.2.1. La puissance publique pourrait chercher à mieux réguler les contrats d'assurance-dépendance afin de faciliter leur diffusion

Dans le cas où l'assurance-dépendance reste un mode de financement complémentaire à l'aide publique⁶⁷, la puissance publique pourrait chercher à faciliter leur développement en s'assurant que les contrats sont réellement protecteurs des intérêts des souscripteurs. Plusieurs questions devraient alors être traitées :

- ◆ la méthode et la grille d'évaluation de la dépendance ;
- ◆ la création d'une labellisation publique pour les contrats jugés protecteurs des intérêts des souscripteurs (cf. *infra*, encadré n° 8) ;
- ◆ un mode de revalorisation des rentes qui soit transparent et protecteur ;
- ◆ une transférabilité des produits.

◆ **La robustesse et la stabilité des critères d'évaluation de la dépendance :**

La robustesse et la stabilité des critères d'évaluation de la dépendance sont fondamentales pour permettre aux assureurs de mesurer leurs risques, et de calculer le niveau de cotisation correspondant. Dans le cas où la grille d'évaluation ne s'avérerait pas fiable, des dommages pour les assureurs et les assurés apparaîtraient inéluctablement⁶⁸.

Les travaux du groupe ont à la fois montré les limites des critères privés et publics actuels :

- ◆ les critères retenus par les assureurs varient aujourd'hui d'un contrat à l'autre ;
- ◆ les critères d'évaluation retenus par la puissance publique sont perfectibles, notamment pour le GIR 4 ; celui-ci caractérise en effet des états de dépendance parfois difficiles à objectiver.

Afin de permettre un développement protecteur des intérêts des assurés, il semble important de garantir une évaluation harmonieuse des états de dépendance, à la fois entre assureurs mais également entre assureurs et services départementaux.

Si cet objectif devait être retenu, il se traduirait :

- ◆ **par l'adoption d'une grille, reposant sur des indicateurs exogènes et objectifs, par tous les acteurs de l'évaluation de la dépendance.** Des travaux récents conduits par la CNSA, et réunissant les acteurs publics et privés de la dépendance, apparaissent prometteurs ; ils pourraient aboutir à brève échéance à l'adoption d'une grille commune, qui objectiverait notamment davantage les cas de faible dépendance ;

⁶⁷ Dans la quatrième section de cette seconde partie du rapport, le modèle d'une assurance obligatoire privée, qui se substituerait à la dépense publique, sera étudié.

⁶⁸ Par exemple, pour les assurés : baisse des rentes, très fortes ou des cotisations, voire disparition de la couverture contre la dépendance ; pour les assureurs : difficultés financières.

- ◆ par une stabilisation sur longue période de celle-ci ;
- ◆ par une opposabilité des évaluations du Conseil général aux assureurs ; le cas échéant, cette opposabilité pourrait intervenir dès lors que l'évaluateur serait agréé par l'assureur.

- ◆ **Mettre un terme à la trop forte hétérogénéité des contrats :**

De l'avis de certains membres du groupe, il apparaît que la trop forte diversité des contrats actuels, ainsi que certaines faiblesses dans la protection des assurés, sont une limite au développement de ces contrats.

Pour remédier à cette situation, le pouvoir de régulation de la puissance publique pourrait être mobilisé via **la définition d'une garantie socle dans les contrats dépendance, qui pourrait prendre la forme d'une labellisation publique**⁶⁹. Une telle labellisation permettrait de s'assurer d'une qualité d'offre minimale, réellement protectrice des souscripteurs.

Encadré 8 : Exemples de garanties socles labellisées

Le contenu de la garantie socle pourrait intégrer les caractéristiques suivantes :

- Transparence de l'information sur les produits à la souscription et pendant la durée de vie des contrats, avec un cahier des charges aussi transparent que possible ; les points suivants sont notamment importants :
 - mécanismes de participation aux bénéfices encadrés ;
 - encadrement des conditions de mises en « réduction » des garanties en cas de cessation d'adhésion avant survenance du risque, et information régulière des assurés ;
- Définition de la dépendance commune à tous les organismes assureurs et en cohérence avec le secteur public ;
- Encadrement plus strict de la sélection médicale, qui devrait s'effacer avec la diffusion des contrats qui, assurant une large mutualisation, permettent de s'en affranchir ;
- Montant minimal de rente ;
- Mode de revalorisation des rentes réellement protecteur (cf. *supra*, les mécanismes de participation aux bénéfices) ;
- Transférabilité des contrats ;
- Délais de carence et de franchise réduits par rapport à la situation actuelle ;
- Accompagnement des personnes dépendantes et de leurs aidants :
 - garantie d'assistance (services d'information et de conseils) ;
 - versement d'un capital à l'entrée en dépendance, facilitant notamment la gestion immédiate de la situation par les aidants.

⁶⁹ Conformément au principe de liberté de commerce et d'industrie, cette labellisation ne s'imposerait pas à tous les contrats, de sorte que certains assureurs pourraient continuer à proposer des offres non labellisées, ou à innover commercialement. Néanmoins, dès lors qu'elle est correctement conçue et promue par la puissance publique, **une labellisation a pour effet de faire évoluer le marché**, en amenant les entreprises concernées à caler progressivement leur offre, pour des raisons commerciales, *a minima* sur les garanties prévues par le label. Cet effet « d'éducation », qui est fondamental pour s'assurer du développement de contrats protecteurs, implique qu'une **attention toute particulière soit initialement portée sur le contenu même du label**.

◆ **Un mode de revalorisation des rentes protecteur des intérêts des souscripteurs :**

Selon un sondage effectué par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) dans le cadre des travaux du groupe, le taux de revalorisation des rentes des contrats d'assurance dépendance a été en moyenne sur dix ans de 1,5% par an environ, contre une inflation annuelle moyenne de 1,7% ; les observations du rapporteur, qui portaient toutefois sur un échantillon incluant également des mutuelles et des organismes de prévoyance, concluaient à un écart avec l'inflation de l'ordre de 0,5% par an.

Compte tenu de la durée des contrats d'assurance-dépendance, les méthodes de revalorisation des rentes sont fondamentales pour assurer un maintien de leur pouvoir d'achat ; de ce fait, plusieurs propositions – qui seraient consommatrices de fonds propres - peuvent être formulées pour assurer aux rentes une évolution dynamique :

- ◆ *a minima*, une indexation sur les résultats techniques des contrats peut être envisagée ;
- ◆ une indexation plus dynamique serait sans doute souhaitable, puisque les coûts de la dépendance évoluent, sur le moyen terme, comme les salaires et non comme l'inflation. Cependant, une indexation contractuelle sur un indice « externe », comme l'inflation ou le salaire moyen par tête (SMPT) est, de l'avis des assureurs, impossible en l'état actuel de la législation ; **En revanche, le principe d'une indexation offrant un taux fixe (par exemple, 1,8% par an) et/ou d'une participation aux résultats techniques et financiers pourrait être adopté.** Elle se traduira toutefois par un niveau de cotisation plus important pour l'assuré, notamment si la revalorisation intervient au dessus des marges dégagées par la participation aux résultats ;
- ◆ enfin, il pourrait être imaginé d'autres méthodes de revalorisation plus souples et plus protectrices des assurés (mais néanmoins moins transparentes, et fortement contestées par les assureurs⁷⁰) ; les trois schémas suivants, qui sont exclusifs l'un de l'autre, peuvent être proposés :
 - une commission réunissant les régulateurs, les représentants des assureurs et des assurés pourrait périodiquement arbitrer l'évolution des taux de revalorisation en fonction de l'évolution des coûts des facteurs et des hausses de tarification induite⁷¹ ;
 - sur le modèle du Livret A, une autorité administrative indépendante pourrait proposer chaque année une évolution du taux de revalorisation ; les assureurs sont formellement opposés à cette formule ;
 - une revalorisation pourrait être arbitrée dans le cadre d'un « rendez-vous dépendance » périodique (par exemple tous les cinq ans), sur le modèle de Singapour ;

Par ailleurs, le mode de revalorisation des cotisations pourrait être encadré, afin d'éviter des modifications trop importantes d'une année sur l'autre ; par exemple, un plafond annuel d'augmentation pourrait être institué. En revanche, la revalorisation des cotisations doit être possible :

- ◆ le système doit posséder une souplesse suffisante pour lui permettre de faire face à une dégradation non-anticipée du risque ;
- ◆ les normes prudentielles rendent nécessaires les possibilités de revalorisation ;
- ◆ compte tenu de « mutualités » de nature différente, il est normal que les montants de cotisation des contrats soient eux aussi différents.

⁷⁰ Les assureurs jugent en effet que de tels systèmes seraient contreproductifs pour certaines communautés d'assurés.

⁷¹ Une alternative consisterait à confier ce rôle à un groupe d'experts indépendants nommés pour une durée limitée.

◆ **Une transférabilité de la garantie permettant à l'assuré de pouvoir changer d'assureur en cours de contrat :**

En raison de l'horizon temporel du risque de dépendance (30 ans), le développement d'une couverture assurantielle sans transférabilité se traduirait par une baisse de la concurrence potentiellement préjudiciable à l'assuré. Certes, la transférabilité de la garantie pose des problèmes techniques importants ; ceux-ci ne semblent toutefois pas insurmontables.

Ainsi, afin de permettre à l'assuré de pouvoir changer d'assureur en cours de contrat, un système de transférabilité des garanties pourrait être proposé, allant au-delà des mises en réduction aujourd'hui proposées dans certains contrats. Cependant, une telle possibilité n'est techniquement possible que pour les contrats ayant un provisionnement sur durée viagère.

Dans le cas où un socle public labellisé était mis en œuvre, deux techniques pourraient faciliter la transférabilité (cf. *Annexe VII*) :

- ◆ une première technique, assez frustrante mais simple à mettre en œuvre, consisterait à permettre à l'assuré de changer d'assureur jusqu'à un certain âge (par exemple 70 ans). Ce changement impliquerait un transfert des provisions constituées, auquel on retrancherait un abattement forfaitaire représentatif des frais exposés par le premier assureur (rémunération des capitaux, frais de structures, etc.) ;
- ◆ une seconde technique, plus complexe et plus coûteuse pour les assureurs, consisterait à adopter pour les contrats dépendance une gestion « cantonnée » identique à celle des régimes de retraite en points (« Préfon », régimes dits « L. 441 »), ou du Plan épargne retraite populaire (PERP). Cette technique nécessite par contre un niveau d'encours suffisamment élevé. Dans un tel mécanisme, il est possible de définir une valeur de transfert pour les contrats, qui correspondrait aux provisions accumulées (somme des primes actualisées, abattues d'un pourcentage forfaitaire comme dans le précédent système).

Enfin, toute transférabilité devant intervenir dans des conditions neutres de marché, la possibilité d'un transfert entre des contrats collectifs et individuels soulève des difficultés réelles, bien que non insurmontables. Dans un premier temps, la transférabilité pourrait être limitée à des contrats de même nature.

*

* *

Dans une note reçue par le modérateur du groupe le 10 juin 2011, la FFSA souhaite apporter des précisions concernant les éléments précédents :

Encadré 9 : Analyse de la FFSA

- La position des assureurs est que la puissance publique devrait chercher à promouvoir une articulation efficiente entre le public et le privé. Cette articulation efficiente devrait par exemple être obtenue par la création d'une commission nationale du partenariat public-privé indépendante composée, à part égale, de représentants des organismes d'assurance et des institutions publiques (ministères, conseils généraux, caisses). Présidée alternativement par un représentant des assureurs et un représentant de l'État, elle aurait notamment pour mission :
 - d'exercer une gouvernance conjointe en matière de dépendance, entre les pouvoirs publics et les organismes d'assurance pour garantir la fiabilité des référentiels et des pratiques professionnelles ;
 - d'élaborer des critères communs pour la définition de la dépendance en construisant une grille d'évaluation commune et proposant une définition commune en dépendance lourde ;
 - de gérer les agréments d'évaluation et de contrôler les évaluateurs dans l'optique d'une démarche qualité. Les évaluations devront être réalisées sous la responsabilité directe d'un médecin agréé par l'assureur (dans ce cas, l'évaluation faite par les personnes agréées

s'imposerait aux deux parties).

- Par ailleurs, ils considèrent que le montant minimal de rente devrait être réservé aux dépendances lourdes, dont la définition reviendrait à la commission précitée ;
- En matière de la sélection médicale, les assureurs indiquent qu'il conviendra avant toute chose de s'interroger sur les conditions de sa suppression ;
- Les assureurs souhaitent également que les mécanismes de revalorisation des prestations soient explicités dans les contrats, sans que ceux-ci ne soient nécessairement prédéfinis ;
- La garantie socle devra préciser les conditions de l'analyse du risque, avec ou sans franchise médicale ;
- Enfin, concernant la transférabilité des contrats, les assureurs sont opposés au cantonnement obligatoire pour les contrats dépendance car il présente à leurs yeux de graves inconvénients.

2.2.2. Une diffusion multi-supports de la garantie dépendance pourrait être privilégiée

À titre liminaire, il doit être rappelé que les supports de contrat dépendance sont schématiquement au nombre de trois :

- ◆ les contrats « secs », par capitalisation ;
- ◆ les contrats en inclusion ou en garantie secondaire, en général dans une complémentaire santé, dans un contrat individuel ou collectif ;
- ◆ les contrats d'épargne, où l'assurance dépendance est financée par une partie des provisions techniques.

Il ressort des discussions du groupe technique qu'une majorité se dégage en faveur d'une diffusion multi-supports de la garantie assurance.

◆ Le développement des « contrats secs » viagers :

Le développement de « contrats secs » viagers ne pose pas de problématiques spécifiques, dès lors qu'un socle public de garantie est défini. Toutefois, ce schéma est celui d'une assurance de risque, « à fonds perdus ».

Les caractéristiques de ces contrats sont les suivantes :

- ◆ la cotisation dépendance est individuellement calculée, et est fonction de l'âge à la souscription ;
- ◆ le pilotage intègre tous les flux financiers du groupe assuré ;
- ◆ si le risque ne se réalise pas, les cotisations sont perdues, comme dans toute assurance de risque.

◆ **Le développement de la garantie dépendance via la complémentaire santé :**

Afin de généraliser la garantie dépendance, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) a formulé des propositions qui permettraient de créer une forte mutualisation du risque compte tenu de la population déjà couverte. Schématiquement, la couverture dépendance prendrait la forme d'une inclusion dans les contrats de complémentaires santé, selon un schéma comparable à celui de la MGEN ; il pourrait être, selon le GEMA, encouragé financièrement par la puissance publique (*cf. infra*).

Selon le rapport parlementaire de M. Vasselle⁷², une inclusion de garantie⁷³, fournissant une rente de l'ordre de 500 € en cas de dépendance lourde, coûterait de l'ordre de 50 € par an pour les personnes âgées de moins de soixante ans et de 110 € au-delà⁷⁴.

Il doit être relevé que ce schéma est également celui d'une assurance de risque, « à fonds perdus ». Par rapport au système précédent, il offre en outre en général une garantie « annuelle »⁷⁵, ce qui emporte les conséquences suivantes :

- ◆ la cotisation dépendance est calculée en fonction du groupe assuré ;
- ◆ la sélection médicale peut être allégée, voire supprimée pour les garanties obligatoires ;
- ◆ si le risque ne se réalise pas, les cotisations sont perdues, comme dans toutes assurances de risque ;
- ◆ si l'assuré cesse de cotiser, il n'est plus couvert par son assurance – sauf si des mécanismes de « réduction » ont été mis en place. Dans ce cas, sa couverture est fortement réduite ;
- ◆ si l'organisme décide de mettre fin à la garantie, l'assuré perd également le bénéfice de sa couverture⁷⁶ ;
- ◆ enfin, si ce type de garantie est par définition plus pilotable et moins cher qu'une garantie viagère, il implique également une plus forte volatilité des montants de cotisations et de rentes⁷⁷.

◆ **Le développement de la garantie dépendance via l'assurance-vie et, plus généralement, des contrats d'épargne :**

Le principe d'assurance « à fonds perdus » peut constituer pour certaines catégories un frein à la souscription d'une couverture du risque dépendance. D'autres types d'offres existent sous la forme d'un mixte entre l'épargne et la garantie dépendance.

⁷² Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Alain Vasselle, février 2010.

⁷³ Il doit cependant être précisé que ce n'est pas le fait d'inclure ou non la garantie à la santé qui joue sur le prix, mais les caractéristiques démographiques (âge et sexe notamment) du groupe assuré.

⁷⁴ La méthode d'évaluation consiste en l'extrapolation des données fournies par l'exemple des mutuelles de la fonction publique, dans l'hypothèse où l'ensemble de la population serait couvert.

⁷⁵ Ce schéma, bien que très majoritaire, n'est cependant pas forcément le cas : il peut être ainsi imaginé qu'une garantie viagère de la dépendance soit en inclusion à un contrat de santé ayant une garantie annuelle, à l'instar de ce qui peut exister dans les contrats obsèques.

⁷⁶ Dans ce cas, il pourrait être proposé un mécanisme de réduction ou de transférabilité.

⁷⁷ Sans toutefois changer le prix du risque.

L'avantage de ce type de contrat est que la personne assurée garde la maîtrise de son épargne qui est transmise au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès. Compte tenu de la large diffusion de l'assurance-vie, qui bénéficie actuellement à 15 millions de personnes, l'adossement d'une garantie dépendance à un contrat d'assurance-vie est une option régulièrement avancée, notamment par le rapport parlementaire précité. Deux scénarios d'adossement volontaire de la garantie dépendance à un contrat d'assurance-vie peuvent être envisagés⁷⁸ :

- ◆ dans le 1^{er} scénario, on s'appuierait sur la souplesse actuelle de l'assurance-vie, en éliminant les obstacles techniques à son utilisation comme outil de financement de la dépendance ;
- ◆ dans le second scénario, on peut imaginer que la couverture individuelle du risque de dépendance corresponde à une garantie complémentaire ou optionnelle d'une garantie principale d'assurance vie : un contrat dépendance pourrait ainsi être adjoint au contrat d'assurance-vie, le premier étant alimenté par une partie des produits annuels générés par le second (primes régulières sur le contrat dépendance) ou par la mobilisation d'une partie de l'épargne capitalisée.

Pour certains membres du groupe, ces scénarios ne sont d'ailleurs pas exclusifs l'un de l'autre : en effet, le premier pourrait permettre de répondre aux problématiques de financement de la dépendance des personnes dont l'âge est actuellement supérieur à 70 ans, tandis que le second s'inscrit dans une optique de couverture de plus long terme.

⁷⁸ Par ailleurs, un membre du groupe a proposé que la puissance publique incite à l'inclusion d'une garantie complémentaire dans les contrats d'assurance-vie, en réservant à ces seuls contrats tout ou partie des avantages fiscaux de ces produits.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Tableau 20 : Scénarios de mobilisation de l'assurance-vie

	Scénario n° 1	Scénario n° 2
Descriptif des mesures	<p>Le cadre actuel de l'assurance-vie est particulièrement souple, même si quelques évolutions pourraient être apportées pour faciliter son utilisation comme instrument de financement de la dépendance :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il est possible de pratiquer des rachats partiels chaque année, sur lesquels s'applique un abattement élevé à partir de huit années d'épargne (4 600 € pour une personne seul, 9 200 € pour un couple) et, au-delà de cet abattement, un taux d'imposition modéré (7,5%) applicable sur option en lieu et place du barème progressif de l'impôt sur le revenu ; ▪ il est également possible de sortir du contrat d'assurance-vie, en exonération d'impôt sur le revenu à raison des produits du contrat, par le versement d'une rente viagère dont les arrérages sont imposables pour une fraction de leur montant (dégressif avec l'âge du crédientier au moment de l'entrée en service de la rente, par exemple 40% à partir de 60 ans et 30% à partir de 70 ans) ; ▪ enfin, il est possible de sortir d'un contrat d'assurance vie en exonération d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux en cas de dépendance liée à une invalidité du bénéficiaire du contrat ou de son conjoint correspondant au classement dans la 2ème ou 3ème catégorie prévue à l'article L341-4 du code de la sécurité sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ une partie de l'épargne capitalisée pourrait être affectée sur un contrat d'assurance sur la vie vers un contrat dépendance auprès de l'assureur. Un contrat dépendance pourrait ainsi être adjoint au contrat d'assurance-vie, le premier étant alimenté par une partie des produits annuels générés par le second (primes régulières sur le contrat dépendance) ou par la mobilisation d'une partie de l'épargne capitalisée (prime unique) ; ▪ les assureurs pourraient proposer systématiquement une garantie dépendance complémentaire aux personnes à partir d'un âge donné souscrivant une assurance-vie ; ▪ une amélioration de la fiscalité des rentes viagères à titre onéreux est envisageable (par exemple, diminution de la fraction imposable, création d'un abattement annuel).
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conservation du cadre actuel ; ▪ limitation de la dépense fiscale supplémentaire ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ affichage d'un lien entre l'assurance-vie et la dépendance ;
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> ▪ en cas de dépendance prolongée, la totalité de l'épargne accumulée peut être utilisée ; ▪ dans les cas extrêmes, l'épargne peut s'avérer insuffisante. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ complexité du système ; ▪ les sommes versées sur le contrat dépendance restent à l'assureur en cas de non réalisation du risque de dépendance.

◆ **Les contrats collectifs :**

Enfin, il peut être pertinent de développer à côté de l'offre d'une garantie individuelle, l'adhésion à des contrats de groupe. En effet :

- ◆ ces derniers sont particulièrement avantageux pour les assurés puisqu'une partie du coût de la prime est prise en charge par leur entreprise⁷⁹ ;
- ◆ en outre, les contrats collectifs permettent de couvrir une population plus jeune dans un cadre mutualisé plus large. En effet, tous les salariés cotisent, quels que soient leur âge, leur revenu ou leur état de santé. La tarification est identique pour tous et est souvent élaborée de manière à garantir une même rente viagère aux assurés ;
- ◆ les contrats collectifs ne nécessitent en général pas de questionnaire médical. Ils ne prévoient pas, la plupart du temps, de délai de carence ou de franchise.

Dans le cas où ceux-ci seraient mobilisés pour couvrir le risque de dépendance, ils devraient, comme dans le cas des contrats individuels, reposer sur un socle commun de caractéristiques, et assurer leur transférabilité vers les contrats individuels (lors du départ à la retraite, en cas de démission ou de licenciement) ou vers un autre contrat collectif.

D'un point de vue fiscal, les enveloppes prévoyance existantes, qui prévoient une exonération de charges sociales des cotisations d'assurance dépendance versées par l'employeur ne sont pas saturées selon le rapport de M. Vasselle. Il serait donc possible de développer la couverture de dépendance dans le cadre de cette enveloppe.

2.2.3. Un encouragement financier général à la souscription serait très coûteux pour les finances publiques

En sus de la création d'un socle public labellisé, qui serait de nature à favoriser le développement et la diffusion de contrats d'assurance-dépendance, trois autres points peuvent être traités :

- ◆ l'harmonisation de la fiscalité actuelle entre les différents produits, afin de s'assurer d'une incitation uniforme quel que soit le produit-support choisi ;
- ◆ la création d'une éventuelle incitation fiscale à la souscription ;
- ◆ une aide aux ménages modestes pour le paiement de la cotisation.

◆ **L'harmonisation de la fiscalité actuelle entre les différents produits :**

Il est important de veiller à ce que les différences actuelles de traitement fiscal entre les produits soient éliminées entre les différents supports, afin de ne pas créer de distorsion de concurrence entre les différents schémas de diffusion. Par ailleurs, il conviendra de veiller à ce qu'il n'y ait pas de cumul des avantages fiscaux (déduction à l'entrée/exonération à la sortie).

⁷⁹ Selon le rapport de M. Vasselle, la cotisation moyenne annuelle s'établit à 35 €. Selon le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), il faut cependant distinguer, les contrats collectifs à garantie viagère, pour lesquels les droits sont conservés en cas de résiliation de la garantie et dont la cotisation annuelle moyenne s'établit environ à 220 €, des contrats collectifs à garantie temporaire qui coûtent beaucoup moins cher (moins de 50 €) car les droits ne sont pas conservés en cas de résiliation du contrat.

◆ **La création d'une éventuelle incitation fiscale à la souscription :**

Au-delà des incitations financières « traditionnelles » (crédit d'impôt ; « chèque » dépendance), particulièrement coûteuses pour les finances publiques, une autre approche, fondée sur le recours au « contrat responsable » et sur une modulation de la fiscalité des contrats d'assurance, a été envisagée pour les contrats individuels facultatifs. Dans ce cadre, on s'appuierait sur le statut fiscal des contrats « santé », avec une différenciation du taux de la Taxe sur les contrats d'assurance (TSCA)⁸⁰ :

- ◆ dans une première option, le contrat responsable avec inclusion « dépendance » serait exonéré, tandis que le contrat sans inclusion serait taxé à 7% :
 - le différentiel de TSCA serait significatif⁸¹ – mais pas massif - si on le compare aux cotisations finançant des rentes dépendance d'un montant moyen ; le régime serait donc moyennement attractif, même si on peut espérer un développement de la garantie dépendance ;
 - les cotisations des contrats sans inclusion augmenteraient de 7% ;
 - ce régime n'est pas neutre en termes de finances publiques. Si tous les contrats⁸² incluaient à la suite de la réforme une garantie « dépendance », la baisse de TSCA s'élèverait à 700 M€ ; à l'inverse, si aucun contrat ne prévoit l'inclusion dépendance, une plus value de TSCA de 700 M€⁸³ serait réalisée.
- ◆ dans une seconde option, seuls les contrats incluant une garantie « dépendance » bénéficieraient d'un taux réduit de TSCA (3,5%). Certes, cette option est moins incitative que la précédente, puisque le différentiel de taux est moindre, mais elle n'entraîne aucune dépense publique⁸⁴. Les cotisations des contrats sans inclusion augmenteraient de 3,5%.

Pour certains membres du groupe, seuls les contrats dépendance faisant l'objet de la labellisation publique décrite *supra* devraient bénéficier de l'exonération actuelle de TSCA.

◆ **Une aide aux ménages les plus modestes :**

Dès lors que le socle public est important (*cf. supra*), il ne semble pas nécessaire de solvabiliser de manière généralisée la souscription de contrats d'assurance, formule qui alourdirait les charges publiques et engendrerait des effets d'aubaine.

Si l'on souhaitait néanmoins solvabiliser la souscription pour les personnes aux revenus les plus modestes, il pourrait être envisagé d'élargir le mécanisme de l'ACS (Acquisition d'une assurance complémentaire santé). Cependant, la mise en œuvre de cette formule pourrait poser des problèmes de mise en œuvre dirimants.

⁸⁰ Actuellement les contrats responsables supportent une TSCA au taux de 3,5% et le taux est de 7% pour les – rares – contrats qui ne le sont pas

⁸¹ 7% sur un contrat de 1 300 € (valeur moyenne des contrats par ménage) représente 76€ par mois, somme très consistante par rapport à la cotisation dépendance de chaque adulte pour le service d'une rente complétant de façon significative les aides publiques.

⁸² Dans l'hypothèse où on limiterait la mesure à ces seuls contrats.

⁸³ Le point neutre pour les finances publiques se situe à 50% de contrats prévoyant l'inclusion de cette garantie.

⁸⁴ On aurait même une économie sur les contrats qui, n'adoptant pas le principe de l'inclusion, perdraient leur statut de « contrat responsable » ; dans ce cas, la cotisation serait augmentée de 3,5%.

2.2.4. D'autres outils financiers pourraient être développés afin d'aider les personnes âgées dépendantes à utiliser leur patrimoine de manière plus active

Dans une publication récente consacrée à la dépendance⁸⁵, l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) plaide pour le développement de mécanismes permettant aux propriétaires de trouver des ressources finançant, en cas de dépendance, leurs frais d'hébergement :

- ◆ achat d'obligations ou d'actions de la structure d'hébergement ;
- ◆ dispositifs de prêts sans intérêt (comme en Australie) ;
- ◆ mesures publiques visant à différer le paiement des séjours (Irlande, certains conseils locaux au Royaume-Uni) ;
- ◆ produits offerts par le secteur bancaire privé, comme le viager hypothécaire.

Certains membres du groupe estiment que ce dernier produit est prometteur ; toutefois, une expertise juridique et financière approfondie devrait être conduite par les services de l'État compétents, afin de voir dans quelle mesure celui-ci pourrait contribuer à la couverture des dépenses privées de dépendance, de manière à la fois efficace et respectueuse de l'intérêt des personnes âgées.

2.3. Plusieurs recettes sont mobilisables pour financer l'accroissement de la dépense publique

Afin de financer les évolutions précédemment décrites, et surtout la croissance des dépenses liées à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, des recettes publiques supplémentaires devront être mobilisées ; la partie qui suit présente les recettes les plus fréquemment évoquées dans le débat public.

Par ailleurs, il doit être noté qu'il est difficile pour le groupe de s'engager avec précision sur des pistes de recettes. En effet, le choix de ces recettes renvoie à la problématique générale des finances publiques, qui dépasse son champ de compétence. Le groupe a donc choisi de délibérer sur des principes d'action, et de procéder à une analyse des recettes évoquées ou proposées par des membres du groupe ou des rapports publics.

Enfin, le groupe a examiné la question de la répartition des financements entre acteurs publics.

2.3.1. Les réformes envisagées, tout comme les évolutions démographiques, nécessiteront un besoin de financement

Avant d'examiner dans le détail les sources de financement possibles, il convient de rappeler la nature et les montants des besoins identifiés.

Concernant les soins, la tendance actuelle d'évolution de l'ONDAM médico-social est supposée se poursuivre. Dans ce contexte, l'ONDAM médico-social connaîtrait une croissance plus rapide que les autres composantes de l'ONDAM. Par ailleurs, il n'y pas lieu d'étudier une modification des conditions de prise en charge des soins par l'assurance maladie qui serait spécifique aux personnes âgées dépendantes⁸⁶.

⁸⁵ *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OCDE, Mai 2011.

⁸⁶ Sous la double réserve suivante : d'une part, une éventuelle réforme de la répartition des dépenses en établissements entre les trois sections (hébergement, dépendance, soins) ; d'autre part, un ajustement des règles de prise en charge des dispositifs médicaux.

Concernant la prévention, la dépendance et l'hébergement, les besoins de financement résulteront des évolutions démographiques et des améliorations qui seront *in fine* apportées au système actuel. Sur l'évaluation précise des besoins résultant de la démographie, le groupe s'est appuyé sur les projections établies par le groupe n° 2, qui montrent un besoin de financement supplémentaire à horizon 2040 de 0,54 point de PIB (soit 9 Md€), dont 0,25 point pour la santé :

Tableau 21 : Prévisions d'évolution de la dépense publique en faveur de la dépendance (% de PIB, à législation constante)

	2010	2040
Santé	0,72	0,97
Dépendance	0,38	0,63
Hébergement	0,09	0,13
Autres	0,03	0,03
Total	1,22	1,76

Source : Groupe n° 2 (DREES, DG Trésor, INSEE).

Note : Hypothèse intermédiaire pour la démographie ; indexation sur l'évolution des salaires.

2.3.2. Le groupe a retenu plusieurs principes devant guider le choix des recettes

Les principes suivants ont été retenus par presque tous les membres du groupe :

- ◆ proscrire le recours à l'endettement ;
- ◆ ne pas accroître la charge pesant sur le coût du travail ; néanmoins, deux organisations syndicales de salariés ont considéré que ce principe ne devait pas être retenu ;
- ◆ ne pas trop solliciter les actifs, et épargner les jeunes générations ;
- ◆ s'inscrire dans la démarche de diminution des niches fiscales et sociales ;
- ◆ inscrire le choix et la quotité des recettes à lever dans une programmation qui suive la croissance des dépenses.

Les principales pistes de recettes évoquées dans le débat public ont été passées en revue par le groupe ; le CNRPA (Comité national des retraités et personnes âgées) et les administrations d'État ont indiqué qu'ils ne souhaitent pas se prononcer sur ces différentes pistes.

2.3.3. Plusieurs recettes ont été évoquées pour financer la dépendance

À côté des contributions publiques générales telles que la Cotisation sociale généralisée (CSG), dont un point supplémentaire offre un rendement de plus de 11 Md€, les recettes envisageables pour financer la dépendance appartiennent à deux catégories différentes :

- ◆ les recettes résultant d'une augmentation des prélèvements fiscaux ;
- ◆ les recettes résultant d'une réduction de la dépense fiscale ou sociale.

◆ Les recettes résultant d'une augmentation des prélèvements fiscaux :

Plusieurs recettes fiscales ont été mentionnées comme sources de financement possibles de la dépendance :

- ◆ les droits de mutation à titre gratuit (DMTG) pourraient être augmentés⁸⁷, selon deux modalités différentes :

⁸⁷ Cinq membres du groupe se sont déclarés favorables à cette source de financement.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- selon la première, une contribution additionnelle aux DMTG de 1% pourrait être instituée sur une assiette large et un taux de 1% ; son rendement est estimé par le rapporteur du Conseil économique social et environnemental (CESE) à plus de 1 Md€, soit une augmentation supérieure à 12,5% des DMTG ;
 - selon la seconde, un durcissement des droits de succession dans leur structure actuelle pourrait être recherché, avec un abaissement modéré de l'abattement à la base et une progressivité accrue du taux qui passerait notamment par l'éclatement de la tranche à 20%. Il en résulterait une progression de l'ordre de 5 à 7% des DMTG
- ◆ **une extension de la « journée de solidarité »** (Contribution solidarité autonomie - CSA) ; ainsi, la création d'une « deuxième journée » dans le champ actuel se traduirait par un rendement financier important, de l'ordre de 2,3 Md€ par an. Les organisations syndicales de salariés ont cependant souligné leur vive opposition à cette piste de recette.

◆ **Les recettes résultant d'une réduction des dépenses fiscales et sociales :**

Plusieurs pistes de réduction des dépenses fiscales et sociales ont été mentionnées :

- ◆ **l'augmentation de la CSG applicable aux retraités** (*cf. encadré suivant*) ; s'il est peu concevable, dans une période où les retraites évoluent comme les prix⁸⁸, de procéder à un alignement total sur le droit commun, des ajustements ponctuels et limités peuvent être proposés. Par exemple, un alignement progressif du taux de 6,6% sur celui de droit commun, et un recours au critère unique de revenu fiscal de référence (RFR) plutôt qu'au montant de l'impôt dû peut être envisagé ; à terme, la recette de ces évolutions s'élèverait à 1,2 Md€. **Une très forte majorité de membres du groupe a pris position en faveur de cette source de financement** (certains membres du groupe, notamment la Confédération générale du travail (CGT) et Force ouvrière (CGT-FO), ont toutefois indiqué leur opposition).

Encadré 10 : État de la législation fiscale concernant la CSG applicable aux retraités

Par rapport au droit commun, qui prévoit un taux de CSG de 7,5%, trois taux de CSG sont aujourd'hui applicables aux pensions de retraites et rentes :

- un taux nul (exonération) pour les foyers fiscaux dont le revenu fiscal de référence (RFR) sur l'année n-2 est inférieur au seuil d'allègement de la taxe d'habitation (9 876 € pour la première part, majoré de 2 637 € par demi-part supplémentaire) ;
- un taux réduit de 3,8% (entièrement déductibles) pour les foyers fiscaux dont le RFR sur l'année n-2 est supérieur au seuil d'allègement de la taxe d'habitation, et dont la cotisation d'impôt sur les revenus est inférieure à 61 € (non imposables) ;
- un taux plein de 6,6% (dont 4,2% déductibles) pour les autres.

Ces régimes dérogatoires conduisent à des moins-values de recettes de l'ordre de 6 Md€ (respectivement 1,2 Md€ pour le taux de 6,6% ; 1,2 Md€ pour le taux de 3,8% et 3,6 Md€ pour l'exonération).

Par ailleurs, deux autres éléments doivent être soulignés :

- ces régimes ont des effets de rétroaction sur les prestations sociales et d'autres prélèvements fiscaux pour la partie non déductible de la CSG ;
- pour la détermination du taux intermédiaire, on se rapporte à l'impôt dû et non au revenu fiscal de référence, ce qui diminue encore le rendement de la CSG et conduit à déconnecter le taux de CSG applicable du niveau de revenu.

⁸⁸ Sauf pour le minimum vieillesse qui progresse plus vite que les prix.

- ◆ **l'imposition des majorations de retraite attribuées aux familles nombreuses** (cf. encadré suivant), permettrait de dégager, pour un taux marginal moyen d'imposition de 10%, une recette de 750 M€. Par ailleurs, cette réintégration aurait des effets de rétroaction (notamment sur les aides au logement des ménages les plus modestes)⁸⁹. On pourrait les éviter en déconnectant la base ressources de calcul de ces prestations ou prélèvements du revenu imposable. La Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) notamment a indiqué s'opposer à cette piste de recette.

Encadré 11 : État de la législation fiscale concernant l'imposition des majorations de retraite

Par exception au régime normal des retraites qui les assujettit à l'IR, les droits familiaux de retraite – que le COR a récemment évalués à 7,5 Md€ – sont exonérés d'IR ; cet avantage est ainsi d'autant plus élevé que le taux marginal d'imposition des contribuables est élevé.

Cette « dépense fiscale » est régulièrement contestée, notamment par la Cour des Comptes.

- ◆ **la réduction de l'abattement fiscal de 10%, avec un plancher de 374 € et un plafond de 3 660 €, dont bénéficient les retraites** (2,7 Md€ de dépense fiscale). En effet, la philosophie qui sous-tend ce dispositif, et qui repose sur un parallèle avec l'abattement bénéficiant aux actifs au titre de leurs frais professionnels, semble discutable :
 - plusieurs aménagements sont envisageables, notamment une réduction progressive pour tous les ménages du taux de l'abattement, ou un durcissement du plafond pour les ménages les plus aisés ;
 - par ailleurs, ces aménagements auraient des effets de rétroaction (aides au logement, ASH, autres prélèvements fiscaux) qu'on pourrait supprimer par une déconnexion des bases ressources et du revenu imposable.
- ◆ **la réduction d'IR des personnes dépendantes au titre de leurs dépenses d'hébergement et de dépendance** pourrait être supprimée, ce qui aurait un rendement de 175 M€. Cette suppression pourrait être justifiée pour trois raisons :
 - en premier lieu, cette dépense ne bénéficie qu'aux ménages les plus aisés, pour une valeur unitaire moyenne de 46 € et une perte maximale de 208 € par mois ;
 - comme indiqué *supra*, cette suppression permettrait de gager en partie la réforme des aides à l'hébergement ;
 - enfin, le régime actuel, qui se traduit par un décalage entre l'année où l'on bénéficie de la réduction d'IR et l'année de paiement des frais d'hébergement, semble inadapté ; en cas de décès du bénéficiaire, il s'apparente plus en effet à un avantage pour les héritiers qu'à une aide à la personne âgée dépendante.
- ◆ **l'exonération de charges sociales pour les personnes âgées de plus de 70 ans et non dépendantes**, pour lesquelles la franchise n'est applicable que dans la limite de 65 heures de SMIC par mois, pourrait être supprimée ou réaménagée⁹⁰ :
 - cette mesure s'inscrit dans une logique de réduction des niches sociales ; plusieurs membres du groupe y sont favorables ;
 - son rendement « direct » en cas de suppression est complexe à établir. Le renchérissement du coût que supporteraient les ménages serait atténué par l'augmentation de la réduction d'impôt (50% dans la limite du plafond) ;

⁸⁹ Cet effet n'a toutefois pas fait l'objet de chiffrage.

⁹⁰ Le chiffrage d'une telle mesure est particulièrement difficile à évaluer, compte tenu de l'absence de croisement entre les données APA et la base des bénéficiaires de cette niche sociale.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- enfin, le choc social et en emplois pourrait plaider pour une réforme moins brutale, par exemple un plafonnement de l'exonération en fonction du niveau de rémunération ou du revenu de la personne âgée.
- ◆ **une extension du champ de la CSA par alignement sur le champ des redevables de la CSG** procurerait des recettes de 0,95 Md€ (dont 0,2 Md€ au titre des revenus d'activité non salariée, et 0,75 Md€ au titre des revenus de remplacement). Plusieurs membres du groupe ont pris position en faveur de cette source de financement - l'Union professionnelle artisanale (UPA) et l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) ont en revanche souligné leur opposition.

2.3.4. Le partage des charges publiques, et notamment de l'APA, doit être guidé par des principes simples et responsabilisants

La modification des règles de partage de l'APA, qui ne pourra être précisée qu'une fois définis les aménagements de la dépense publique actuelle, ne prend son sens que si elle est intégrée dans la problématique générale des finances locales. Le groupe, qui ne la maîtrise pas suffisamment, ne propose pas de schéma opérationnel sur ce point.

Néanmoins, quelques principes peuvent être avancés sur ce sujet :

- ◆ les départements ne doivent pas être mis dans une situation où une trop forte contrainte financière les conduirait à peser sur l'aide apportée aux personnes dépendantes. À ce titre des membres du groupe – au premier rang desquels l'ADF - jugent que la part actuelle de la dépense supportée par le département, supérieure à 70%, est excessive et considèrent qu'elle met les départements dans une situation de trop fortes contraintes⁹¹ ; à l'inverse, l'ensemble des membres du groupe considèrent que l'ordonnateur – en l'espèce le département - doit supporter une part importante de la dépense si l'on veut éviter une inflation injustifiée de cette dépense⁹² ;
- ◆ comme les départements connaissent des différences de potentiel fiscal et de niveaux de charges, il faudrait peut-être revoir les règles actuelles de péréquation. Le groupe, qui a pris connaissance des travaux de la CNSA sur ce point, a considéré qu'il n'avait pas la vue d'ensemble qui lui permette de proposer des critères de péréquation, et qu'il était plus prudent de renvoyer ce problème à l'examen global précédemment invoqué ;
- ◆ enfin, il conviendrait de donner aux départements une garantie sur l'évolution de la contribution financière de l'État. Cette garantie est tout aussi stratégique pour la conduite des politiques des départements que la clef de partage initiale.

2.4. Dans le scénario de consolidation du socle public actuel, il n'y pas lieu d'envisager des modifications substantielles de la gouvernance du risque dépendance

En matière de gouvernance du risque dépendance, le groupe souligne l'importance :

- ◆ d'une meilleure organisation de l'offre, en renforçant le rôle de coordination de l'offre de soins et services des ARS (Agence régionale de santé) ;

⁹¹ Ainsi, l'Association des départements de France (ADF) et la FHF plaident pour que la dépense d'APA soit pour moitié financée par l'État, et pour moitié par les départements ; d'autres membres ont plutôt plaidé pour une répartition proche de la situation actuelle (70% pour les départements et 30% pour l'État), mais avec une prise en charge paritaire des nouvelles dépenses.

⁹² Ce risque d'inflation est évident avec un taux de participation des départements très minoritaire, et *a fortiori* avec un remboursement à l'euro/l'euro par l'État de la dépense engagée.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- ◆ d'une évolution de la CNSA, avec l'enrichissement de sa fonction d'évaluation, de référencement et de planification ;
- ◆ d'une réflexion sur les mécanismes de co-financement, afin d'en réduire la fréquence et d'en normaliser les règles pour ceux qui subsisteraient.

3. Scénario n°2 : Un dispositif public de sécurité sociale

Certains membres du groupe (notamment quatre syndicats de salariés, ainsi que l'UPA) souhaitent que le risque « dépendance » soit intégré dans la sécurité sociale et soit géré par sa branche d'assurance maladie. C'est à cette option que pourrait être associé le concept de « 5^{ème} risque ».

Les positions qu'ils ont communiquées au modérateur du groupe, et que certains d'entre eux ont commentées avec lui, sont exposées dans la section suivante.

Par ailleurs, il est probable qu'un besoin de financement privé persiste dans un tel système, en dépit de la solvabilisation plus élevée. Par conséquent, les membres du groupe favorables à ce scénario n'excluent pas que ce besoin de financement puisse être couvert par des produits financiers ou par une assurance facultative, selon des mécanismes décrits dans le scénario précédent (labellisation, encadrement des contrats etc.).

3.1. Les tenants d'une gestion par l'assurance maladie mettent en avant plusieurs avantages

Les tenants de ce scénario considèrent que cette option est la seule en mesure :

- ◆ de permettre une gestion mieux intégrée de l'offre de soins et de services dès lors que les prestations sont « dans la même main » ;
- ◆ de réduire les disparités locales de pratique, tant en matière d'attribution de la prestation que de disponibilité de l'offre ;
- ◆ d'éviter qu'on adopte des plans d'aide inférieurs aux besoins alors qu'on peut craindre que ce soit le cas dans la gestion actuelle (notamment parce que les départements sont, notamment avec la clé actuelle de partage de l'APA, sous une trop forte contrainte financière).

3.2. Le dispositif créerait une assurance universelle, obligatoire et gérée par répartition

Le dispositif d'assurance envisagé dans ce scénario reposerait sur trois caractéristiques principales :

- ◆ tous les Français et les étrangers en situation régulière seraient assurés contre la dépendance, quels que soient leur âge et leur état de santé ;
- ◆ le régime serait obligatoire, et la cotisation serait recouvrée selon les règles et procédures des régimes de sécurité sociale ;
- ◆ l'assurance reposerait sur un système par répartition. Si, dans la mise en œuvre d'une réforme de ce type, les personnes dépendantes restaient couvertes par le système actuel, la montée en charge du nouveau régime durerait quelques années⁹³.

3.3. Les cotisations seraient proportionnelles aux revenus

Les tenants de ce scénario considèrent tous que les cotisations devraient être proportionnelles aux revenus. Cette position résulte de l'attachement au principe selon lequel on contribue selon ses capacités.

⁹³ La durée moyenne de service de l'APA est de l'ordre de quatre ans.

Ils diffèrent toutefois sur deux points :

- ◆ l'articulation avec la dépense actuelle : faudra-t-il que la recette en cause « chasse » les recettes actuelles ou devra-t-on la limiter au besoin nouveau de financement (amélioration du dispositif des prestations et croissance du nombre des personnes dépendantes, avec comme objectif la réduction du reste à charge) ?
- ◆ le financement du dispositif : certains membres du groupe se sont prononcés en faveur de la CSG (assiette large qui pèse sur la totalité des revenus) ; d'autres pour une cotisation « classique » de sécurité sociale (assiette plus limitée et déplafonnée, expressément « fléchée » comme recette de la branche maladie et pour les revenus non soumis à cotisations à la CSG).

3.4. Les prestations servies peuvent être calibrées de différentes manières

3.4.1. La nature de la prestation à domicile pourrait rester proche de celle de l'APA, même si le versement d'une rente libératoire est envisageable

La plupart des membres du groupe qui se sont exprimés sur ce point (CGT, FO, CFTC par exemple) souhaitent le maintien des principes actuels de l'APA :

- ◆ une prestation personnalisée et non une rente uniforme (actuellement, l'APA varie fortement à l'intérieur des plafonds) ;
- ◆ une prestation qui soit le support d'un accompagnement social des personnes dépendantes et de leurs proches ;
- ◆ une prestation dont l'usage est orienté vers des intervenants qualifiés (la formule du gré à gré restant contenue) avec un contrôle de l'emploi des sommes versées. On écarterait ainsi une prestation de caractère libératoire dont l'allocataire aurait la libre disposition.

Dans ce contexte, il serait alors logique que les caisses de sécurité sociale (notamment les CARSAT) se dotent des services qui instruisent et suivent la gestion de la prestation. Il serait en effet peu concevable que les départements continuent à gérer l'aide à domicile en tant qu'opérateurs délégués de l'assurance maladie.

Un membre du groupe a opté pour le versement d'une rente :

- ◆ de caractère libératoire ;
- ◆ ne variant qu'avec le degré de dépendance (dépendance lourde, vraisemblablement les GIR 1 et 2 ; dépendance plus légère, vraisemblablement les GIR 3 et 4) ;
- ◆ servie au même taux à domicile et en établissement.

3.4.2. Les membres du groupe se sont partagés sur le problème de la prise en compte du revenu dans la détermination de l'aide

1^{ère} option : une prestation ne tenant pas compte du revenu

Deux membres du groupe (la CGT et la CFE-CGC) ont opté pour des prestations qui ne tiennent pas compte du revenu, option qui leur semble être le pendant logique du principe de variation de la cotisation avec le revenu (« on reçoit selon ses besoins »). D'autres (FO) sont d'accord avec ce principe, tout en soulignant l'inégalité pouvant résulter du cumul d'un avantage fiscal et social.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Pour eux, le montant des prestations devrait assurer des prestations de niveau élevé. Cette option pose un problème majeur. Si l'on veut rester dans l'enveloppe actuelle de dépenses publiques, on aurait, par rapport au système actuel, un transfert en faveur des ménages les plus aisés et au détriment des ménages modestes. Si l'on veut ne pas faire régresser l'aide actuelle de ces derniers – ce qui est la position des partisans de cette thèse-, il convient alors d'augmenter l'enveloppe financière. Les membres précités assument logiquement l'accroissement de la dépense publique, qui est la conséquence mécanique de cette option.

La CFE/CGC a donné une indication des niveaux de rente qui pourraient être envisagés. Le niveau de rente proposé serait de :

- ◆ 1 000 € par mois en « dépendance lourde » (on suppose, comme indiqué ci dessus qu'il s'agit des GIR 1 et 2) ;
- ◆ 500 € par mois en « dépendance légère » (GIR 3 et 4).

À ces niveaux :

- ◆ la rente serait inférieure à l'APA à domicile actuelle pour les personnes dépendantes modestes dont le plan d'aide est élevé⁹⁴ ;
- ◆ elle serait supérieure à l'APA actuelle pour les personnes aisées, surtout si leur plan d'aide est de faible montant⁹⁵ ; cet écart serait accru si on augmentait les plafonds suivant le schéma exposé dans le premier scénario.

Par ailleurs, la rente de 1 000 € serait très supérieure aux aides en établissement dans la plupart des cas. En effet, l'aide publique est actuellement limitée à l'APA - nette du talon - pour les ménages qui sont au-dessus du point de sortie des aides au logement et qui ne demandent pas l'ASH, et, pour les plus aisés des résidents, à la réduction d'impôt.

La dépense s'élèverait en théorie à environ 9,5 Md€ sur la base des effectifs actuels. Cependant, elle s'établirait à un niveau (significativement) supérieur :

- ◆ une partie des personnes dépendantes ne demandent pas actuellement le bénéfice de l'APA. En effet, le montant de l'APA (à la limite égale à 28 € par mois) est faible voire marginal au regard de leur revenu. Il serait normal que ces personnes demandent dans le schéma présenté ici le versement d'une rente dont le montant est nettement plus élevé ;
- ◆ le cas échéant, la prestation pourrait être augmentée pour les personnes les plus modestes qui bénéficient actuellement d'une aide supérieure aux montants de rente envisagés.

◆ **2^{ème} option : une prestation prenant en compte le revenu**

Les autres membres du groupe ont opté – plus par réalisme qu'en doctrine – pour la prise en compte du revenu dans la détermination de l'aide. Néanmoins, ils insistent expressément sur la nécessité que le système déployé couvre largement les classes moyennes, ce qui pose à leurs yeux le problème plus global de la fiscalité sur les revenus.

Certes, la prise en charge de l'assurance maladie ne connaît pas de condition de ressources⁹⁶. Cependant, il existe des prestations « de sécurité sociale » qui varient avec le revenu (notamment le bloc des aides au logement et une partie des prestations familiales). Les questions posées dans cette hypothèse ont été étudiées pour partie dans le scénario n° 1 (élasticité de l'aide avec le revenu, indexation des barèmes de prestation et de ressources).

⁹⁴ Le plafond actuel est supérieur à la rente de 23% en GIR1, de 6% en GIR 2, de 59 % en GIR 3 et de 6% en GIR 4.

⁹⁵ L'APA est à la limite juste au-dessus du minimum de versement de 25€ par mois ; elle est de 10% du plan d'aide pour les personnes dont l'assiette est supérieure à 2,67 fois la MTP.

⁹⁶ En doctrine, la CMUC et l'ACS ne sont pas une exception à ce principe.

3.5. La prestation étudiée n'inclurait ni récupération sur succession, ni obligation alimentaire

Pour tous les membres du groupe partisans de ce second scénario, la prestation de sécurité sociale servie ne donnerait ni lieu à récupération sur succession, ni recours à l'obligation alimentaire.

3.6. La gouvernance de l'ensemble associerait la CNSA et les caisses de sécurité sociale

Les partisans de ce second scénario s'accordent sur le fait que les caisses de sécurité sociale devraient jouer un rôle central dans la gestion du dispositif. Ils soulignent également leur attachement à la CNSA, qui pourrait voir son rôle de pilote renforcé, et qui pourrait voir sa gouvernance élargie plus largement à la société civile.

4. Scénario n°3 : Un système fondé sur une assurance privée universelle de haut niveau réduisant très significativement à terme la dépense publique

Le groupe n° 4 a étudié un schéma d'assurance dépendance universelle au premier euro à partir d'une analyse de la politique adoptée à Singapour et d'éléments sur la transposition d'un schéma de ce type en France. Un membre du groupe a produit la plupart des éléments de définition et de chiffrage qui sont ici utilisés.

4.1. Un système d'assurance universelle, obligatoire et en capitalisation peut en théorie se substituer à la dépense publique

Le système étudié repose sur plusieurs principes :

- ◆ l'assurance a vocation à se substituer aux prestations publiques destinées aux personnes âgées dépendantes (ou à une partie très substantielle de ces prestations). Ces personnes seraient à l'avenir protégées par une rente, servie par leur assureur, qui serait d'un montant suffisant pour garantir des prestations de qualité. Le système étudié se place donc **dans une logique de substitution de l'assurance à la dépense publique, et non de complément à l'aide publique**, comme c'est le cas avec les contrats actuels ;
- ◆ le système venant en substitution des prestations publiques, il a pour vocation de couvrir l'ensemble de la population. **Il s'agit donc un système universel** (et, dans certaines hypothèses, obligatoire), à la différence des couvertures actuelles. Tout le monde est ainsi appelé à cotiser entre un âge plancher de souscription (l'âge de 40 ou 50 ans est fréquemment évoqué), et un âge maximal à l'adhésion (souvent 70 ans) ;
- ◆ il repose sur des mécanismes d'assurance, permettant à la fois de jouer sur le facteur temps (avec des règles de provisionnement) et sur la mutualisation des risques sans mettre à l'épreuve la solidarité inter-générationnelle comme dans les régimes par répartition.

Il pourrait s'articuler de la façon suivante :

- ◆ les personnes rentrant dans le système assurantiel (les 50-69 ans par exemple, ou les 40-69 ans) sont couvertes immédiatement avec une rente garantie quelle que soit leur durée effective de cotisation ;
- ◆ la cotisation dépend de l'âge d'entrée dans le système assurantiel ; elle est viagère (jusqu'à l'entrée en dépendance ou le décès) ;
- ◆ comme la cotisation ne tient normalement pas compte du revenu, il est possible – sans qu'il s'agisse toutefois d'une contrainte catégorique – d'aider les ménages les plus modestes par un système d'aide à la souscription avec l'attribution d'un « voucher » (comme c'est le cas pour les complémentaires-maladie avec l'ACS) ;
- ◆ les personnes ayant lors de la mise en route du système plus de 70 ans, et qui deviendront dépendantes, ainsi que les personnes déjà dépendantes qui n'ont pas cotisé⁹⁷ continueront à bénéficier des prestations publiques actuelles. Celles-ci resteraient en effet en vigueur pour ces deux populations.

Ce système emporte trois conséquences :

⁹⁷ En effet, ces personnes auront au lancement du système soit un âge supérieur à l'âge plafond d'adhésion, soit auront déjà commencé à bénéficier de ces prestations.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

- ◆ une couverture universelle pérenne, qui commence avec la génération de transition⁹⁸, est créée. À terme, l'ensemble de la population sera couvert par le système ;
- ◆ une montée en charge de l'assurance privée permettra de diminuer progressivement les dépenses publiques de dépendance. Cependant, l'économie maximale pour les finances publiques n'est obtenue qu'au terme de la montée en charge du système ; la date de basculement est celle où l'économie d'aides publiques dépasse les aides à la souscription, que l'on estime à environ 10 ans après la mise en place du système ;
- ◆ à terme, les dépenses publiques consacrées à la dépendance doivent largement diminuer ; celles-ci ne seraient plus sollicitées, à l'exception des aides à la souscription. La valeur actualisée nette des économies générées à long terme, ainsi que la « charge évitée⁹⁹ » atteindrait plusieurs dizaines de milliards d'euros, et l'éviction des dépenses publiques de dépendance conduirait à une baisse des prélèvements obligatoires. On peut estimer que le nouveau système, s'il était lancé maintenant, permettrait d'absorber le choc financier que représentera l'entrée en dépendance des générations « baby-boom ».

4.2. Un dispositif s'inspirant de ce modèle a été étudié pour la France

Le dispositif étudié par le groupe est bâti sur des hypothèses conventionnelles, et ne constitue pas un schéma « clés en mains » dans la mesure où bon nombre de paramètres (âge d'entrée, montants des garanties, montants des aides à la souscription et plafond de revenus pour en bénéficier...) peuvent être modifiés sans affecter la cohérence du système (*cf. annexe VII*).

4.2.1. L'assurance-dépendance a une vocation universelle

Un ensemble de contraintes doit contribuer à un très haut degré d'adhésion :

- ◆ les personnes modestes sont aidées pour la souscription du contrat ;
- ◆ les personnes qui ne souscrivent pas dans le délai ouvert (par exemple trois mois après l'âge d'adhésion) sont pénalisées ;
 - elles seront soumises à une sélection médicale avec le risque de payer une cotisation supérieure (surprime si présence d'un risque aggravé), voire d'être refusées ;
 - plus leur âge d'entrée sera élevé, plus leur cotisation sera élevée ;
 - elles n'auront pas droit à l'aide au paiement des cotisations ;
 - le moment venu, l'aide publique qui leur sera attribuée pourrait faire l'objet d'une récupération sur succession.

Toutefois, on peut noter les éléments suivants :

- ◆ le taux de non adhésion à Singapour a constamment diminué pour s'établir actuellement à 6% d'une classe d'âge (les nouvelles générations de 40 ans entrant dans le système) ;
- ◆ si la généralisation (quasi) totale de l'assurance est au rendez-vous, le système permet de supprimer la sélection médicale et les délais de carence, ce qui est un élément positif.

⁹⁸ Initialement les 40-69 ans ou les 50-69, puis l'entrée d'une nouvelle génération chaque année.

⁹⁹ La « charge évitée » est le supplément de garanties par rapport au système public actuel.

Rapport - Groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Des membres du groupe ont considéré que dans la logique d'un système qui se substitue au dispositif public actuel, l'assurance devrait être obligatoire. Il conviendrait alors déterminer les sanctions et les voies de recouvrement qui viendraient concrétiser le principe de l'obligation.

4.2.2. Dans le scénario central, une cotisation de 33 € par mois souscrite à 50 ans ouvrirait droit à une rente comprise entre 300 et 700 €

Le champ des cotisants est défini par deux âges :

- ◆ l'âge d'entrée dans le régime universel :
 - plus il est bas, plus la cotisation est faible, ce qui peut faciliter la diffusion du produit ;
 - à l'inverse, une cotisation à un âge plus avancé correspondrait à une époque de la vie où le risque de dépendance est mieux perçu. La cotisation est certes plus forte, mais sans être trop lourde, et la « proximité du risque » faciliterait l'adhésion ;
 - dans le scénario « central » étudié, l'âge de 50 ans a été retenu. Mais on peut également simuler une entrée plus précoce (à 40 voire 30 ans).
- ◆ l'âge maximum de souscription, qui est souvent présenté comme consubstantiel au projet d'assurance universelle :
 - d'une part, il permet de limiter le risque de couverture de personnes qui seraient déjà dépendantes ou proches de l'état de dépendance
 - d'autre part, il permet de limiter le niveau des cotisations (il serait en effet plus élevé en raison de l'âge élevé de souscription) ;
 - dans le scénario central, l'âge de 69 ans a été retenu¹⁰⁰.

Pour sa part, la cotisation :

- ◆ est librement fixée par l'assureur ;
- ◆ dépend de l'âge à la souscription du cotisant, et croît selon l'âge à la souscription ;
- ◆ pourrait augmenter au fil des années pour équilibrer le risque, mais un système de pilotage avec différents types de provisions est systématiquement mis en place sur chaque contrat afin d'anticiper toute déviation du risque et afin de constituer des réserves suffisantes pour faire face aux engagements futurs ;
- ◆ est indépendante du revenu ;
- ◆ est proportionnelle au montant de la rente payée en cas de dépendance.

Dans le scénario central étudié¹⁰¹, la cotisation pour une personne souscrivant à l'âge de 50 ans pourrait s'élever à 33 € par mois.

¹⁰⁰ Cet âge pourrait très bien être fixé à 75 ans sans que le projet soit dénaturé.

¹⁰¹ Les bornes d'âge retenues sont donc 50-69 ans, avec une rente moyenne de l'ordre de :

- 700 € par mois en GIR 1 ou 2 ;
- 475 € par mois en GIR 3 ;
- 300 € par mois en GIR 4.

4.2.3. Le taux d'effort des ménages pourrait être réduit par une aide publique

Le niveau de cotisation pour un cotisant âgé de 50 ans est, dans le scénario central, assez significatif pour les personnes les plus modestes. Celles-ci pourraient alors soit renoncer à l'assurance (ce qui est contraire à l'objectif d'universalisation recherchée), soit supporter un taux d'effort abusivement élevé.

De ce fait, une aide à la souscription pourrait se justifier ; elle varierait, pour un niveau de rente donné, avec le revenu et, le cas échéant, serait croissante selon l'âge à la souscription. Il faut donc définir :

- ◆ l'ampleur de la population couverte par l'aide ;
- ◆ le profil de l'aide (un montant uniforme au dessous d'un plafond de revenu ou un montant diminuant de façon linéaire avec le revenu) et croissant selon l'âge de souscription.

Dans le scénario central étudié, on a envisagé une aide accordée aux cotisants ayant moins de 1 500 € par mois de revenu, soit 45% de la population cotisante, dont le montant varierait avec l'âge à la souscription. L'aide serait par exemple de 210 € à 50 ans (+6 € par année supplémentaire). Dans une hypothèse plus basse, on garderait les mêmes choix pour une valeur de départ de 105 € (progressant de 3 € par année supplémentaire).

Selon le membre du groupe qui a porté ce schéma, la dépense publique serait respectivement de 1,5 Md€, et de 750 M€ dans l'hypothèse basse. Elle couvrirait 29% et 19% des cotisations (estimées à 7,8 Md€).

Dans un tel schéma, il convient de relever :

- ◆ qu'il s'agit d'une aide pérenne, qui a vocation à subsister même en régime de croisière ;
- ◆ **que dans la phase de montée en charge de la réforme, les dépenses publiques sont donc également dans une première phase en augmentation par rapport au système actuel**, puisqu'il faut à la fois supporter les dépenses pour les seniors non couverts par l'assurance et l'aide à la souscription des contrats, mais en très nette décroissance à peine dix ans après la mise en place. Les économies générées en termes de finances publiques sont très significatives (plusieurs dizaines de milliards d'euros). Elles permettent de maintenir et d'assurer la pérennité du système pour toutes les générations, et notamment de maintenir les prestations actuelles pour les plus de 70 ans.

4.3. Le système conduit les assureurs à verser des rentes libératoires, dont le niveau doit être conséquent

4.3.1. Dans les schémas les plus couramment analysés, l'assureur octroie une rente de caractère libératoire, que le rentier utilise comme il souhaite

Dans le système étudié, la rente possède un caractère libératoire, ce qui assure une liberté de choix à la personne dépendante ou à sa famille :

- ◆ choix de rester à domicile ou aller en institution (rente identique) ;
- ◆ choix de percevoir une partie (ou la totalité en numéraire) et une partie sous forme de services (ou la totalité de la rente peut être convertie en services).

Pour sa part, le groupe a marqué à plusieurs reprises son attachement à une prestation affectée, qui dans les faits est si souvent « fléchée » vers des opérateurs prescrits qu'on pourrait parler de prestation en nature. Certes, il est possible d'envisager que les assureurs associent des services au versement de la rente pour accompagner les personnes

dépendantes (définition et suivi d'un plan d'aide, assistance et conseil...). Il faudrait cependant mesurer la crédibilité d'une telle implication, les contraintes qu'elle impliquerait, les coûts qu'elle engendrerait et les procédures de contrôle de son effectivité.

4.3.2. Comme l'assurance a vocation à se substituer aux aides publiques, la rente servie doit être d'un montant conséquent

Dans le scénario central, on a choisi une rente :

- ◆ couvrant tous les GIR 1 à 4 (alors que dans les contrats actuels on est plutôt en GIR 1 et 2) ;
- ◆ variant avec le GIR ;
- ◆ supérieure à l'APA moyenne actuelle (700 € en GIR 1 et 2 ; 475 € en GIR 3 et 300 € en GIR 4) ; on ne pourrait pas souscrire pour des montants de rente plus faibles.

Ce scénario est en revanche contestable, dans la mesure où le niveau de rente serait inférieur à l'aide publique actuellement accordée aux dépendants les plus modestes (qui peut, par exemple, atteindre le niveau du plafond actuel¹⁰² de l'APA à domicile, et quelques centaines d'euros par mois au titre de l'ASH en sus de l'APA). Une telle option aurait pour conséquence :

- ◆ soit une régression de l'aide ;
- ◆ soit l'octroi d'une prestation publique sous condition de revenu, en sus de la rente.

Certes, le montant des rentes pourrait être augmenté, et atteindre notamment les plafonds actuels (et envisagés) de l'APA à domicile (soit 1 200 € en GIR 1 et 2, 800 € en GIR 3 et 500 € en GIR 4). Toutefois, cela impliquerait bien entendu un accroissement très marqué de la cotisation, car on généraliserait alors à l'ensemble des personnes dépendantes le niveau actuel de l'aide attribuée aux plus modestes¹⁰³. Un tel scénario correspondrait ainsi à une hausse des garanties de 70% par rapport au scénario central retenu ici ; les dépenses publiques s'élèveraient alors à 2,5 Md€.

4.3.3. Des méthodes permettraient de garantir en partie la valeur des rentes

Il s'écoule plusieurs dizaines d'années entre la souscription (40 ou 50 ans dans les scénarios les plus souvent évoqués) et l'entrée en dépendance (près de 85 ans).

Certains membres du groupe considèrent qu'il s'agit d'une faiblesse des systèmes d'assurance de n'afficher comme indications de long terme que le montant nominal de la rente et souvent le principe d'une revalorisation « en fonction des résultats du risque », assez peu explicite.

¹⁰² On a indiqué dans le premier scénario qu'on pouvait envisager une augmentation des plafonds actuels.

¹⁰³ Ce scénario permettrait ainsi d'offrir une rente supérieure à celle existant actuellement à l'ensemble des Français.

Encadré 12 : Différences entre une indexation et une revalorisation

Une cotisation est calculée avec un taux technique qui correspond au rendement minimal attendu ; seuls les résultats financiers au-dessus de ce taux peuvent participer à la revalorisation de la garantie.

L'indexation et la revalorisation doivent être distinguées :

- **une indexation est une revalorisation garantie** ; comme elle doit être provisionnée (engagement financier, les régulateurs imposent un provisionnement de toute garantie financière) la prime est supérieure à celle correspondant à l'absence de garanties financières ;
- **une revalorisation n'est pas garantie** ; elle dépend des résultats technico-financiers et du montant alloué dans le fonds pour revalorisation. Il s'agit d'une participation aux bénéfices.

Lorsqu'une rente est revalorisée ou indexée, les primes le sont également du même pourcentage

Les tenants du système d'assurance ici étudié objectent les éléments suivants :

- ◆ alors qu'une rente privée offre, au moins, la garantie nominale de la rente, l'État peut, pour sa part, modifier les paramètres de l'aide publique avec pour conséquence une baisse de la prestation¹⁰⁴, comme cela a été le cas en mars 2002. Le système public n'offrirait ainsi aucune sécurité de long terme ;
- ◆ les contrats prévoient tous une revalorisation des rentes, le plus souvent « en fonction des résultats de la gestion du risque ». Par le passé, les revalorisations servies ont été proches de l'inflation.

Pour les contrats facultatifs et complétifs qui prévoient des revalorisations des rentes, les niveaux de revalorisation se sont en effet révélés *ex post* proches de l'inflation. Néanmoins, il convient de s'interroger sur le caractère satisfaisant d'une telle situation pour un dispositif substitutif et (quasi) obligatoire, d'autant plus qu'en matière de dépendance le prix des prestations évolue comme les salaires, et non comme l'inflation. Certes la personne dépendante n'a actuellement aucune garantie sur la valeur de l'aide publique. Mais il se trouve que l'État a toujours eu, y compris sur des dossiers difficiles comme la gestion des retraites, le souci d'une grande continuité dans la protection sociale et que les gens qui ont une vraie confiance dans le « pacte social » sont fondés à le faire.

Quoi qu'il en soit, si on veut fonder, sur un sujet aussi sensible, une nouvelle politique sur un schéma aussi novateur – et « perturbateur » - que celui étudié ici, il conviendra vraisemblablement d'améliorer la visibilité et la crédibilité de certaines de ses options.

De ce fait, une variante du précédent scénario a été étudiée, avec l'hypothèse que la rente serait indexée sur un taux de 1,8% par an, progression qui pourrait venir en sus de la revalorisation « en fonction des résultats du risque ». Cette indexation se traduit bien évidemment par une augmentation très sensible de la cotisation (+40 % pour une personne souscrivant à 50 ans), mais elle offre une sécurité appréciable puisque la valeur de la rente évoluera plus vite que l'inflation¹⁰⁵.

D'autres mesures de protection de la valeur des rentes sont envisageables, comme l'enseigne le cas de Singapour ; dans cet État, qui a mis en place un système proche de celui étudié, il a été convenu d'organiser un « rendez-vous » tous les cinq ans, afin de recalibrer les paramètres du régime d'assurance. Cette piste mériterait d'être étudiée dans le cas français.

¹⁰⁴ Par exemple, un gel des plafonds de l'APA, un durcissement de la condition de ressources, une modification du ticket modérateur etc...

¹⁰⁵ Sous hypothèse que les niveaux d'inflation actuels se maintiennent.

Lettre de mission



Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

La Ministre
Cab RBN/FS/JM – Me D.11.370

Paris, le 18 janvier 2011

Monsieur le conseiller-maître,

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées constitue un enjeu majeur de solidarité nationale. Le vieillissement en cours de la population renforce la nécessité de moderniser notre système de protection sociale pour apporter à tous les Français qui souffrent de dépendance une réponse adaptée à leurs besoins.

Pour faire face à ce défi, le Président de la République a demandé au Gouvernement d'organiser un grand débat national sur la dépendance au premier semestre 2011.

Afin de faire vivre ce débat, un comité interministériel sur la dépendance, présidé par le Premier Ministre, a été créé pour piloter ce projet. Quatre groupes de travail réunissant l'ensemble des acteurs du secteur et les principaux experts du sujet seront chargés de traiter le thème de la dépendance sous tous ses aspects, sociétaux, démographiques, médicaux et financiers.

Dans ce cadre, je vous demande de bien vouloir animer le groupe dont les travaux porteront sur le thème « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ».

L'objectif de ce groupe est de dresser un état des lieux du financement de la prise en charge de la dépendance et de réfléchir à des évolutions possibles dans ce domaine. Le groupe traitera également de la question de la gouvernance du système de prise en charge de la dépendance et de son évolution éventuelle pour tenir compte des mesures qui pourraient être proposées en matière de financement.

Dans un premier temps, vous réaliserez un état des lieux du système actuel de financement selon les financeurs (État, assurance-maladie et autres caisses de sécurité sociale, CNSA, départements, personnes dépendantes, assureurs, contribution des familles et des aidants...) et selon le type de ressources affectées à cette prise en charge (dépenses nationales et locales, cotisations, participation de l'utilisateur, assurance dépendance). Vous attacherez une attention particulière à l'analyse des dépenses supportées directement par les personnes

Monsieur Bertrand FRAGONARD
Conseiller maître à la Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 PARIS 01SP

Hôtel de Castries
72, rue de Varenne - 75350 Paris 07 SP – Tél. : 01 42.75.80.00
www.solidarite.gouv.fr

dépendantes et leurs familles, notamment en analysant le taux d'effort de ces personnes en fonction de leur revenu, du GIR, des modalités de prise en charge et de la durée de la perte d'autonomie. Vous étudierez notamment la place de l'obligation alimentaire et les modalités de son application par les départements. Vous analyserez le fonctionnement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et sa mise en œuvre par les départements. Vous examinerez en outre les montants consacrés à la prise en charge de la dépendance dans les budgets départementaux et les difficultés qui peuvent y être attachées. Pour établir cet état des lieux, vous pourrez avoir recours à des comparaisons avec les modes de financement de la dépendance dans d'autres pays européens.

Vous identifierez ensuite les ressources publiques susceptibles d'être mobilisées pour financer la dépendance aujourd'hui et à différents horizons temporels. Vous analyserez en particulier les possibilités d'optimisation et de redéploiement des moyens actuels, ainsi que les pistes de révision des niches fiscales et sociales. Vous vous interrogerez également sur les différents modes envisageables de participation individuelle au financement de la perte d'autonomie, qu'il s'agisse d'une évolution du ticket modérateur, de la mobilisation de l'épargne individuelle et du patrimoine, ou de différents scénarios de développement de l'assurance privée, pour lesquels vous identifierez les conditions de mise en œuvre et les facteurs clés de succès. Ces travaux devront aboutir à l'élaboration de scénarios prospectifs d'articulation entre ressources publiques et participation individuelle qui devront notamment analyser les contraintes en termes de finances publiques et l'impact sur l'équité entre ménages. Dans le cadre de cette réflexion, vous étudierez aussi les évolutions possibles des modalités de prise en charge de la dépendance et de la répartition entre postes de dépenses (compensation de la dépendance, soins, hébergement) et entre financeurs.

Vos travaux porteront enfin sur les questions de gouvernance du risque dépendance, en fonction notamment des scénarios de réforme que vous aurez identifiés. Vous réfléchirez ainsi à l'articulation entre échelon national (à travers ses différentes composantes : CNSA, sécurité sociale), local et départemental ainsi qu'entre couverture publique et couverture privée. Vous examinerez notamment la piste d'une cinquième branche de la sécurité sociale.

Les conclusions des travaux de votre groupe devront m'être transmises dans le courant du mois de juin 2011.

Il vous appartient d'arrêter la composition de votre groupe de façon à réunir toutes les compétences nécessaires au bon déroulement de ses travaux et en veillant à assurer la représentation des principaux acteurs concernés par votre sujet. Je tiens simplement à ce que chacun des quatre groupes de travail comprenne à tout le moins des parlementaires, des élus locaux et des représentants des organisations syndicales et patronales les plus représentatives au plan national.

Vous bénéficierez de l'appui d'une équipe administrative dédiée, composée de membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) et conduite par Axel Rahola, désigné comme rapporteur du comité interministériel sur la dépendance et chargé de la coordination des travaux de l'ensemble des groupes.

Veuillez agréer, monsieur le conseiller-maître, l'expression de mes salutations distinguées.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Copies à : Monsieur Axel RAHOLA, rapporteur du comité interministériel sur la dépendance.
Monsieur Fabrice HEYRIES, Direction générale de la cohésion sociale.
Monsieur Dominique LIBAULT, Direction de la sécurité sociale.

Liste des membres du groupe

M. Bertrand Fragonard, président délégué du Haut conseil de la famille, modérateur du groupe

1. Parlementaires

1.1. Assemblée nationale

M. Yves Bur, député du Bas-Rhin

M^{me} Laurence Dumont, député du Calvados

1.2. Sénat

M^{me} Jacqueline Alquier, sénateur du Tarn

M. Yves Daudigny, sénateur de l'Aisne

M^{me} Bernadette Dupont, sénateur des Yvelines

M. Jean-Jacques Jégou, sénateur du Val-de-Marne

M^{me} Valérie Létard, sénateur du Nord

2. Collectivités locales

2.1. Assemblée des départements de France (ADF)

M. Jean-Pierre Hardy, chef de services des politiques sociales

M. André Viola, président du Conseil général de l'Aude

2.2. Association des maires de France (AMF)

M^{me} Valérie Egloff, adjointe au maire du Havre

M. René Regnault, président de l'association des maires des Côtes d'Armor

3. Partenaires sociaux

3.1. Organisations syndicales de salariés

M. Jean-Marc Bilquez, FO (Force ouvrière)

M. Pierre-Yves Chanu, CGT (Confédération générale du travail)

M. Thierry Gayot, CFTC (Confédération française des travailleurs chrétiens)

M. Gilbert Jérôme, CFDT (Confédération française démocratique du travail)

M. Danièle Karniewicz, CGC (Confédération générale des cadres)

3.2. Organisations patronales

M. Jean-Pierre de Guidis, CGPME (Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises)

M. Gérard Meneroud, MEDEF (Mouvement des entreprises de France)

M^{me} Houria Sandal-Aouimeur, UPA (Union professionnelle artisanale)

3.3. Organisations représentatives des professions non-salariées

M. Christian Guichardon, UNAPL (Union nationale des professions libérales)

4. Organismes de protection sociale

M. Bruno Lachesnaie, CCMSA (Caisse centrale de la mutualité sociale agricole)

M. Albert Lautman, CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse)

M. Dominique Liger, RSI (Régime social des indépendants)

M^{me} Mathilde Lignot-Leloup, UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie)

M. Frédéric Marinacce, CNAF (Caisse nationale des allocations familiales)

M. Laurent Vachey, CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)

5. Représentants des opérateurs du monde de l'assurance

5.1. Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)

M. Francis Bloch

M. Bertrand Boivin-Champeaux

5.2. Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)

M. Fabrice Heyriès

M. Thierry Martel

M^{me} Lucie Taleyson

5.3. Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

M. Jean-Louis Davet

M^{me} Martine Vareilles

6. Représentants des offreurs de soins et de services

6.1. Représentants du secteur de l'aide à domicile

M. Didier Duplan, ADESSA/A Domicile (Fédération nationale d'associations et de structures à but non lucratif d'aide, de soins à domicile et de services à domicile)

M^{me} Emmanuelle Legrand, FEPEM (Fédération nationale des particuliers employeurs)

M. Olivier Peraldi, SESP (Syndicat des particuliers employeurs)

6.2. Représentants du secteur des établissements

M^{me} Florence Arnaiz-Maumé, SYNERPA (Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées)

M^{me} Murielle Jamot, FHF (Fédération hospitalière de France)

M. Vincent Renault, FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne)

7. Représentants de la société civile

M^{me} Christian Basset, UNAF (Union nationale des associations familiales)

M^{me} Janine Dujay-Blaret, CNRPA (Comité national des retraités et personnes âgées)

M. Mathieu Escot, UFC-Que choisir

M. Benoît Jayez, CNRPA (Comité national des retraités et personnes âgées)

M. Bruno Juigner, UNAF (Union nationale des associations familiales)

M. Christian Saout, CISS (Collectif interassociatif sur la santé)

8. Personnalités qualifiées

M. Pierre Jamet, directeur général des services du Conseil général du Rhône

M. Pierre-Alain de Malleray, directeur général délégué de MutRé SA

M. Claude Martin, sociologue

M. André Masson, économiste

M. Philippe Valletoux, président de PHV-Conseil

9. Représentants de l'administration

9.1. Ministères en charge des affaires sociales

M^{me} Anne-Marie Brocas, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

M^{me} Sabine Fourcade, directrice générale de la cohésion sociale (DGCS)

M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale (DSS)

9.2. Ministères en charge de l'économie et des finances

M. Julien Dubertret, directeur du budget (DB)

M. Ramon Fernandez, directeur général du Trésor (DG Trésor)

M^{me} Marie-Christine Lepetit, directrice de la législation fiscale (DLF)

9.3. Ministère de l'Intérieur

M. Eric Jalon, directeur général des collectivités locales (DGCL).

ANNEXES AU RAPPORT DU GROUPE N° 4

« Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Modérateur : Bertrand Fragonard, président délégué du Haut conseil de la famille

Rapporteur : Jean-François Juéry, inspecteur des Finances

- Juin 2011 -

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE I :** PRÉSENTATION DU COMPTE FINANCIER DE LA DÉPENDANCE
- ANNEXE II :** ÉLÉMENTS FINANCIERS SAISIS AU NIVEAU DES MÉNAGES
- ANNEXE III :** L'ACTION SOCIALE LOCALE
- ANNEXE IV :** LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE COUVERTURE DE LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES À L'ÉTRANGER
- ANNEXE V :** L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT
- ANNEXE VI :** PRÉSENTATION DE L'ASSURANCE-DÉPENDANCE ET DES LEVIERS DE SA MOBILISATION
- ANNEXE VII :** SCHÉMA D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE AU PREMIER EURO
- ANNEXE VIII :** LA TARIFICATION EN ÉTABLISSEMENT
- ANNEXE IX :** SCHÉMA D'ORIENTATIONS POUR UN « BOUCLIER » DÉPENDANCE

ANNEXE I

Présentation du compte financier de la dépendance

SOMMAIRE

1. L'ÉVALUATION DES DÉPENSES CONSACRÉES À LA DÉPENDANCE REPOSE SUR DES CONVENTIONS ET SOULÈVE DES DIFFICULTÉS MÉTHODOLOGIQUES.....	1
2. LES DÉPENSES PRIVÉES CONSACRÉES À LA DÉPENDANCE, RELATIVEMENT MAL CONNUES, SONT ESTIMÉES À PRÈS DE 7 MD€	7
2.1. Le ticket modérateur de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) constitue la principale source connue du reste à charge au titre de la perte d'autonomie.....	7
2.1.1. <i>Le ticket modérateur de l'APA à domicile, qui peut être évalué à 568 M€, constitue une approximation par défaut du RAC résultant de la perte d'autonomie</i>	<i>7</i>
2.1.2. <i>En établissement, le reste à charge est de l'ordre de 917 M€ par an.....</i>	<i>9</i>
2.2. Le reste à charge au titre des soins ne peut faire l'objet que d'une approximation...	13
2.3. Le coût net de l'hébergement, estimé à 4,8 Md€, est important pour les personnes en établissement.....	13
2.3.1. <i>Les surcoûts induits par la dépendance pour l'hébergement à domicile sont mal connus.....</i>	<i>13</i>
2.3.2. <i>En établissement, l'estimation du coût de l'hébergement est un majorant du surcoût de la dépendance auquel il convient de retrancher les dépenses de « gîte et de couvert »</i>	<i>14</i>
2.4. Le mode de financement du reste à charge est mal connu à ce jour.....	17
3. LA DÉPENSE PUBLIQUE ENGENDRÉE PAR LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES PEUT ÊTRE ÉVALUÉE DANS SON ACCEPTION LA PLUS LARGE À ENVIRON 24 MD€ EN 2010	18
3.1. La destination du soutien public : une intervention consacrée pour moitié à la solvabilisation des dépenses de soins	20
3.1.1. <i>Les aides visant à compenser la perte d'autonomie, dont la principale est l'APA, représentent près de 7,7 Md€.....</i>	<i>20</i>
3.1.2. <i>D'un montant conventionnellement évalué à 14 Md€, les dépenses de soins constituent la principale dépense des personnes dépendantes.....</i>	<i>30</i>
3.1.3. <i>L'hébergement des personnes âgées dépendantes bénéficie d'une aide publique évaluée à 2,2 Md€.....</i>	<i>34</i>
3.2. L'origine des ressources publiques : un financement qui repose d'abord pour moitié sur les caisses de sécurité sociale (15 Md€), puis sur les départements (5 Md€).....	39
3.2.1. <i>Les caisses de sécurité sociale sont de loin les principales contributrices à la dépendance avec des dépenses d'environ 15 Md€.....</i>	<i>40</i>
3.2.2. <i>Les dépenses des collectivités locales sont en forte croissance sous l'effet de l'APA.....</i>	<i>42</i>
3.2.3. <i>La CNSA vient compléter les financements apportés par les départements et les caisses de sécurité sociale.....</i>	<i>42</i>
3.2.4. <i>L'État intervient principalement par le biais des dépenses fiscales.....</i>	<i>44</i>

4. LE RATIO DÉPENSES PUBLIQUES / DÉPENSES TOTALES LAISSE APPARAÎTRE UN TAUX DE COUVERTURE PUBLIC IMPORTANT	48
4.1. Les dépenses liées à la perte d'autonomie et aux soins apparaissent largement socialisées.....	48
4.1.1. <i>La dépendance stricto sensu est pour l'essentiel couverte par des dépenses d'origine publique.....</i>	<i>48</i>
4.1.2. <i>À l'inverse, les coûts liés à l'hébergement sont, en raison des niveaux de reste à charge en établissements, principalement couverts par les personnes âgées ou leur famille.....</i>	<i>49</i>
4.1.3. <i>Les dépenses de soin sont pour l'essentiel socialisées.....</i>	<i>49</i>
4.2. La dépendance à domicile apparaît davantage solvabilisée que celle en établissement.....	50
4.2.1. <i>Les dépenses à domicile bénéficient d'un taux de couverture par la puissance publique de 86%.....</i>	<i>50</i>
4.2.2. <i>Plus faible qu'à domicile, le taux de couverture en établissement s'élève toutefois à 72%.....</i>	<i>51</i>

1. L'évaluation des dépenses consacrées à la dépendance repose sur des conventions et soulève des difficultés méthodologiques

L'état de dépendance se traduit, pour la personne âgée, pour sa famille ou pour la puissance publique, par des surcoûts qui peuvent avoir pour origine :

- ◆ la perte d'autonomie (ou dépendance *stricto sensu*) ;
- ◆ une consommation de soins médicaux supérieure à celle des personnes non dépendantes de même âge ;
- ◆ un renchérissement de l'hébergement.

Cette annexe vise à établir un « compte de la dépendance », de manière à chiffrer, aussi précisément que possible, les surcoûts macroéconomiques qui résultent de la dépendance, tant pour les ménages que pour la puissance publique. Toutefois, un tel exercice soulève de réelles difficultés, qu'il convient d'explicitier.

En premier lieu, le choix du périmètre des dépenses engendrées par la dépendance repose sur des fondements conventionnels, tant pour la population couverte que pour la nature des dépenses :

- ◆ le groupe a estimé que la population concernée par la dépendance relevait des GIR (groupes iso-ressources) 1 à 4 ; cependant, les dépenses publiques de prévention de la dépendance et celles qui bénéficient aux GIR 5 et 6 sont incluses dans le périmètre ;

Encadré 1 : Définition des groupes iso-ressources de la grille AGGIR

La grille AGGIR classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie, appelés GIR (Groupes iso-ressources), à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne :

- le **GIR 1**, qui correspond aux personnes les plus dépendantes, comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- le **GIR 2** est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.
- le **GIR 3** regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
- le **GIR 4** comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- le **GIR 5** est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- le **GIR 6** regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

- ◆ il n'existe pas de consensus sur le champ des dépenses résultant de la dépendance. En particulier, la question de l'inclusion des dépenses de soins soulève des difficultés philosophiques et méthodologiques (cf. encadré n° 2) ; toutefois, l'habitude a été prise, depuis un rapport de 2005 de la Cour des comptes¹, de les inclure ;

Encadré 2 : Principales conventions du périmètre

Concernant les populations couvertes :

- les dépenses publiques et privées relèvent pour l'essentiel des GIR 1 à 4, même si les dépenses ciblées sur la dépendance, et bénéficiant aux GIR 5 et 6, ont été isolées et sont présentées dans le compte ; à l'inverse, les dépenses privées des personnes résidant en établissement, et classées en GIR 5 à 6, ne sont pas considérées comme des dépenses de dépendance ;
- les dépenses liées au handicap sont exclues de ce périmètre. Toutefois, certains membres du groupe ont indiqué que cette exclusion ne leur semblait pas être pertinente.

Concernant le champ de dépenses couvert :

- les dépenses relatives à la prévention, notamment celles des caisses de retraite et des collectivités locales, sont incluses dans le périmètre de la dépendance ; en effet, elles doivent influencer, en théorie et à condition d'être efficaces, les dépenses consacrées aux GIR 1 à 4, en réduisant la rapidité d'entrée en dépendance ;
- les dépenses de soins consacrées à la dépendance sont également incluses de manière très conventionnelle, même si leur évaluation soulève des difficultés particulièrement importantes (cf. *infra*). Certains membres du groupe ont néanmoins souligné que cette inclusion dans le périmètre devait être rejetée : à leurs yeux, les personnes dépendantes exposent des dépenses de soins comme l'ensemble des personnes de leur âge, et aucune analyse ne permet actuellement de considérer qu'elles sont d'un montant supérieur. Si un surcoût était avéré, c'est celui-ci qui devrait être intégré dans le compte de la dépendance, et non pas le coût brut des soins ;
- à l'inverse, certaines aides, aujourd'hui mal connues, n'ont pas été incluses faute de données précises, alors qu'elles pourraient éventuellement l'être (par exemple certaines aides de l'ANAH (Agence nationale de l'habitat).

- ◆ les frontières entre les différentes catégories de surcoûts ne sont pas toujours simples à identifier ;
- ◆ enfin, le compte établi ci-dessous décrit des flux monétaires et fiscaux, et ne tient pas compte de la valorisation de l'apport des aidants.

Encadré 3 : Les difficultés de valorisation de l'apport des aidants

En dépit de l'introduction de l'APA, le maintien à domicile de personnes âgées dépendantes ne peut se faire sans l'implication d'aidants, dont le soutien est nécessaire pour compenser l'augmentation des incapacités. On dispose de deux études sur l'apport des aidants :

- la première reprend les données collectées par la DREES, quelques mois après l'introduction de l'APA². **L'ancienneté de cette étude limite toutefois la portée de ses conclusions ;**
- la seconde, plus récente³, donne des indications sur la fréquence de l'intervention des aidants, leur profil et le type d'aide apportée. Cependant, elle ne donne pas d'indication sur le volume en heures de cette intervention.

Il ressort de cette étude une **forte complémentarité** se dégage entre l'aide à domicile apportée par les professionnels et l'entourage. Ainsi, **l'APA n'a pas entraîné, dans les conditions de l'époque, de retrait des aidants**. Les obligations morales que sous-tendent les liens de parenté et l'histoire partagée entre les personnes conduisent à une forte stabilité de l'aide des proches ; **toute aide**

¹ *Les personnes âgées dépendantes*, rapport public de la Cour des comptes, novembre 2005, p. 153.

² *Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées*, Études et résultats n° 459, janvier 2006 ; l'enquête a été réalisée sur un échantillon de 2 614 bénéficiaires de l'APA à domicile en novembre 2002, répartis dans dix-huit départements représentatifs de la situation des personnes âgées dites dépendantes au niveau national.

³ *L'aide aux personnes âgées et leurs aidants informels*, DREES, février 2011.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

publique apportée aux personnes âgées dépendantes ne se traduit donc pas par une baisse du soutien apporté par les aidants.

La valorisation financière de l'aide à domicile apportée par les aidants soulève de nombreuses difficultés méthodologiques :

- **en premier lieu, les volumes horaires mentionnés dans l'étude doivent être considérés avec précaution.** En effet, outre le caractère déclaratif de ces données, l'étude de 2002 de la DREES adopte une définition relativement extensive de l'aide à la personne⁴ ; compte tenu de la nature des aides comptabilisées, il est probable qu'ils **soient un majorant du volume horaire des aides à domicile *stricto sensu*, et comportent une proportion non quantifiable de tâches domestiques classiques ;**
- en second lieu, il n'est pas possible de distinguer, au sein de l'aide apportée par les aidants, celle qui serait de toute façon apportée par solidarité familiale, quel que soit le niveau de prise en charge public, de celle qui résulte de besoins non solvabilisés ;
- enfin, le montant retenu pour valoriser le volume horaire apporté par les aidants ne peut être qu'arbitraire. À ce stade, des travaux préliminaires du secrétariat du Haut conseil de la famille valorisent entre 10 et 12 Md€ par an l'apport des aidants ; cette estimation est cohérente avec l'estimation usuelle, de 8 Mds€⁵.

Au total, l'inclusion de l'apport des aidants dans le compte de la dépendance est délicate, et relève moins de la convention que d'un choix philosophique.

En second lieu, les outils statistiques présentent des insuffisances qui ne permettant pas toujours d'isoler précisément les sommes consacrées au financement de la dépendance :

- ♦ il n'existe pas de statistiques précises concernant les dépenses des ménages au-delà du plafond de l'APA, ou en dehors de celui-ci ;
- ♦ pour les personnes résidant en établissement, il n'y existe pas de données précises sur **les dépenses qui seraient de toute façon supportées par une personne âgée non dépendante résidant à son domicile, comme celles « de gîte et de couvert », alors qu'il convient en toute rigueur de les exclure** afin d'isoler le seul surcoût lié à la dépendance ;
- ♦ **de même, les dépenses de soins de ville et d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes ne sont actuellement pas isolées dans les systèmes d'information de la CNAM** (Caisse nationale d'assurance maladie) ; les deux dernières évaluations, qui ont été faites début 2011 par la direction du budget (DB) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) à la demande du comité interministériel chargé de la dépendance, reposent pour l'une sur une extrapolation pour l'année 2010 de l'approximation réalisée par la Cour des comptes pour l'année 2003 dans le rapport précité, et pour l'autre sur une extrapolation réalisée à partir d'une population issue de l'enquête Handicap-Santé (*cf. la partie 3.1.2* pour le détail des conventions et des périmètres).

En dernier lieu, les statistiques disponibles manquent de profondeur historique, si bien qu'il est difficile et parfois impossible, en l'état des informations publiques disponibles, de retracer depuis 2000 l'ensemble de l'évolution des dépenses consacrées à la dépendance.

⁴ Les aides recensées sont les suivantes : toilette ; habillage ; aller aux toilettes ; préparer les repas ; aider à la prise des repas ; aider à se déplacer dans le logement ; aider pour sortir du lit ou se coucher ; faire le ménage ou la vaisselle ; assurer la surveillance/la présence ; accompagner la personne dépendante chez le médecin ou s'occuper des problèmes de santé ; gérer le budget/s'occuper des papiers et des démarches administratives ; faire les courses ; accompagner le bénéficiaires pour les loisirs.

⁵ *Rapport d'information de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale déposé en en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, M^{me} Valérie Rosso-Debord, juin 2010, p. 46, et *Les proches de personnes malades aujourd'hui : état des lieux*, M^{me} Gwénaëlle Thual, Réciproques, n° spécial, avril 2010, p. 23.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

En dépit de ces limites, on peut évaluer, pour l'année 2010, à plus de 34 Md€ dans une hypothèse haute les dépenses exposées par la Nation au titre de la dépendance des personnes âgées :

- ◆ 8,3 Md€ pour la perte d'autonomie (24% du total des dépenses) ;
- ◆ près de 14,5 Md€ pour les soins (42%) ; la dépense serait néanmoins inférieure de près de 4 Md€ dans l'approche retenue par la DREES (cf. partie 3.1.2) ;
- ◆ plus de 10 Md€ pour l'hébergement (29%) ; la dépense serait toutefois inférieure d'environ 3,4 Md€ si l'on excluait les dépenses de « gîte et de couvert ». En effet, **l'estimation brute des dépenses privées (8,2 Md€) surévalue très nettement le surcoût de dépense réellement engendré par l'état de dépendance. Une fois retranchées les dépenses de « gîte et de couvert », qui auraient été exposées à domicile, la dépense d'hébergement subie au titre de la dépendance s'élèverait à 4,8 Md€ (cf. partie 2.3.2) ;**
- ◆ enfin, 1,5 Md€ de dépenses bénéficient aux personnes en GIR 5 et 6 (4%).

Tableau 1 : Dépenses publiques et privées exposées au titre de la dépendance (2010, Md€)

	Montants selon le périmètre « usuel » de la Cour des comptes (Md€)	Périmètres alternatifs		% du total (périmètre usuel)
		Montant de santé selon le périmètre DREES (Md€)	Montant d'hébergement hors « gîte et couvert » (Md€)	
Dépenses engendrées par la perte d'autonomie	8,3	-	-	24%
Dépenses engendrées par les soins	14,4	10,3	-	42%
Dépenses engendrées par l'hébergement	10,1	-	6,7	29%
Dépenses publiques bénéficiant aux GIR 5 et 6	1,5	-	-	4%
Total	34,3	26,8		100%

Source : Direction du budget, DREES, calculs du rapporteur.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 2 : Compte de la dépendance – périmètre « usuel » issu des travaux de la Cour des comptes (M€, 2010)

Nature des surcoûts	Nom de la dépense	Nature de la dépense (publique/privée)	Montant (périmètre conventionnel)
Dépendance <i>stricto sensu</i> GIR 1 à 4	APA (Allocation personnalisée d'autonomie)	Publique	5 297
	Exonérations de cotisations sociales à domicile	Publique	996
	Dépenses fiscales	Publique	417
	Financement d'actions d'animation par la CNSA	Publique	76
	Ticket modérateur de l'APA à domicile	Privée	568
	Ticket modérateur de l'APA en établissement	Privée	917
	<i>Total dépendance stricto sensu</i>	-	<i>8 271</i>
Hébergement GIR 1 à 4	APL/ ALS GIR 1 à 4	Publique	335
	ASH nette (Aide sociale à l'hébergement) GIR 1 à 4	Publique	967
	Cofinancement d'investissements par la CNSA	Publique	390
	Dépenses fiscales	Publique	180
	RAC brut hébergement GIR 1 à 4	Privée	8 232 *
	<i>Total hébergement</i>	-	<i>10 104</i>
Soins GIR 1 à 4	ONDAM médico-social GIR 1 à 4	Publique	6 807
	Financement CNSA d'établissement	Publique	912
	Soins de ville	Publique	3 000
	USLD	Publique	990
	Hôpital	Publique	2 000
	Ticket modérateur	Privée	725
	<i>Total soins</i>	-	<i>14 434</i>
Total GIR 1 à 4 (1)			32 809
Dépenses publiques en faveur des GIR 5 et 6	Action sociale de la branche retraite	Publique	660
	Action sociale des départements et des communes	Publique	252
	APL/ALS	Publique	70
	ASH nette	Publique	233
	Réduction d'impôt frais dépendance/hébergement	Publique	25
	ONDAM médicosocial personnes âgées	Publique	296
Total GIR 5 et 6 (2)		-	1 536
Total tous GIR (1)+(2)		-	34 345

Source : Direction du budget, DREES, calculs du rapporteur.

** Note : Les dépenses privées de « gîte et de couvert » en établissement, évaluées à 3,4 Md€, ne sont pas retranchées du montant indiqué dans ce tableau (8,2 Md€).*

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

La seconde section de cette annexe présente les dépenses nettes des ménages au titre de la dépendance, une fois prise en compte l'aide publique. Celle-ci est présentée dans la troisième section. Enfin, la quatrième et dernière section présente de manière synthétique les dépenses publiques et privées, et calcule les taux de couverture de l'aide publique.

2. Les dépenses privées consacrées à la dépendance, relativement mal connues, sont estimées à près de 7 Md€

En dépit d'un financement public ou socialisé important, la dépendance se traduit nécessairement, pour la personne âgée elle-même ou pour sa famille, par un reste à charge (RAC). Ce RAC peut avoir trois origines :

- ◆ une part liée à la perte d'autonomie (dépendance *stricto sensu*) ;
- ◆ une part liée aux soins ;
- ◆ une part liée à l'hébergement.

Ces trois types de surcoût seront examinés successivement dans la partie suivante.

Les montants qui y sont présentés proviennent de l'exploitation et du croisement de données publiques connues. **Compte tenu des hypothèses simplificatrices qui sont parfois retenues, et de l'absence de fiabilité de certaines données, ils doivent être analysés avec la plus grande précaution.**

2.1. Le ticket modérateur de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) constitue la principale source connue du reste à charge au titre de la perte d'autonomie

Le RAC des personnes dépendantes à domicile est principalement constitué du ticket modérateur de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), pour 568 M€. L'apport théorique des aidants⁶, qui ne fait pas l'objet d'une prise en charge financière par la collectivité, est difficilement valorisable en termes financiers.

Concernant le RAC au titre de la perte d'autonomie des personnes en établissements, le périmètre à prendre en compte est plus difficile à établir ; selon les hypothèses retenues, il peut être évalué à **917 M€.**

2.1.1. Le ticket modérateur de l'APA à domicile, qui peut être évalué à 568 M€, constitue une approximation par défaut du RAC résultant de la perte d'autonomie

L'APA, qui a été créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, vise à apporter une aide financière aux personnes dépendantes. Toutefois, elle se traduit également, pour près des trois-quarts de ses bénéficiaires, par une dépense personnelle en raison de **l'existence d'un ticket modérateur.**

⁶ Les aidants familiaux sont entendus comme des proches qui aident régulièrement dans les actes de la vie quotidienne et à titre non professionnel des personnes âgées en perte d'autonomie, qu'ils aient ou non un lien de parenté avec elles.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Encadré 4 : l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'APA a remplacé la PSD (Prestation spécifique à la dépendance)⁷, instituée en 1997 et jugée trop restrictive⁸. Définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, elle est destinée aux personnes qui, en sus des « soins de santé » qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière (article L 232-1 du code de l'action sociale et des familles).

Accordée sur demande, l'APA n'est pas soumise à condition de ressources. Son montant, qui est fixé dans la limite de tarifs réglementés, est calculé, à partir de « montants plafonds » fixés par voie réglementaire, en fonction de deux paramètres :

- le niveau de la perte d'autonomie du demandeur, qui est évaluée par une équipe médicosociale à partir de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) ;
- le niveau de ressources du demandeur (il sert à déterminer la participation financière qui incombe à l'allocataire).

Les plafonds nationaux des plans d'aide de l'APA sont revalorisés chaque année, afin de compenser le rythme de l'inflation.

Seules les personnes ayant été rattachées aux GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA ; les GIR 5 et 6 bénéficient des autres prestations d'actions sociales départementales ainsi que de l'aide proposée par leurs caisses de retraite (cf. *infra*).

L'APA revêt deux formes, gérées par le Conseil général du département :

- l'APA à domicile, pour un montant moyen de 491 euros (61,4% des bénéficiaires) ;
- l'APA en établissement, pour un montant moyen de 288 euros (38,6% des bénéficiaires).

À partir de l'enquête trimestrielle réalisée par la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) sur l'APA⁹, il est possible de simuler grossièrement le montant global du ticket modérateur de l'APA à domicile.

Tableau 3 : Estimation du ticket modérateur global de l'APA à domicile (2010)

	Nombre de GIR à domicile (milliers)	Part des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur	Montant moyen de la participation financière d'un bénéficiaire acquittant effectivement un ticket modérateur (€/mois)	Participation financière agrégée des bénéficiaires acquittant effectivement un ticket modérateur (M€/mois)	Participation financière agrégée des bénéficiaires acquittant effectivement un ticket modérateur (M€/an)
GIR 1	19 000	73%	243	3	40
GIR 2	130 000	76%	204	20	241
GIR 3	157 000	76%	144	17	206
GIR 4	421 000	78%	82	27	323
Ensemble	727 000	77%	121	68	812

Source : DREES, calculs du rapporteur.

⁷ La PSD (Prestation spécifique dépendance) avait été instituée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997.

⁸ Cf. l'exposé des motifs du projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, présenté à l'Assemblée nationale le 7 mars 2001 : « l'accès à cette prestation est en effet trop restrictif et dissuasif, puisque 135 000 personnes seulement perçoivent la PSD au 30 septembre 2000 ».

⁹ APA Résultats de l'enquête trimestrielle n° 4 -2010, Enquête sur l'allocation personnalisée d'autonomie réalisée par la DREES auprès des conseils généraux, Statistiques au 3^{ème} trimestre 2010, DREES, 1^{er} décembre 2010.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Pour l'année 2010, ce RAC brut lié à l'APA à domicile peut être ainsi évalué à 812 M€. Une fois prise en compte la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, **chiffrée à 244 M€ en 2010 (cf. infra), le RAC net lié à l'APA à domicile s'élève à 568 M€.**

Toutefois, il convient de noter que le ticket modérateur de l'APA à domicile ne constitue qu'une approximation, pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile, du RAC au titre de la dépendance. En effet, la « saturation »¹⁰, pour certaines catégories de GIR, des plafonds d'aide suggère que le calibrage de l'APA ne permet pas de financer toutes les aides à domicile.

Tableau 4 : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile ayant un plan d'aide saturé au 31 décembre 2007 selon le niveau de GIR (en %)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Hommes	36%	28%	23%	18%	22%
Femmes	47%	40%	32%	22%	28%
Ensemble	44%	36%	30%	21%	26%

Source : DREES.

Les personnes dépendantes sont donc amenées à exposer des dépenses supplémentaires au dessus des plafonds –dont une partie est réduite par une réduction d'impôt (cf. infra) ; aucune enquête statistique ne permet de les évaluer avec précision¹¹.

2.1.2. En établissement, le reste à charge est de l'ordre de 917 M€ par an

En établissement, le RAC de la dépendance *stricto sensu* résulte également de l'existence d'un ticket modérateur de l'APA.

L'APA en établissement à vocation à financer les frais médicosociaux liés à la dépendance, qui sont l'une des trois composantes de leur tarification.

Encadré 5 : La tarification dans les établissements sociaux et médicosociaux

L'article 23 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997¹² a modifié la tarification applicable dans les établissements médicaux et médicosociaux en introduisant, à côté des deux forfaits liés aux prestations de soins et à l'hébergement, une prise en charge spécifique de la dépendance.

Ainsi, le budget des établissements médicosociaux comporte trois sections tarifaires, étanches et distinctes.

- **les dépenses relatives à l'hébergement** : prestation d'administration générale, accueil hôtelier, restauration, entretien, animation de la vie sociale... Ces dépenses ne sont pas liées à l'état de dépendance de la personne accueillie. Elles sont financées par le résident, ou par l'aide sociale départementale dans le cadre de l'Aide sociale à l'hébergement (cf. infra) ;
- **les dépenses relatives aux soins** : prestations médicales ou paramédicales, et prestations paramédicales liées à la dépendance, qui sont financées par l'assurance maladie (cf. infra) ;
- **les dépenses relatives à la dépendance**, qui sont acquittées par le résident, le cas échéant bénéficiant de l'APA.

¹⁰ Un plan est considéré comme « saturé » dès lors que son montant est égal au plafond prévu réglementairement.

¹¹ Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables, Études et résultats n° 748, février 2011.

¹² Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Par ailleurs, dans un rapport récent¹³, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a calculé, pour un échantillon d'établissements¹⁴, les coûts mis à charge des résidents. Il ressort de cette enquête qu'il existe, au-delà du RAC résultant de l'état de dépendance, d'autres dépenses supportées par les personnes âgées ou leur famille :

- ◆ des biens de première nécessité dont le résident ne peut pas se passer (produits de toilette, blanchisserie, etc...) ;
- ◆ des prestations qui apportent des éléments de confort (télévision, téléphone) ;
- ◆ des consommations non indispensables et relevant du libre choix de la personne.

Ces dépenses, composites, ne relèvent pas de la dépendance *stricto sensu* (cf. *infra*).

◆ **Le ticket modérateur de l'APA en établissement :**

Selon l'enquête trimestrielle précitée de la DREES, **le montant mensuel moyen de ticket modérateur de l'APA en établissement s'est élevé, en 2010, à 167 € pour les personnes classées en GIR 1 à 4, soit 5,6 € par jour.**

Il convient également de noter une dispersion assez significative des montants de ticket modérateur en établissement. En effet, selon les observations de la mission précitée de l'IGAS, le ticket modérateur des établissements de leur échantillon était compris entre 3,28 et 7,14 € par jour, avec une moyenne (et une médiane) proche de 5 € par jour.

¹³ *État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, IGAS, août 2009.

¹⁴ Dix-sept établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et trois unités de soins de longue durée (USLD), situés dans les départements de la Creuse, de la Gironde, de Paris et du Haut-Rhin.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 5 : Montant du ticket modérateur de l'APA dans certains établissements médicosociaux (2009)

Nom des établissements	Montant du ticket modérateur de l'APA (€/jour)
Creuse	
EHPAD privé associatif de Bonnat	5,03
EHPAD privé associatif de Felletin	5,68
EHPAD public de Gouzon	4,28
EHPAD public de La Souterraine	4,99
USLD publique de La Souterraine	5,80
Gironde	
EHPAD privé associatif Villa Pia à Bordeaux	5,07
EHPAD privé commercial Résidence Hôtelia à Bordeaux	4,45
EHPAD privé commercial Résidence Bellevue à Cambes	3,82
EHPAD public de la Fondation Robert Sabatier à Libourne	7,14
USLD du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux à Pessac	3,28
EHPAD public autonome de Saint-Macaire	5,15
EHPAD privé associatif Résidence Lady Hamilton à Targon	4,13
Paris	
EHPAD privé associatif Amitié et Partage à Paris 6ème	5,39
EHPAD privé associatif Fondation Rothschild à Paris 12ème	6,60
EHPAD public Hérold (CCASVP) à Paris 19ème	6,14
USLD de l'AP-HP (tous sites)	6,19
Haut-Rhin	
EHPAD du centre hospitalier de Cernay	4,67
USLD du centre hospitalier de Cernay	6,16
EHPAD privé associatif de l'Arc à Mulhouse	5,17
EHPAD privé commercial Le Doyenné de la Filature à Mulhouse	4,20
EHPAD public Jean Monnet à Village-Neuf	5,05

Source : IGAS.

- ◆ **Si les autres coûts supportés par les résidents ne sont pas négligeables, leur inclusion dans le périmètre du reste à charge est plus discutable :**

La mission de l'IGAS a procédé à des simulations de deux budgets « types » de résidents :

- ◆ le premier budget (« budget A ») prend pour modèle un résident qui veille à limiter ses consommations au strict nécessaire et, de surcroît, vit dans un établissement où les prestations offertes sont proposées à des prix raisonnables ;
- ◆ le second budget (« budget B ») concerne une personne âgée qui souhaite vivre mieux mais, pour autant, ne consomme pas ce qui relève du superflu.

Au total, les autres coûts supportés par les résidents peuvent être évalués entre 98 et 252 € par mois suivant l'importance et la qualité des prestations.

Cependant, leur inclusion dans le périmètre du RAC au titre de la dépendance est contestable : en effet, tout ou partie de ces dépenses auraient également été supportées à domicile, quel que soit le niveau de dépendance de la personne âgée.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 6 : Simulations de deux budgets mensuels relatifs au coûts mis à la charge des résidents et non-inclus dans le tarif « hébergement » et dans le ticket modérateur de l'APA (2009)

Nature de la prestation	Hypothèses retenues	« Budget A » (€/mois)	« Budget B » (€/mois)
Coiffure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget A : 16 € tous les deux mois ▪ Budget B : 20 € un mois sur deux et 30 € l'autre 	8	25
Produits de toilette quotidiens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget A : savon 2 € + dentifrice 2 € + déodorant 2 € + divers 4 ▪ Budget B : idem + produits de beauté 	10	15
Pédicure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget A : 1 fois tous les 3 mois ▪ Budget B : 1 fois par mois 	8	24
Manucure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget A : jamais ▪ Budget B : 1 fois tous les deux mois 	0	10
Marquage et entretien du linge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget A : coût du blanchissage fait par la famille + 1 nettoyage à sec par mois ▪ Budget B : blanchissage et nettoyage à sec pratiqués à l'extérieur de l'EHPAD ou organisés par lui 	15	50
Renouvellement des vêtements	Budget A : minimum	15	25
Téléphone	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget A : abonnement + consommation faible ▪ Budget B : abonnement + consommation plus importante 	30	40
Repas avec une personne extérieure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget A : 1 fois par mois au coût unitaire de 10 € ▪ Budget B : 2 personnes 2 fois par mois au coût unitaire de 12 € 	10	48
Amortissement du téléviseur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget A : téléviseur acquis avant l'entrée en EHPAD ▪ Budget B : téléviseur à écran plat acquis à l'entrée en EHPAD 	2	10
Sortie ou spectacle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget A : renonce ▪ Budget B : sur la base de 15 € par trimestre 	0	5

Source : IGAS.

◆ **Au total, le RAC lié à la perte d'autonomie peut être évalué, en établissement, à 0,9 Md€ par an :**

À partir de ces données, il est possible de procéder à un calcul de coûts moyens laissés à la charge des personnes dépendantes hébergées en établissement au titre de la seule dépendance *stricto sensu*.

Pour 458 000 personnes âgées dépendantes vivant en établissement au 30 septembre 2010, et pour un RAC mensuel moyen de 167 €, **le RAC au titre de la dépendance *stricto sensu* peut être estimé, au niveau national, à 917 M€ par an.**

2.2. Le reste à charge au titre des soins ne peut faire l'objet que d'une approximation

Il n'existe pas actuellement de données précises sur le reste à charge résultant des soins des personnes âgées dépendantes. Les seules données disponibles, contenues dans un rapport récent du HCAAM¹⁵, fournissent des indications sur les RAC sur la dépense médicale en fonction de l'âge des patients.

Ainsi, faute de données précises sur le RAC des personnes dépendantes résultant des soins, celui-ci est considéré, à ce stade, comme identique à celui des personnes âgées de plus de 75 ans. L'estimation qui suit est donc, par convention, retenue comme le montant du surcoût engendré par la dépendance.

En faisant l'hypothèse que les personnes âgées dépendantes consomment autant de soins médicaux que les personnes âgées dépendantes, et que pour les personnes âgées dépendantes prises en charge en SSIA (Services de soins aux personnes âgées) et en EPHAD (Établissements d'hébergement pour les personnes âgées), il n'y a ni ticket modérateur, ni franchise, **il est possible de calculer une approximation de leur RAC brut**¹⁶.

Tableau 7 : Estimation du RAC brut individuel sur la dépense des soins de ville et d'hôpital présentée au remboursement (€, 2008)

Âge	RAC brut individuel pour les dépenses de ville (€/an)	RAC brut individuel pour les dépenses d'hôpital (€/an)	Total RAC brut individuel (€/an)
75-79 ans	818	129	947
80 ans ou plus	828	218	1 047
Moyenne 75 ans et plus	823	173	997

Source : HCAAM.

En moyenne, le reste à charge pour les soins peut être estimé à environ 997 € par an et par personne âgée dépendante.

Pour les 727 000 bénéficiaires de l'APA à domicile au 30 septembre 2010¹⁷, **on peut estimer que le RAC brut de soins pour les quatre premières catégories de GIR s'élève à environ 725 M€ avant intervention des organismes complémentaires.**

L'essentiel de ce RAC est couvert par les organismes d'assurance maladie complémentaire, dont l'IGAS évaluait le coût à 60 € par mois, soit 720 € par an.

2.3. Le coût net de l'hébergement, estimé à 4,8 Md€, est important pour les personnes en établissement

2.3.1. Les surcoûts induits par la dépendance pour l'hébergement à domicile sont mal connus

Pour les personnes âgées à domicile, il n'existe aucune donnée sur les surcoûts résultant de la dépendance en matière d'hébergement (par exemple, des aménagements du logement, un déménagement éventuel, ou une surface supplémentaire liée à l'hébergement des aidants etc...).

¹⁵ Vieillesse, longévité et assurance maladie, annexe 3, avril 2010.

¹⁶ Le RAC brut doit être entendu comme le RAC avant l'intervention des organismes complémentaires.

¹⁷ Résultats de l'enquête trimestrielle APA n° 4-2010, DREES, décembre 2010.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Par hypothèse conventionnelle, on supposera que les surcoûts de la dépendance pour les personnes à domicile sont non significatifs, notamment par rapport aux surcoûts élevés de l'hébergement en établissement.

2.3.2. En établissement, l'estimation du coût de l'hébergement est un majorant du surcoût de la dépendance auquel il convient de retrancher les dépenses de « gîte et de couvert »

La principale dépense d'hébergement résulte de l'hébergement en établissement. Toutefois, cette dépense n'est qu'une approximation de la dépense totale :

- ◆ d'autres surcoûts peuvent apparaître, par exemple pour les couples dont un membre est encore à domicile ;
- ◆ à l'inverse, **les dépenses en établissement incluent également les dépenses d'hébergement *stricto sensu* et de nourriture ; or, ces dépenses auraient de toute façon été supportées par la personne âgée**, quels que soient son niveau de dépendance et ses modalités d'hébergement. **Il convient donc en toute rigueur de retrancher du coût total de l'hébergement les dépenses de « gîte et de couvert » théoriquement subies à domicile¹⁸, afin de disposer du seul surcoût engendré par la dépendance.**

◆ **Le coût de l'hébergement après prise en compte des aides publiques :**

Une étude d'avril 2011 de la DREES¹⁹ permet de disposer, pour l'année 2007, des tarifs de l'hébergement des personnes dépendantes en établissement, en fonction des caractéristiques de l'établissement (public, privé non lucratif, privé lucratif) et du GIR de la personne dépendante. Les dépenses présentées ci-dessous représentent les montants dus par les bénéficiaires au titre du tarif hébergement avant intégration d'aides publiques (ASH, aides au logement, réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement).

Tableau 8 : Estimation des dépenses d'hébergement en fonction du lieu de résidence et du GIR du bénéficiaire (2007, M€)

GIR	Établissements publics	Établissements privés non lucratifs	Établissements privés lucratifs	Tous statuts
1	826	619	365	1 809
2	1 504	1 079	680	3 262
3	759	330	309	1 398
4	1 031	445	401	1 877

Source : Drees – modèle Autonomix.

Champ : Catégorie EHPAD, maisons de retraite et USLD.

Afin d'actualiser ces données portant sur l'année 2007, on suppose que, sur la période 2007-2010, le tarif d'hébergement évolue comme le salaire médian par tête (SMPT) de la branche services.

Au total, le RAC « national » au titre du seul hébergement en établissement des personnes de GIR 1 à 4 peut être estimé en 2010, après retranchement des aides publiques²⁰ et avant prise en compte des dépenses de « gîte et de couvert », à 8,2 Md€.

¹⁸ En d'autres termes, on raisonne par la suite en « coûts d'opportunité », en évaluant un montant de dépense qui aurait été théoriquement subie si la personne âgée était non dépendante et résidant à son domicile.

¹⁹ *Évaluation du reste à charge en établissement*, DREES, février 2011.

²⁰ Aide sociale à l'hébergement (ASH), Allocations logement à caractère social ciblées (ALS), Aides personnalisées au logement ciblées (APL).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

◆ **Les dépenses de « gîte et de couvert » à domicile peuvent être estimées à 3,4 Md€ :**

L'estimation des dépenses qu'une personne âgée non dépendante aurait subi pour son hébergement et pour son alimentation ne peut être que conventionnelle et approximative :

- ◆ toutes les personnes âgées n'ont pas la même structure de consommation ; par exemple, il est vraisemblable que le niveau de dépenses alimentaires croît avec le revenu ;
- ◆ les coûts varient également avec le lieu de résidence, en raison principalement de fortes disparités en matière de prix du foncier ;
- ◆ les impositions et taxes locales ne sont pas prises en compte ;
- ◆ le traitement des locataires et des propriétaires est identique ; en effet, d'un strict point de vue théorique, il n'y a pas de différence entre ces deux statuts, car si le locataire verse un loyer, le propriétaire subit un « coût d'opportunité » lié à l'immobilisation de son capital.

Par ailleurs, il convient de noter qu'une telle estimation ne donne aucune information sur la réalité de la dépense totale de « gîte » de la personne âgée vivant en établissement. En effet, celle-ci peut être amenée, pour des raisons de choix patrimoniaux (par exemple, volonté de conserver sa résidence), ou d'impératifs familiaux (logement du conjoint non dépendant) à conserver sa résidence principale, avec pour conséquence une double dépense.

En dépit de ces difficultés méthodologiques, le retraitement des dépenses de « gîte et de couvert » doit être effectué dans une logique d'établissement des « surcoûts » engendrés par la dépendance.

À partir des données fournies par la dernière enquête « Budget des familles » de l'INSEE, qui porte sur l'année 2006, les conventions suivantes ont ainsi été adoptées :

- ◆ afin d'éliminer les biais liés à l'âge et à la structure du foyer, seules les dépenses engendrées par l'alimentation et l'occupation d'un logement pour une personne âgée de plus de 75 ans, et vivant seule à son domicile, ont été prises en compte ;
- ◆ afin d'éliminer les biais résultant du niveau de revenu, les dépenses observées sont celles des personnes appartenant aux deux premiers déciles de revenus, c'est-à-dire aux 20% les plus pauvres ; la dépense estimée est donc assimilable à une dépense « incompressible » pour une personne âgée vivant à son domicile ;
- ◆ enfin, les dépenses ont été actualisées au rythme de l'inflation.

Tableau 9 : Estimations des dépenses annuelles de « gîte et de couvert » d'une personne seule de plus de 75 ans à domicile (2010)

	€ par an et par individu
Logement	5 416
Assurance du logement	232
Alimentation	1 853
Total	7 269

Source : Calculs du rapporteur à partir de l'enquête « Budget des familles ».

On peut estimer à environ 7 300 € par an les dépenses incompressibles de « gîte et de couvert » à domicile. **De manière agrégée, les dépenses de « gîte et de couvert » des personnes en GIR 1 à 4 s'élèvent ainsi à près de 3,4 Md€ en 2010.**

- ◆ **Au total, la dépense privée d'hébergement en établissement peut être estimée, après retranchement des dépenses de « gîte et de couvert », à 4,8 Md€ en 2010.**

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

◆ **Le chiffrage de la dépense agrégée masque des réalités très contrastées :**

Par ailleurs, il doit être relevé que ce chiffrage macroéconomique masque des réalités très contrastées. En effet, les données recueillies par l'IGAS en 2009 montrent, sur un échantillon de vingt établissements, une dispersion assez significative du coût moyen de l'hébergement laissé à la charge des personnes dépendantes ; celui-ci est ainsi compris entre 1092 et 2598 € par mois, avec une moyenne de 1734 € et une médiane de 1596 €²¹.

Tableau 10 : Montant du tarif « hébergement » dans certains établissements médicosociaux (2009)

Nom des établissements	Montant du tarif hébergement (€/jour)
Creuse	
EHPAD privé associatif de Bonnat	41,40
EHPAD privé associatif de Felletin	54,61
EHPAD public de Gouzon	36,36
EHPAD public de La Souterraine	36,82
USLD publique de La Souterraine	57,52
Gironde	
EHPAD privé associatif Villa Pia à Bordeaux	59,72
EHPAD privé commercial Résidence Hôtélia à Bordeaux	86,60
EHPAD privé commercial Résidence Bellevue à Cambes	74,50
EHPAD public de la Fondation Robert Sabatier à Libourne	44,05
USLD du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux à Pessac	49,32
EHPAD public autonome de Saint-Macaire	50,20
EHPAD privé associatif Résidence Lady Hamilton à Targon	46,58
Paris	
EHPAD privé associatif Amitié et Partage à Paris 6ème	71,94
EHPAD privé associatif Fondation Rothschild à Paris 12ème	80,11
EHPAD public Hérold (CCASVP) à Paris 19ème	81,10
USLD de l'AP-HP (tous sites)	77,21
Haut-Rhin	
EHPAD du centre hospitalier de Cernay	43,26
USLD du centre hospitalier de Cernay	51,65
EHPAD privé associatif de l'Arc à Mulhouse	53,18
EHPAD privé commercial Le Doyenné de la Filature à Mulhouse	68,00
EHPAD public Jean Monnet à Village-Neuf	49,20

Source : IGAS.

Ces estimations sont cohérentes avec d'autres travaux récents :

Encadré 6 : Estimations récentes du tarif d'hébergement des personnes dépendantes

- une étude conduite par la CNSA et citée par la Cour des Comptes dans son rapport de février 2009 évoque, sur la base d'un échantillon de 410 établissements, un « tarif hébergement » moyen de 46,63 € après convention tripartite, soit 1 550 € par mois environ ;
- dans son rapport de novembre 2005, la Cour des Comptes, à partir d'un échantillon de 10 départements, fait mention de « tarifs hébergement » s'échelonnant de 1 090 à 1 400 € (hors Paris)

²¹ Ces écarts peuvent en théorie avoir plusieurs origines : qualités des prestations, coûts du foncier différents, normes comptables, rémunération des capitaux propres pour les établissements privés etc... L'étude précise de ces écarts ne relève pas du mandat confié au groupe n° 4.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

<p>qui atteint 1 819 €) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la mission sénatoriale indique en 2008 que le « reste à charge » moyen mensuel (incluant donc le « talon APA ») est de 1 617 € pour l'ensemble des maisons de retraite. Elle précise que ce montant varie selon le type d'établissement : 2 097 € en maison de retraite privée à but lucratif, 1 552 € en maison de retraite privée à but non lucratif, 1 390 € en maison de retraite publique autonome, 1 464 € en maison de retraite rattachée à un établissement hospitalier ; ▪ la Fédération hospitalière de France a réalisé en novembre 2006 une enquête auprès de 335 établissements, sur la base des comptes administratifs de 2005. Elle fait état d'un prix de journée moyen dans les maisons de retraite publiques de 37,90 €, soit 1 137 € par mois, avec des variations significatives entre départements (moins de 30 € dans l'Oise, plus de 50€ en région parisienne).

Source : IGAS.

2.4. Le mode de financement du reste à charge est mal connu à ce jour

En retenant les hypothèses précédentes, **on aboutit en 2010 à un reste à charge d'environ 10,4 Md€, et de 7,0 Md€ si l'on exclut les dépenses incompressibles de « gîte et de couvert ».**

Tableau 11 : Évaluation du reste à charge national (2010)

	Montant (Md€)
Dépendance / perte d'autonomie	1,5
Hébergement	8,2
<i>Dont dépenses de « gîte et de couvert »</i>	<i>3,4</i>
Soins	0,7
Total	10,4
Total après retranchement des dépenses de « gîte et de couvert »	7,0

Source : Calculs du rapporteur.

Concernant le mode de financement de ce reste à charge, il n'existe pas actuellement de données fiables et exhaustives. En théorie, celui-ci peut provenir :

- ◆ du revenu courant des personnes âgées dépendantes :
 - pensions de retraite de la personne dépendante ;
 - pensions de retraite de leur conjoint ;
 - rentes ;
 - autres revenus mobiliers ou fonciers ;
- ◆ des complémentaires « santé » pour les dépenses de soins ;
- ◆ de la mobilisation de leur patrimoine :
 - ponction sur l'épargne (livrets, assurance-vie, titres mobiliers) ;
 - vente de leur patrimoine immobilier ;
 - location de leur habitation principale (en cas de placement en établissement) ;
- ◆ de l'aide reçue de leur famille, soit de manière spontanée, soit en cas de mise en jeu de l'obligation alimentaire²².

²² Ces derniers bénéficient alors d'une déduction de leur revenu imposable de l'aide apportée à leurs ascendants.

3. La dépense publique engendrée par la dépendance des personnes âgées peut être évaluée dans son acception la plus large à environ 24 Md€ en 2010

Toutes les dépenses publiques ne solvabilisent pas de la même manière les personnes âgées dépendantes. **En effet, selon la classification conventionnelle établie par la Cour des comptes dans un rapport de 2005²³, l'effort public consacré à la dépendance relèverait de trois catégories différentes :**

- ◆ les aides de dépendance stricto sensu, destinées à compenser la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- ◆ les aides bénéficiant presque exclusivement à des personnes âgées dépendantes, mais non spécifiquement destinées à la prise en charge de leur dépendance ;
- ◆ enfin, les aides que les personnes âgées peuvent recevoir quel que soit leur degré de dépendance, et qui contribuent à solvabiliser de manière significative les personnes âgées dépendantes.

Cette classification a été actualisée et dépassée par le groupe, afin d'identifier au sein de ces dépenses publiques celles qui bénéficient réellement aux personnes âgées dépendantes. En particulier, des retraitements ont été opérés afin de ne conserver que les montants bénéficiant, d'une part, aux personnes classées en GIR 1 à 4 et, d'autre part, ceux bénéficiant aux personnes classées en GIR 5 et 6.

À partir des données fournies par la direction du budget (DB) et la DREES, **la dépense publique en faveur des personnes âgées dépendantes peut être évaluée dans son acception la plus large à environ 24 Md€ en 2010, soit près de 1,3% du PIB.** Ces dépenses sont d'abord consacrées aux dépenses de soins (près de 14 Md€, selon la convention « usuelle » – dont 0,3 Md€ pour les GIR 5 et 6, et 10,5 M€ selon la convention de la DREES – cf. *infra*-, soit plus de la moitié de la dépense publique), puis à la perte d'autonomie (7,7 Md€ - dont 0,9 Md€ pour les GIR 5 et 6) et enfin à l'hébergement (2,2 Md€ - dont 0,3 Md€ pour les GIR 5 et 6).

Ces montants doivent toutefois être retenus avec précaution, notamment en ce qui concerne les soins, car ils reposent sur des conventions sur le champ retenu et sur des chiffrages parfois incomplets.

²³ *Les personnes âgées dépendantes*, rapport public de la Cour des comptes, novembre 2005, p. 153.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 12 : Périmètre de la dépense publique en faveur de la dépendance (2010, M€)

		Conventions usuelles (à partir des travaux de la Cour des comptes)	Conventions DREES
Dépenses de soins GIR 1 à 4	ONDAM médico-social GIR 1 à 4	6 807	6 807
	Financement CNSA d'établissement	912	912
	Soins de ville	3 000	1 532
	USLD	990	990
	Hôpital	2 000	NC
	<i>Total soins GIR 1 à 4</i>	<i>13 709</i>	<i>10 241</i>
Dépenses de dépendance <i>stricto sensu</i> GIR 1 à 4	APA	5 297	-
	Financement d'actions d'animation par la CNSA	76	-
	Exonérations de cotisations sociales pour les emplois à domicile	996	-
	Exonération de l'IR de l'APA	90	-
	Exonération de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) en faveur des contrats d'assurance-dépendance	36	-
	Crédit d'IR sur les équipements spéciaux pour les handicapés	27	-
	Crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile	244	-
	Taux réduit de TVA sur certains appareillages spécifiques	10	-
	Taux de TVA réduite applicable aux services à la personne	10	-
	<i>Total dépendance GIR 1 à 4</i>	<i>6 786</i>	<i>-</i>
Dépenses d'hébergement GIR 1 à 4	APL/ ALS	335	-
	Taux réduit de TVA applicable à la construction d'établissement accueillant des personnes âgées ou handicapées	30	-
	ASH nette	967	-
	Cofinancement d'investissements par la CNSA	390	-
	Réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement	150	-
	<i>Total hébergement GIR 1 à 4</i>	<i>1 872</i>	<i>-</i>
Total GIR 1 et 4	22 367	-	
Dépenses de soins GIR 5 et 6	ONDAM médicosocial personnes âgées GIR 5 et 6	296	-
Dépenses de dépendance GIR 5 et 6	Action sociale de la branche retraite	660	-
	Action sociale des départements et des communes	252 *	-
Dépenses d'hébergement pour GIR 5 et 6	Réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement	25	-
	APL / ALS	70	-
	ASH nette	233	-
Total GIR 5 et 6	1 536	-	
Total tous GIR	23 903	-	

Source : DB, DLF, DREES, calculs du rapporteur.

* Note : Dernier montant connu (2009).

Enfin, le financement public de la dépendance est particulièrement complexe. Les sources et les circuits de financement font ainsi intervenir plusieurs acteurs, mobilisant la fiscalité nationale, la fiscalité locale et les cotisations sociales.

Compte tenu de la multiplicité des acteurs et des sources de financement intervenant dans le champ de la dépendance, **il a été choisi par souci de clarté de présenter le soutien public à la dépendance en deux temps :**

- ♦ **d’abord en décrivant la destination de la dépense publique**, c’est-à-dire en retenant le point de vue de la personne dépendante : toutes les aides auxquelles celle-ci peut prétendre sont présentées en fonction des besoins spécifiques engendrés par la dépendance, et du niveau de cette dernière ;
- ♦ **ensuite en précisant l’origine des ressources publiques**, c’est-à-dire en adoptant le point de vue des différents contributeurs publics à la dépendance.

3.1. La destination du soutien public : une intervention consacrée pour moitié à la solvabilisation des dépenses de soins

3.1.1. Les aides visant à compenser la perte d’autonomie, dont la principale est l’APA, représentent près de 7,7 Md€

3.1.1.1. L’APA, qui bénéficie à des personnes dépendantes à domicile ou en établissement, est la première prestation publique pour la perte d’autonomie

L’APA occupe, dans ces aides, une place prépondérante par son poids (5,3 Md€ en 2010), ainsi que par son nombre de bénéficiaires (1 185 000 bénéficiaires au 30 septembre 2010 selon la DREES). Elle revêt deux formes, gérées par le Conseil général du département :

- ♦ **l’APA à domicile**, pour un montant moyen de 491 euros (61,4% des bénéficiaires) ; cette composante **représente plus de 60% des bénéficiaires et des montants de dépense** ;
- ♦ **l’APA en établissement**, pour un montant moyen de 288 euros (38,6% des bénéficiaires).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 13 : Ventilation par GIR et par lieu de vie du nombre de bénéficiaires de l'APA et de la dépense publique annuelle d'APA (2010, M€)

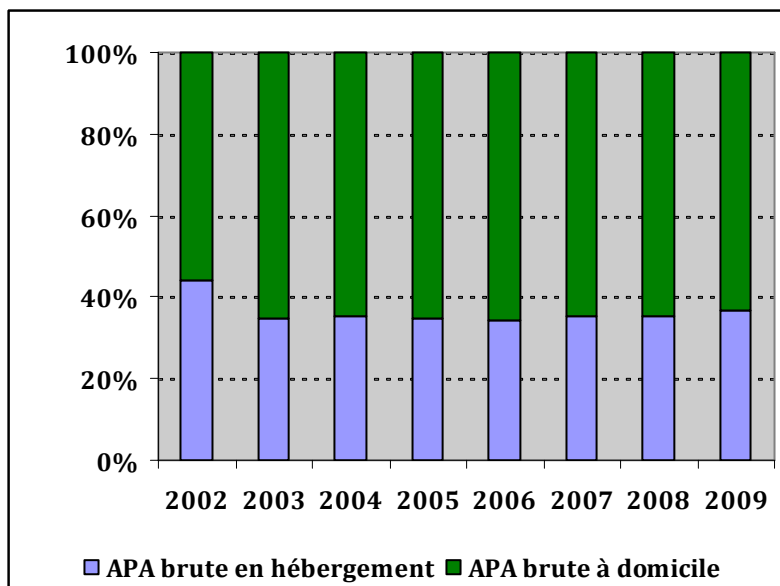
	Domicile				Établissement				Ensemble			
	Nombre (milliers)	% du total de bénéficiaires	Dépense publique (M€)	% du total de la dépense	Nombre (milliers)	% du total de bénéficiaires	Dépense publique (M€)	% du total de la dépense	Nombre (milliers)	% du total de bénéficiaires	Dépense publique (M€)	% du total de la dépense
GIR 1	19	1,6%	187	3,5%	68	5,7%	1383	26,1%	87	7,3%	2548	48,1%
GIR 2	130	10,9%	978	18,5%	211	17,8%			341	28,8%		
GIR 3	157	13,3%	882	16,6%	71	6,0%	438	8,3%	228	19,2%	2750	51,9%
GIR 4	421	35,5%	1430	27,0%	108	9,1%			529	44,6%		
Ensemble	727	61,4%	3477	65,6%	458	38,6%	1821	34,4%	1185	100,0%	5297	100,0%

Source : Calculs du rapporteur, à partir des chiffres de l'enquête trimestrielle de la DREES au 30 septembre 2010.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Entre les deux composantes de l'APA, la répartition des masses financières est presque constante depuis l'origine : ainsi, l'APA à domicile représente près de 60% des dépenses brutes d'APA.

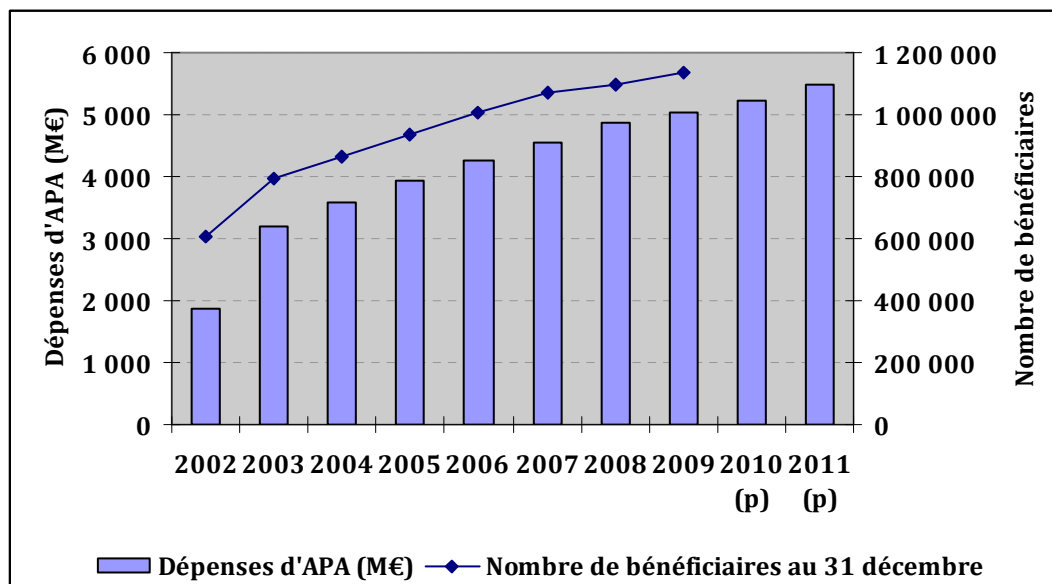
Graphique 1 : Répartition des dépenses brutes d'APA entre domicile et hébergement



Source : DREES.

Depuis sa création, l'APA a cru fortement ; ainsi, sur la période 2002-2010, son taux de croissance annuel moyen a été de +12,8%. Sur les dernières années, ce taux s'est progressivement réduit, mais reste supérieur à 4% par an.

Graphique 2 : Évolution du nombre de bénéficiaires et des montants de l'APA



Source : CNSA.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 14 : Évolution des bénéficiaires et des dépenses d'APA

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	2011 (p)
Nombre de bénéficiaires au 31 décembre	605 000	792 000	865 000	935 000	1 008 000	1 070 000	1 100 000	1 136 000	ND	ND
Dépenses d'APA (M€)	1 855	3 205	3 591	3 930	4 244	4 555	4 855	5 029	5 240	5480
Dépenses résiduelles de PSD	348	120	0	0	0	0	0	0	0	0
Progression annuelle des dépenses		+72,8%	+12,0%	+9,4%	+8,0%	+7,3%	+6,6%	+3,6%	+4,2%	+4,6%

Source : CNSA.

3.1.1.2. D'autres aides publiques existent à côté de l'APA, et peuvent être évaluées à environ 700M€

Les aides des personnes moins dépendantes peuvent être classées en deux catégories :

- ◆ les prestations de la branche retraite à destination des retraités fragilisés par leur état de santé, leurs ressources et leur isolement.
- ◆ les dépenses d'actions de maintien à domicile des communes et des départements.

- ◆ **La branche retraite mène des actions sociales à hauteur de 660 M€.**

La mise en place de l'APA a conduit les caisses de retraite à redéployer leurs aides vers les GIR 5 et 6. Ces actions peuvent être préventives, visant par exemple à retarder l'âge de l'entrée dans la dépendance, mais également de confort, visant à améliorer les conditions d'existence des dépendants.

Les dépenses d'action sociales des caisses de retraite peuvent être rattachées à deux catégories :

- ◆ les prestations individuelles (aides ménagères à domicile, aide au retour à domicile après hospitalisation, aide à l'amélioration de l'habitat etc.) ;
- ◆ les prestations collectives, qui sont pour l'essentiel des prêts aux promoteurs, ainsi que des subventions d'investissement ou de fonctionnement aux associations pour les maisons de retraite et aux foyers qui accueillent des personnes âgées dépendantes.

Selon la direction du budget, l'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) à destination des personnes âgées s'est élevée, en 2010, à 371,7 M€, dont 288,5M€ en prestations individuelles (soit 77,7% du total).

Les autres régimes de retraites obligatoires de base et les régimes complémentaires proposent également des actions en faveur des personnes dépendantes²⁴, **pour un montant estimé par la direction du budget à 289,0M€ en 2010 :**

- ◆ la CCMSA (Caisse centrale de mutualité sociale agricole) finance des actions collectives de prévention (ateliers-santé, programme de stimulation collective) et des aides individualisées à domicile ; elle soutient par ailleurs des formes intermédiaires d'hébergement, telles que les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), ou l'accueil familial ;
- ◆ le RSI (Régime social des indépendants) propose différentes aides au maintien à domicile, ainsi qu'un accueil prioritaire en structures d'accueil pour ses adhérents ;
- ◆ les régimes de retraite complémentaires AGIRC-ARCCO (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés – Association générale des institutions de retraite des cadres) mènent également des interventions.

²⁴ Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Alain Vasselle, juillet 2008, p. 46.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 15 : Actions sociales des caisses de retraite envers les personnes âgées dépendantes (M€)

	Nature des aides	Descriptif des aides	2003	2009	2010
CNAV	Prestations individuelles	Aide ménagère à domicile	NC	223,0	NC
		Plans d'action personnalisés	NC	20,0	NC
		Aides au retour dans l'habitat après une hospitalisation	NC	9,0	NC
		Évaluations individuelles	NC	17,0	NC
		Aides à l'habitat	NC	17,0	NC
		Autres aides	NC	2,5	NC
		Sous-total prestations individuelles	NC	288,5	308,7
	Prestations collectives		NC	63,0	63,0
Autres régimes de base et régimes complémentaires			NC	NC	289,0
Total			581,6	NC	660,7

Sources : Cour des comptes (2005) ; Direction du budget (2010).

◆ **Les dépenses d'action sociale des collectivités locales sont moins importantes et moins connues.**

Certaines prestations d'action sociale sont attribuées par les collectivités locales afin d'aider les personnes âgées dépendantes désirant rester à domicile²⁵ ; certaines prestations extralégales pour les personnes hébergées peuvent également exister. Le chiffrage et la nature exacte de ces aides à la vie quotidienne sont toutefois perfectibles :

- ◆ **les aides des départements (hors APA)**, qui consistent pour l'essentiel en des aides ménagères et du portage de repas, ont été évaluées pour l'année 2008 par la DREES²⁶ à 82 millions d'euros, en recul de 10% par rapport à 2007 en raison de la baisse du nombre de bénéficiaires ;
- ◆ **les actions financées par les communes** en faveur du maintien à domicile sont mal évaluées. Selon la direction du budget, les **communes** ont participé à hauteur de 170 M€ en 2009 à des **actions de maintien à domicile** des GIR 5 et 6 notamment. Aucune donnée pour l'année 2010 n'est encore disponible.

Tableau 16 : Dépenses d'action sociales des collectivités locales

		2007	2008	2009	2010
Aides d'action sociale des départements	Montant (M€)	91	82	NC	NC
	Nombre de bénéficiaires	24 800	23 100	NC	NC
Aides d'actions sociales des communes	Montant (M€)	NC	NC	170	NC
	Nombre de bénéficiaires	NC	NC	NC	NC

Source : DREES ; direction du budget.

²⁵ Le versement des aides peut être effectué par le biais d'un établissement public, tels que les CCAS (Centres communaux d'action sociale) ou d'associations.

²⁶ Les dépenses d'aide sociale départementale en 2008, Études et résultats n° 714, janvier 2010.

3.1.1.3. Certaines dépenses fiscales réduisent également le coût de la perte d'autonomie

Outre les aides précitées, les personnes âgées dépendantes bénéficient de plusieurs dépenses fiscales spécifiques :

- ◆ l'APA est exonérée d'impôt sur le revenu (90 M€) ;
- ◆ les équipements destinés aux personnes dépendantes bénéficient d'une TVA à taux réduite (10 M€) ;
- ◆ l'emploi direct d'un salarié à domicile bénéficie d'un crédit d'impôt ou d'une réduction d'impôt (244 M€) ;
- ◆ les services à la personne ont un taux réduit de TVA (10 M€).

◆ **L'exonération d'IR de l'APA**

En application du 2° de l'article 81 du code général des impôts (CGI), les prestations reçues par les personnes âgées au titre de l'APA sont exonérées d'impôt sur le revenu (IR).

Selon le chiffrage effectué par la direction de la législation fiscale dans l'Évaluation des voies et moyens annexées au projet de loi de finances, cette exonération représente une dépense fiscale de 90 M€ en 2011 et bénéficie à 1,1 million de ménages.

Tableau 17 : Évaluation du coût de l'exonération d'IR des prestations d'APA (M€)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Montant de la dépense fiscale « Exonération d'IR de l'APA »	105	130	190	210	250	100	85	90	90

Source : Tome II de l'annexe aux PLF « Voies et moyens » pour les années 2003 à 2011.

Note : En 2010, la DLF a modifié sa méthode de chiffrage de la dépense fiscale.

◆ **Le taux réduit de TVA sur certains appareillages spécifiques.**

Les personnes âgées dépendantes bénéficient d'un taux réduit de TVA à 5,5% sur les appareillages pour personnes handicapées (article 278 *quinquies* I du CGI).

Encadré 7 : Liste des équipements spéciaux destinés aux personnes handicapées

Les équipements bénéficiant d'une TVA à taux réduite, dont la liste est fixée à l'article 30-0 B de l'annexe IV au CGI, se répartissent entre plusieurs catégories :

- les appareillages pour handicapés (chapitres 1^{er}, 3 à 7 du titre II, aux titres III et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
- les appareillages pris en charge au titre des prestations d'hospitalisation (articles L. 162-22-6 et L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale) ;
- les équipements spéciaux, dénommés aides techniques, conçus spécifiquement pour les personnes souffrant de graves handicaps ;
- certains matériels pour diabétiques, stomicés ou incontinents (article 278 *quinquies* II du CGI).

Parmi ces équipements figurent notamment les matériels de transfert, les fauteuils roulants, les systèmes de douche et de bain incorporant les éléments indispensables à leur accessibilité par des handicapés, les logiciels spécifiques pour sourds et malentendants, les matériels destinés à faciliter la conduite et l'accès des véhicules par les personnes handicapées, etc., ainsi que les ascenseurs et matériels assimilés spécialement conçus pour les personnes handicapées.

Source : DLF.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Cette dépense fiscale, qui bénéficie à toutes les personnes handicapées, est évaluée dans la Tome II du Voies et moyens annexés au PLF 2011 à 1 050 M€ pour 2011. Selon la DLF, la part liée aux personnes âgées dépendantes s'élève à environ 10 M€.

Tableau 18 : Évaluation du coût de la TVA réduite sur les équipements spéciaux pour les handicapés (M€)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	2011 (p)
Montant de la dépense fiscale « Taux de 5,5% pour les équipements spéciaux pour les handicapés »	300	275	290	330	350	900	950	1000	1050
Dont part consacrée aux personnes âgées dépendantes	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	10	10

Source : Tome II de l'annexe aux PLF « Voies et moyens » pour les années 2003 à 2011 ; DLF pour le chiffrage 2011 de la part consacrée aux personnes âgées dépendantes.

Note : En 2010, la DLF a modifié sa méthode de chiffrage de la dépense fiscale.

◆ **Le crédit d'impôt ou la réduction d'impôt pour l'emploi direct d'un salarié à domicile.**

L'emploi direct d'un salarié à domicile, ainsi que le recours à une association, une entreprise ou un organisme agréés, bénéficient d'une aide fiscale (article 199 *sexdecies* du CGI).

Selon le cas, l'avantage fiscal prend la forme d'un crédit d'impôt ou d'une réduction d'impôt sur le revenu :

- ◆ l'avantage prend la forme d'un crédit d'impôt pour les contribuables qui exercent une activité professionnelle ou sont inscrits comme demandeurs d'emploi durant trois mois au moins au cours de l'année ;
- ◆ l'avantage prend la forme d'une réduction d'impôt pour les autres personnes ou celles qui réalisent des dépenses au domicile d'un de leurs ascendants.

Compte tenu de leur âge, les personnes dépendantes relèvent de la réduction d'impôt (n'en bénéficient que celles qui sont imposables). Les dépenses éligibles à l'avantage fiscal sont plafonnées à 12 000 € par an, et à 13 500 € pour une personne isolée²⁷.

Pour 2010 et 2011, la dépense fiscale pour l'emploi d'un salarié à domicile est évaluée à 1 300 M€. Selon la DLF, la part de cette dépense en faveur de personnes dépendantes s'élève à 244 M€, et bénéficie à environ 220 000 ménages.

²⁷ Ce plafond peut être porté à 20 000 € par an en cas d'invalidité. Il est également majoré de 3 000 € par an au titre de la première année d'emploi d'un salarié à domicile en emploi direct.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 19 : Évaluation du coût de la réduction ou du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile (M€)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	2011 (p)
Montant de la dépense fiscale « Emploi d'un salarié à domicile »	1 400	1 520	1 700	1 820	2 060	2 190	1 110	1 248	1 300	1 300
Dont part consacrée aux personnes âgées dépendantes	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	244	244

Source : Tome II de l'annexe aux PLF « Voies et moyens » pour les années 2003 à 2011 ; DLF pour le chiffrage 2010 et 2011 de la part consacrée aux personnes âgées dépendantes.

◆ **Le taux réduit de TVA applicable aux services à la personne**

Les services d'aide à la personne fournis à titre exclusif²⁸ bénéficient d'un taux réduit de TVA (article 279 i du CGI). Effectués par des associations, des entreprises ou des organismes déclarés en application de l'article L. 7232-1-1 du code du travail, ces services peuvent être de différentes natures :

- ◆ aide personnelle à domicile, à l'exception des actes de soins relevant d'actes médicaux ;
- ◆ assistance aux personnes handicapées ;
- ◆ aide à la mobilité et aux transports de personnes ayant des difficultés de déplacement ;
- ◆ soins et promenades d'animaux de compagnie ;
- ◆ soins d'esthétique à domicile.

D'autres services, qui ne sont pas dédiés aux personnes dépendantes, peuvent être éligibles dès lors qu'ils facilitent leur maintien à domicile (entretien de la maison, travaux ménagers, petits travaux de jardinage, préparations de repas à domicile, livraison de repas, temps de course, livraison à domicile de linge repassé, assistance administrative à domicile etc.).

Le coût de la réduction de TVA pour les services à la personne est évalué en 2011 à 120 M€. En appliquant le ratio observé sur la réduction et le crédit d'impôt relatifs aux dépenses d'emploi d'un salarié à domicile, la DLF chiffre le coût de la TVA à taux réduit, pour la part liée aux personnes âgées dépendantes, à 10 M€.

²⁸ Sont également concernés les services d'aide à la personne fournis à titre non exclusif bénéficiant d'une dérogation à la condition d'activité exclusive prévue à l'article L. 7232 1-2 du code du travail.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 20 : Évaluation du coût de la TVA réduite applicable aux services à la personne (M€)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	2011 (p)
Montant de la dépense fiscale « TVA réduite applicable aux services à la personne »	40	65	85	15	30	60	80	110	110	120
Dont part consacrée aux personnes âgées dépendantes	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	10	10

Source : Tome II de l'annexe aux PLF « Voies et moyens » pour les années 2003 à 2011 ; DLF pour le chiffrage 2010 et 2011 de la part consacrée aux personnes âgées dépendantes.

3.1.1.4. Les exonérations de cotisations sociales pour les emplois à domicile représentent une charge de 1Md€

Les personnes âgées dépendantes bénéficient, dès lors qu'elles emploient une aide à domicile, d'exonérations de cotisations sociales. Il s'agit principalement :

- ◆ de l'exonération totale de cotisations patronales de sécurité sociale, sous plafond de rémunération, pour les personnes dépendantes employant une aide à domicile ou un salarié assurant une activité de service à la personne ;
- ◆ de l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale, sans plafond de rémunération, pour les associations ou les entreprises proposant des services d'aide à domicile pour les personnes dépendantes ;
- ◆ de l'exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale, sans plafond de rémunération, pour les personnes dépendantes hébergées à titre onéreux par un accueillant familial ou les personnes de droit public ou de droit privé ayant conclu un contrat de travail avec un accueillant familial.

Pour 2010, la direction du budget chiffre ces exonérations à plus de 1,5 Md€²⁹.

Tableau 21 : Exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale bénéficiant aux personnes âgées dépendantes (M€)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dispositif relatif aux aides à domicile employées par un particulier dépendant	799	889	NC	NC	861	844
Dispositif relatif aux accueillants familiaux						
Dispositif relatif aux aides à domicile employées par une association ou une entreprise auprès d'une personne dépendante	438	513	NC	NC	640	719
Total	1 237	1 402	NC	NC	NC	1 563

Source : Direction de la sécurité sociale pour les années 2005 et 2006 ; direction du budget pour les 2009 et 2010.

²⁹ Suite à la loi de finances pour 2011, le montant de ces exonérations sera amené à diminuer, dans des proportions toutefois inconnues à ce jour.

Toutefois, ces dispositifs s'adressent à un public bien plus large que les seules personnes âgées dépendantes ; de ce fait, il n'est donc pas certain que la somme doive être retenue en totalité.

Le modèle de microsimulation « Autonomix » de la DREES donne pour sa part une estimation globale des deux dispositifs de 800 M€³⁰ pour l'année 2007. Pour l'année 2010, ce montant peut être évalué à 996 M€, en l'actualisant le résultat 2007 à partir de l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA et de la croissance du salaire médian par tête (SMPT) de la branche « services ».

3.1.2. D'un montant conventionnellement évalué à 14 Md€, les dépenses de soins constituent la principale dépense des personnes dépendantes

Bien que les dépenses de soin constituent, de loin, le premier poste de dépense de la dépendance, il n'existe pas à ce jour, selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)³¹, de recensement exhaustif des dépenses engagées par l'assurance maladie au profit des personnes âgées dépendantes, qu'elles vivent en établissement ou à domicile.

Depuis les premiers travaux de la Cour des comptes en 2005³², les évaluations de ces dépenses restent approximatives. Pour l'année 2010, la DB les évaluait à près de 14 Md€, soit plus de 8% du total de l'ONDAM (Objectif national des dépenses de l'assurance maladie). Elles peuvent être classées en deux catégories :

- ◆ la prise en charge des dépenses de soins dans les établissements et services sociaux et médicosociaux accueillant des personnes âgées ;
- ◆ le financement des dépenses d'hospitalisation et de soins de ville des personnes dépendantes.

L'inclusion de cette dernière catégorie dans le périmètre de la dépense publique en faveur de la dépendance repose sur une convention. Certains membres du groupe la considèrent contestable, en soulignant la difficulté à distinguer, dans cette catégorie, mal connue, ce qui est intrinsèquement lié à la dépendance.

Au total, la convention de calcul « usuelle », qui est détaillée ci-dessous, est à analyser comme un majorant des surcoûts de soins engendrés par la dépendance. Une convention alternative, qui repose sur des travaux préliminaires de la DREES, est ensuite proposée à titre de comparaison.

3.1.2.1. La prise en charge des dépenses de soins des établissements médicosociaux accueillant des personnes âgées représente une charge globale de 8,2 Md€

Les dépenses relevant de la partie « soins » de la tarification tripartite appliquée dans les établissements médicosociaux (cf. *supra*) sont prises en charge par l'assurance maladie.

³⁰ Cette simulation repose sur l'hypothèse que dans deux tiers des cas, le bénéficiaire recourt à un service prestataire. Une hypothèse de cette sorte est nécessaire car pour un montant de plan d'aide donné, le montant d'exonération est plus élevé en cas d'emploi direct qu'en cas de recours à un service prestataire (la dépense occasionnée en cas de recours à un prestataire couvre un certain nombre de frais de gestion du service sur lesquels aucune cotisation salariale n'est évidemment due).

³¹ *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 22 avril 2010.

³² *Les personnes âgées dépendantes*, rapport public de la Cour des comptes, novembre 2005.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Ce financement est retracé dans le sous-objectif de l'ONDAM « Médicosocial – personnes âgées ». Il s'élève à 4,4% de l'ONDAM total en 2010. Depuis 1997, il est passé de 2 Md€ à 7,2 Md€ -dont près de 6,8 Md€ pour les GIR 1 à 4-, soit une augmentation de plus de 260%³³. A titre de comparaison, l'ONDAM consacré aux personnes handicapées, seconde composante de l'ONDAM médico-social, a progressé de 90%.

Tableau 22 : Évolution de l'ONDAM « médicosocial » (Md€)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sous-objectif « Handicap » (1)	5,4	5,7	6,1	6,3	6,7	7,0	7,4	7,7	7,9
Sous-objectif « personnes âgées » (2)	2,9	3,3	3,6	4,0	4,4	5,1	5,9	6,3	7,2
Dont part GIR 1 à 4	-	-	-	-	-	-	-	-	6,8
Dont part GIR 5 et 6	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3
Total ONDAM médicosocial (1)+(2)	8,3	9,0	9,7	10,3	11,1	12,1	13,3	14	15,2

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale ; CNSA et DREES (2010).

À ce financement, voté en loi de financement de la sécurité sociale, s'ajoute la part des ressources propres de la CNSA définies à l'article L.14-10-5-1° du code de l'action sociale et des familles³⁴, pour constituer l'Objectif global de dépenses (OGD)³⁵. **En 2010, l'apport de la CNSA à l'OGD s'est élevé à 912 M€.**

Tableau 23 : Évolution de l'OGD (Md€)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Apport de la CNSA à l'OGD	-	-	-	-	0,6	0,9	0,9	0,9	0,9
Sous-objectif « personnes âgées »	2,9	3,3	3,6	4,0	4,4	5,1	5,9	6,3	7,2
OGD	2,9	3,3	3,6	4,0	5,0	6,0	6,8	7,2	8,0

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale ; CNSA.

³³ Selon la DB, ce taux d'évolution tient compte des mesures de périmètre de l'ONDAM, mais nécessiterait une expertise approfondie afin d'être fiabilisé.

³⁴ Depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, les régimes d'assurance maladie transfère chaque année les crédits inscrits sur l'ONDAM médicosocial à la CNSA. Celle-ci y ajoute sa propre contribution, et en assure la gestion et la répartition.

³⁵ L'OGD est l'enveloppe qui est répartie aux agences régionales de santé pour la tarification des dotations de soins aux établissements et services médico-sociaux.

3.1.2.2. *Le chiffrage du coût des dépenses d'hospitalisation et de soins de ville des personnes dépendantes est plus approximatif.*

Quel que soit leur lieu de vie (domicile ou établissement médicosocial), les personnes âgées peuvent recevoir des soins de médecine de ville, ou faire l'objet d'une hospitalisation. Les dépenses générées par ces actes médicaux sont alors retracées dans deux sous-objectifs de l'ONDAM, qui ne sont pas spécifiques à la dépendance :

- ◆ le sous objectif « Soins de ville » ;
- ◆ le sous-objectif « Dépenses hospitalières ».

En l'état actuel des systèmes d'information de la CNAM, il n'est pas possible d'isoler avec précision les dépenses hospitalières et de soins de ville des personnes âgées dépendantes. Une estimation de ces dépenses (hors crédits en faveur des unités de soins de longue durée – USLD) a toutefois été réalisée en 2005 par la Cour des comptes dans le rapport précité, à partir de données extraites du système national d'information inter-régime de l'assurance maladie (SNIIRAM). En se fondant sur l'hypothèse que les personnes âgées de plus de 75 ans recevant des actes infirmiers de soins (AIS, ou « nursing ») étaient des personnes dépendantes, la Cour a calculé le montant des soins de ville et d'hospitalisation rattachables à ces personnes, et l'a extrapolé à la population des dépendants. Pour 2003, la Cour estimait donc les montants de soins de ville à 2,3 Md€, et les dépenses d'hospitalisation à 1,6 Md€.

À partir de cette estimation initiale, et en faisant progresser ces montants comme le montant total des sous-objectifs correspondants de l'ONDAM entre 2003 et 2010, la direction du budget obtient pour 2010 un montant estimatif de 3 Md€ pour les soins de ville et de 2 Md€ pour les soins hospitaliers, soit 5 Md€.

Ces montants doivent être considérés avec précaution.

Tableau 24 : Estimation des dépenses de soins et d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes (Md€)

	2003	2010
Soins de ville	2,3	3,0
Soins hospitaliers	1,6	2,0
Total	3,9	5,0

Sources : Cour des comptes (2005) ; direction du budget (2010).

Par ailleurs, le sous-objectif « Autres dépenses relatives aux établissements de santé » finance sur la dotation annuelle de financement des établissements hospitaliers les dépenses de soin des unités de soins de longue durée (USLD). Cette dépense, qui bénéficie pour l'essentiel à des personnes âgées dépendantes, était de 1,2 Md€ en 2009 et de 990 M€ en 2010.

3.1.2.3. *D'autres conventions existent, notamment celle de la DREES*

Un chiffrage alternatif des surcoûts de soins engendrés par la dépendance est proposé par la DREES, à partir :

- ◆ des informations contenues dans ses enquêtes EHPA 2007 et SSIAD 2008 ;
- ◆ des premières exploitations de l'appariement de l'enquête Handicap-Santé et de SNIIRAM (cf. l'encadré suivant) ;
- ◆ de certaines hypothèses conventionnelles.

Ces travaux, préliminaires, constituent une piste intéressante qui mériterait d'être affinée.

Encadré 8 : Méthodologie retenue par la DREES pour évaluer les dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes vivant à domicile

La DREES a réalisé une première estimation des dépenses en soins de ville des personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile. Pour ce faire, **elle a mobilisé l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) collectée en 2008**. Cette enquête permet pour la première fois d'identifier les personnes dépendantes selon leur niveau de dépendance et de connaître leurs dépenses de soins de ville (hors SSIAD) grâce à l'appariement individuel de leurs réponses à l'enquête avec les données de la base SNIIRAM sur leurs dépenses de santé présentées au remboursement dans les 12 mois précédant l'enquête.

Toutefois, il doit être noté que ce niveau de dépendance ne repose pas sur une évaluation réalisée par une équipe médico-sociale en vue de l'attribution de l'APA, car cette information n'est pas disponible dans l'enquête HSM. Ainsi, **il a été nécessaire de calculer un « pseudo-GIR » pour chaque personne** de 60 ans ou plus interrogée, sur la base de ses déclarations vis-à-vis des incapacités éventuelles.

Au final, on dispose d'un échantillon (redressé afin d'être rendu représentatif) **de 7200 personnes âgées de 60 ans ou plus, ce qui représente 1% des bénéficiaires de l'APA à domicile**.

Pour cet échantillon, on dispose à la fois d'une estimation de leur niveau de GIR (GIR 1 à 6) et de leurs dépenses de soins de ville (taux de recours, dépense moyenne remboursée aux personnes ayant eu effectivement recours, ticket modérateur, dépassement, participations et forfaits divers) par grands postes (soins de généralistes, de spécialistes, consommables dont médicaments, transports, soins infirmiers AIS et AMI, soins de kinésithérapie, biologie, soins optiques et dentaires).

La dépense de santé étant évaluée par le SNIIRAM entre juillet 2007 et juin 2008 et l'enquête HSM ayant lieu en fin d'année 2008, le surcroît de dépenses lié à la dépendance estimé à 1,4 Md € est affecté à l'année 2008 (dont 50 M€ restant à la charge des ménages). Il est revalorisé à 1,5 Md € en 2010 comme suit :

- on applique le taux de croissance de l'ONDAM soins de ville par habitant entre 2008 et 2010 au montant de dépense par tête en 2008 ;
- on multiplie le montant par tête par la population de chaque catégorie en 2010.

Source : DREES.

Les conventions retenues par la DREES pour évaluer les dépenses de soins sont les suivantes :

- ♦ **faute d'information exploitable, les dépenses hospitalières de toutes les personnes âgées dépendantes vivant à domicile ou en établissement sont exclues du périmètre ;**
- ♦ **les dépenses de soins de ville sont estimés à partir des surcoûts de dépenses de la population estimée comme dépendante dans l'enquête Handicap-Santé, et portent sur quelques postes de dépense seulement** (AIS, certains actes de MK, certains dispositifs médicaux inscrits à la LPP) ;
- ♦ pour l'OGD³⁶, le montant imputable aux personnes relevant des GIR 5 et 6, et résidant en maisons de retraite, a été soustrait. Toutefois, si le ciblage de la population exclusivement dépendante a été réalisé, il n'a pas été possible de procéder au ciblage de leur dépense de biens et services exclusivement dus à la dépendance (« care ») ni a fortiori de soustraire, comme pour les soins de ville, la dépense relative au « cure ».

Au total, les hypothèses de la DREES sont plus conservatrices que les précédentes, permettant ainsi de calculer un minorant des surcoûts de soins engendrés par la dépendance.

Le tableau suivant compare le chiffrage des deux conventions de calcul :

³⁶ L'OGD est l'agrégat représentant le montant des autorisations de dépenses de soins des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées. Il est égal à la somme de l'Ondam médico-social et de l'apport de la CNSA qui inclut une quote-part de la CSA et un éventuel abondement d'une part des excédents antérieurs de la Caisse résultant de la sous-consommation de l'OGD.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 25 : Comparaison des deux méthodes de calcul des surcoûts de soins engendrés par la dépendance (2010, M€)

	Montant suivant les conventions usuelles (à partir des travaux de la Cour des comptes)	Montant suivant les conventions DREES
ONDAM médico-social GIR 1 à 4	6 807	6 807
Financement CNSA établissements	912	912
Soins de ville	3 000	1 532
USLD	990	990
Hôpital	2 000	NC
Total GIR 1 à 4	13 709	-
ONDAM médicosocial personnes âgées GIR 5 et 6	296	296

Source : Cour des comptes, direction du budget, DLF, DREES.

3.1.3. L'hébergement des personnes âgées dépendantes bénéficie d'une aide publique évaluée à 2,2 Md€

Les aides à l'hébergement destinées aux personnes âgées dépendantes, que l'on peut estimer à 2,2 Md€, peuvent être classées en deux catégories :

- ◆ les aides en établissements médicosociaux ;
- ◆ les aides à domicile.

3.1.3.1. Les aides en établissements reposent principalement sur l'ASH (Aide sociale à l'hébergement) des départements

◆ **L'aide sociale à l'hébergement (ASH) :**

L'Aide sociale à l'hébergement (ASH), qui est attribuée par les départements, vise à prendre en charge les frais d'hébergement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans accueillies en établissements médicosociaux qui ne peuvent pas faire face à ces frais.

L'intervention du département est subsidiaire. On fait appel tout d'abord aux ressources des personnes hébergées elles mêmes : la contribution de l'intéressé au coût de son hébergement s'élève à 90% de ses ressources (y compris son éventuelle aide au logement – ALS/APL), sous contrainte que celui-ci dispose, après contribution, d'au moins 1% du montant annuel du minimum vieillesse (soit environ 85 € par mois en 2010). On fait appel ensuite aux obligés alimentaires de la personne hébergée. Enfin l'ASH peut être récupérée sur l'actif successoral au décès du bénéficiaire³⁷.

Encadré 9 : L'obligation alimentaire et la récupération sur succession dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement

- **L'obligation alimentaire** : La prise en charge par l'aide sociale intervient soit en complément des obligés alimentaires si leur participation est insuffisante, soit en totalité s'il n'y a pas d'obligés alimentaires ou si ceux-ci sont insolvables. Sont concernés : les conjoints entre eux, les enfants, les petits-enfants, les gendres et les belles-filles.
- **La récupération** : Les sommes versées au titre de l'aide sociale peuvent faire l'objet d'un recours

³⁷ Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Alain Vasselle, juillet 2008, p. 47.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

contre le donataire (personne qui a reçu une donation provenant du bénéficiaire de l'aide sociale), contre le légataire à titre particulier (personne qui a reçu un bien déterminé), contre le légataire universel (personne à qui le bénéficiaire de l'aide sociale a légué la totalité de son patrimoine) ou à titre universel (personne à qui le bénéficiaire de l'aide sociale a légué une partie de son patrimoine). Les sommes versées au titre de l'aide sociale à l'hébergement peuvent également faire l'objet d'une récupération sur la succession du bénéficiaire. Le recours s'exerce au premier euro et dans la limite de 90 % de l'actif net successoral.

- **Des pratiques relativement peu connues, et inférieures au montant brut de l'ASH :** Selon l'enquête de juin 2008 menée par l'observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas) auprès de vingt-cinq départements, il ressort que les récupérations menées en matière d'ASH selon ses trois grandes modalités – récupération sur les ressources des bénéficiaires, récupération auprès des obligés alimentaires et récupération sur succession - représentent plus de 60 % de la dépense brute d'ASH.

Source : Rapport du Sénat précité.

Tableau 26 : Évolution des dépenses nette d'ASH (Md€) et du nombre de bénéficiaires

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépense nette d'ASH (Md€)	0,88	0,82	0,7	0,84	0,91	0,94	1,04	1,12	1,17	1,2
<i>Dont bénéficiaires GIR 1 à 4</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0
<i>Dont bénéficiaires GIR 5 et 6</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2
Bénéficiaires	117 300	116 800	112 800	112 400	112 600	113 203	112 388	114 628	115 309	115 684

Source : Observatoire de l'action sociale départementale (ODAS) ; DREES pour la répartition entre GIR.

L'aide moyenne (860€ par mois) a augmenté de 18% en euros constants.

◆ **Les allocations en faveur du logement :**

Le réseau des caisses d'allocations familiales alloue sous condition de ressources des aides personnelles au logement qui bénéficient aux personnes âgées de plus de 65 ans résidant en établissement.

Selon la DB, ces interventions ciblées sur la dépendance s'élevaient en 2009 à 405 M€ pour 243 000 bénéficiaires. Ce montant correspond :

- ◆ aux allocations logement à caractère social ciblées (ALS) pour 190 M€ (140 000 bénéficiaires) ;
- ◆ aux aides personnalisées au logement ciblées (APL) pour 215 M€ (103 000 bénéficiaires).

En 2010, la dépense prévue à la charge de l'État³⁸ peut être estimée à 406 M€³⁹ ; Selon la DREES, ces dépenses bénéficient :

- ◆ pour 335 M€ aux GIR 1 à 4 ;
- ◆ pour 70 M€ aux GIR 5 et 6.

³⁸ Dont un peu plus de la moitié des dépenses ALS via le fonds national d'aides au logement (FNAL).

³⁹ Source CNAF. Les données définitives pour 2010 ne sont pas encore disponibles. En 2010, la revalorisation des loyers plafond et du forfait charges a été faible, de sorte que, si on tient compte de l'élasticité des dépenses d'aide au logement aux différents paramètres du barème, la progression serait de 0,4% pour l'APL, et nulle pour l'ALS, soit des dépenses totales de 406 M€ (216M€ pour l'APL et 190 M€ pour l'ALS).

◆ **Le financement d'établissements médicosociaux par la CNSA**

Par ailleurs, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) procède au financement d'opérations d'investissement (390 M€ en 2008)⁴⁰.

◆ **Plusieurs dépenses fiscales complètent l'aide à l'hébergement en établissement**

Trois dépenses fiscales contribuent à soutenir l'hébergement des personnes âgées dépendantes en établissement :

- ◆ la réduction d'IR pour frais de dépendance et d'hébergement ;
- ◆ le taux réduit de TVA applicable à la construction d'établissement accueillant des personnes âgées ou handicapées ;
- ◆ la réduction d'IR en faveur des investissements immobiliers réalisés dans le secteur de la location meublée non-professionnelle (« LMNP »).

Il doit être noté que deux d'entre-elles bénéficient à des tiers et solvabilisent indirectement les personnes dépendantes.

• *La réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement :*

Conformément aux dispositions de l'article 199 *quindecies* du code général des impôts (CGI), les personnes accueillies dans un établissement médicosocial⁴¹ bénéficient d'une réduction d'impôt de 25 % du montant des dépenses supportées, tant au titre de la dépendance que de l'hébergement, retenues dans la limite de 10 000 € par personne hébergée⁴².

La réduction maximale est donc de 2 500 € par personne hébergée. Lorsque le montant de la réduction d'impôt excède celui de l'impôt brut, la fraction non imputée de cette réduction ne peut pas donner lieu à remboursement ou à report sur l'impôt dû au titre des années suivantes.

En 2009, 320 000 ménages ont été bénéficiaires de l'avantage fiscal pour un montant moyen de 545€ (45€ par mois). Selon la DLF, le coût de la dépense fiscale afférente à la réduction d'impôt est de 175 M€ en 2010 et 2011 – dont 150 M€ pour les GIR 1 à 4.

⁴⁰ Article 69 de la loi n° 2007-1786 du 13 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Initialement prévues à titre provisoire par les LFSS 2006 et 2007, les opérations de cofinancement dans le secteur médicosocial sont devenues pérennes à la suite de la LFSS 2008.

⁴¹ Les établissements éligibles sont d'une part ceux qui sont mentionnés à l'article L. 312-1 I-6° du code de l'action sociale et des familles (CASF), et ceux mentionnés à l'article L. 6111-2 2° du code de la santé publique. Il s'agit, d'une part, des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale et, d'autre part, des établissements de santé, publics ou privés, qui ont pour objet de dispenser des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

⁴² L'assiette de cet avantage fiscal a été élargie par l'article 11 de la loi de finances pour 2007 aux frais d'hébergement proprement dits (logement et nourriture) à la condition que ces frais s'ajoutent à des dépenses liées à la dépendance.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 27 : Évaluation du coût de la réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement (M€)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	2011 (p)
Nombre de bénéficiaires	NC	NC	NC	NC	240 000	233 000	223 000	320 000	298 100	320 000
Montant de la dépense fiscale « Frais de dépendance et d'hébergement »	40	40	50	50	50	115	140	161	175	175
<i>Dont bénéficiaires GIR 1 à 4</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-
<i>Dont bénéficiaires GIR 5 et 6</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-

Source : Tome II de l'annexe aux PLF « Voies et moyens » pour les années 2003 à 2011 ; DLF pour le chiffrage 2011 de la part consacrée aux personnes âgées dépendantes ; DREES pour la répartition entre GIR.

- Le taux réduit de TVA applicable à la construction d'établissement accueillant des personnes âgées ou handicapées :

La loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale a instauré le taux réduit de TVA pour les constructions ou les achats de locaux utilisés pour des opérations portant sur le logement social (logement HLM, location-accession, logements sociaux à usage locatif, logements relevant de certains établissements d'hébergement de personnes âgées ou handicapées).

Codifiée à l'article 278 *sexies* I et II du CGI, cette mesure bénéficie dans les faits aux constructions des établissements d'hébergement de personnes âgées (EHPA), des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), des unités de soins longue durée (USLD), des logements foyers, des petites unités de vie et des unités pour personnes désorientées.

D'après le chiffrage de la DLF, la dépense fiscale relative aux opérations portant sur le logement social en général est estimée à 900 M€ en 2010. La dépense afférente aux établissements accueillants des personnes âgées ou handicapées est pour sa part évaluée à 30 M€.

Tableau 28 : Évaluation du coût de la TVA réduite applicable à la construction d'établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées (M€)

	2009	2010	2011 (p)
Taux de 5,5 % pour la construction ou l'acquisition d'opérations portant sur le logement social	900	1 000	1 000
Part consacrée aux établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées	NC	30	NC

Source : Tome II de l'annexe aux PLF « Voies et moyens » pour les années 2003 à 2011 ; DLF pour le chiffrage 2011 de la part consacrée aux personnes âgées dépendantes.

- La réduction d'impôt sur le revenu en faveur des investissements immobiliers réalisés dans le secteur de la location meublée non professionnelle (« LMNP ») :

Codifiée à l'article 199 *sexvicies* du CGI, la réduction d'impôt sur le revenu en faveur des investissements immobiliers réalisés dans le secteur de la location meublée non professionnelle vise à augmenter l'offre de résidences avec services à destination de certains publics (personnes âgées ou handicapées, étudiants, etc).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

La réduction d'impôt s'applique aux personnes physiques qui acquièrent du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2012 un logement neuf ou en l'état futur d'achèvement, un logement achevé depuis au moins quinze ans ayant fait l'objet d'une réhabilitation ou qui fait l'objet de travaux de réhabilitation, qu'elles destinent à la location meublée n'étant pas exercée à titre professionnel.

La réduction d'impôt est calculée sur le prix de revient du logement (de plusieurs le cas échéant), retenu dans la limite globale annuelle de 300 000 €. Son taux est fixé à 25 % pour les investissements réalisés en 2009 et 2010 et à 18 % pour ceux réalisés en 2011 et 2012 ; elle est répartie sur neuf années, à raison d'un neuvième de son montant chaque année.

Pour être éligibles, les logements doivent être situés dans l'une des structures suivantes :

- ◆ établissement social ou médico-social qui accueille des personnes âgées ou adultes handicapées (article L. 312-1 I du CASF) ;
- ◆ établissement ayant pour objet de dispenser des soins de longue durée à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie (article L. 6143-5 3° du CSP) ;
- ◆ résidence avec services pour personnes âgées ou handicapées ayant obtenu l'agrément « qualité » visé à l'article L. 7232-3 du code du travail ;
- ◆ ensemble de logements géré par un groupement de coopération social ou médico-social et affecté à l'accueil familial salarié de personnes âgées ou handicapées (articles L. 444-1 à L. 444-9 du CASF) ;

Le coût de la dépense fiscale est globalement évalué à 20 M€ en 2010 sans qu'il soit possible de déterminer la part afférente aux résidences services pour personnes âgées.

3.1.3.2. L'hébergement à domicile est principalement aidé par des dépenses fiscales

On ne recense pas ici les aides au logement (ALS et APL) de droit commun.

Afin d'aider à l'aménagement du domicile, et ainsi permettre aux personnes âgées dépendantes de rester aussi longtemps que possible dans leur lieu de vie, un crédit d'IR a été institué au titre des dépenses d'équipement de l'habitation principale en faveur de l'aide aux personnes.

Codifiée à l'article 200 quater A du CGI, cette dépense fiscale vise à permettre aux handicapés et aux personnes dépendantes de continuer à habiter leur domicile le plus longtemps possible. Elle s'applique aux dépenses payées entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2011⁴³, dans la limite d'un plafond global pluriannuel apprécié sur cinq ans⁴⁴.

⁴³ L'évolution de cette dépense fiscale après 2011 n'est pas connue.

⁴⁴ Ce plafond est au 1er janvier 2011 de 5 000 € pour une personne seule et de 10 000 € pour un couple ; il est majoré de 400 € par personne à charge du foyer fiscal.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Encadré 10 : Liste des dépenses d'équipement de l'habitation principale éligibles au crédit d'impôt en faveur de l'aide aux personnes

Les dépenses éligibles au crédit d'impôt sur le revenu sont les suivantes (article 18 *ter* de l'annexe IV au CGI) :

- coût des équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées, quelle que soit la date d'achèvement de l'immeuble ;
- dépenses afférentes à un immeuble collectif achevé depuis plus de deux ans au titre de l'acquisition d'ascenseurs électriques à traction possédant un contrôle avec variation de fréquence⁴⁵ ;
- aux dépenses afférentes à un immeuble achevé au titre de la réalisation des travaux de prévention des risques technologiques¹.

Pour l'essentiel, il s'agit des équipements sanitaires attachés à perpétuelle demeure (évier et lavabos à hauteur réglable, surélévateur de baignoire, sièges de douche muraux, etc.), ainsi que des équipements de sécurité et d'accessibilité attachés à perpétuelle demeure (appareils élévateurs verticaux ou à déplacements inclinés, systèmes de commande, de signalisation ou d'alerte, revêtement de sol anti-dérapant, etc).

Le taux du crédit d'impôt varie en fonction du type d'équipement concerné :

- 25 % pour les dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées ;
- 15 % pour les dépenses d'acquisition d'ascenseurs électriques à traction possédant un contrôle avec variation de fréquence ;
- 30 % pour les dépenses de travaux de prévention des risques technologiques.

Source : DLF.

Selon la DLF, les dépenses afférentes aux équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées représentent plus de 90% de la dépense fiscale, soit environ 27 M€.

Tableau 29 : Évaluation du coût de la TVA réduite sur les équipements spéciaux pour les handicapés (M€)

	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	2011 (p)
Montant de la dépense fiscale « Crédit d'IR au titre des dépenses d'équipement de l'habitation principale »	30	30	30	32	30	30
Dont part consacrée aux personnes âgées dépendantes	NC	NC	NC	NC	NC	27

Source : Tome II de l'annexe aux PLF « Voies et moyens » pour les années 2003 à 2011 ; DLF pour le chiffre 2011 de la part consacrée aux personnes âgées dépendantes.

Note : en 2010, la DLF a modifié sa méthode de chiffrage de la dépense fiscale.

3.2. L'origine des ressources publiques : un financement qui repose d'abord pour moitié sur les caisses de sécurité sociale (15 Md€), puis sur les départements (5 Md€)

L'effort public consacré à la prise en charge de la dépendance est principalement financé par l'assurance maladie et, dans une moindre mesure, par les départements et l'État.

⁴⁵ Dépenses non spécifiques aux personnes âgées ou handicapées.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 30 : Évaluation de la dépense publique en faveur de la dépendance (2010, Md€)

	Dépenses M€	État	Dépenses fiscales	ASSO	CNSA	APUL	Total
Soins	Objectif global de dépense (OGD)	-	-	7,1	0,9	-	8,0
	ONDAM soins de ville et hôpital	-	-	6,0	-	-	6,0
Hébergement	Aide personnalisée au logement (APL) et allocation de logement à caractère social (ALS) (CNAF)	0,4	-	-	-	-	0,4
	Plan d'aide à l'investissement	-	-	-	0,4	-	0,4
	Exonérations fiscales	-	0,6	-	-	-	0,6
	Aide sociale à l'hébergement	-	-	-	-	1,2	1,2
Dépendance	Action sociale	-	-	0,7	-	0,3	0,9
	Exonérations fiscales et sociales	-	-	1,0	-	-	1,0
	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	-	-	-	1,4	3,9	5,3
Total		0,4	0,6	14,7	2,7	5,3	23,8

Source : Calculs du rapporteur.

Champs : Périmètre « usuel », tous GIR confondus.

3.2.1. Les caisses de sécurité sociale sont de loin les principales contributrices à la dépendance avec des dépenses d'environ 15 Md€

- ◆ **L'assurance maladie est le principal contributeur à la prise en charge de la dépendance, même si son montant exact n'est pas connu.**

Selon la direction du budget, le montant de sa contribution s'est établi, en 2010, à environ 13 Md€ suivant le périmètre « usuel » retenu par la Cour des comptes, et à 10,5 Md€ selon la DREES (*cf. supra*).

Celle-ci résulte des interventions suivantes :

- ◆ les dépenses relevant de la partie « soins » de la tarification tripartite appliquée dans les établissements médicosociaux ;
- ◆ les dépenses hospitalières et de soins de ville des personnes âgées dépendantes ;
- ◆ les dépenses générées par les hospitalisations en USLD ;

- ◆ **Les dépenses d'action sociale des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM).**

Celles-ci recouvrent, pour l'essentiel, des subventions de fonctionnement accordées à des associations et le financement de foyers d'accueil pour les familles de malades hospitalisés⁴⁶ ;

Selon la DB, les dépenses de la branche vieillesse en faveur de la dépendance se sont établies en 2010 à 727,3 M€. Elles se répartissent de la manière suivante :

⁴⁶ Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Alain Vasselle, juillet 2008, p. 24.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

- ◆ des dépenses d'action sociale auprès de personnes en situation de fragilité économique, sociale ou physique (GIR 5 et 6). Ce montant était évalué à plus de 660 M€ en 2010 ;
- ◆ une contribution versée chaque année à la CNSA en compensation de la prise en charge par l'APA des personnes en dépendance partielle (GIR 4), que la branche vieillesse avait à sa charge jusqu'en 2002. Le montant de cette contribution est de 66,6 M€ en 2010⁴⁷, dont 41,5 M€ à la charge de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Tableau 31 : Estimations des dépenses de la branche retraite en faveur des personnes âgées dépendantes (M€)

	2003	2010
Dépenses d'action sociale	581,6	660,7
Contribution au FFAPA / CNSA	61,0	66,6
Total	642,6	727,3

Source : Cour des comptes (2005) ; Direction du budget (2010).

- ◆ **les exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les particuliers employeurs, et plus particulièrement les personnes âgées dépendantes employant une aide à domicile, sont estimées à 1 Md€ :**

Ces exonérations, non remboursées par l'État, restent à la charge de la sécurité sociale.

- ◆ **Au total, les dépenses des régimes de base en faveur des personnes âgées dépendantes peuvent être évaluées à près de 15 Md€ :**

Tableau 32 : Estimation des dépenses des régimes de base en faveur des personnes âgées dépendantes (Md€)

	2003	2010 (convention « usuelle »)	2010 (convention DREES)
ONDAM médicosocial « personnes âgées » GIR 1 à 4	3,3	6,8	6,8
ONDAM médicosocial « personnes âgées » GIR 5 et 6	-	0,3	0,3
Estimation des dépenses hospitalières et de soins de ville	3,9	5,0	1,5
<i>Dont Soins de ville</i>	2,3	3,0	1,5
<i>Dont Soins hospitaliers</i>	1,6	2,0	NC
Dépenses de soins en USLD	1,9	0,9	1,2
Dépenses d'action sociale	0,7	0,7	0,7
Exonérations de charges sociales de particuliers employeurs	0,8*	1,0	1,0

Sources : Commission des comptes de la sécurité sociale ; Cour des comptes (2005) ; direction du budget (2010) ; DREES (2010).

*Notes : Faute de données précises sur les exonérations de charges sociales bénéficiant en 2003 aux personnes âgées dépendantes, le chiffre de l'année 2003 a été retenu en appliquant au chiffre brut le ratio de dépense bénéficiant aux dépendants observés en 2010.

⁴⁷ Arrêté du 7 juillet 2010 fixant pour 2010 le montant de la participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse au financement de la CNSA. Ex : CNAV : 41,5M€ ; RSI : 9M€ ; CCMSA : 8M€ ; CANSSM : 3 M€ ; État : 2M€ [...] Caisse de retraite du personnel de l'Opéra de Paris : 923€.

3.2.2. Les dépenses des collectivités locales sont en forte croissance sous l'effet de l'APA

3.2.2.1. En charge des prestations d'action sociale, les départements contribuent à la dépendance à hauteur de 5 Md€

Avec les lois de décentralisation, les départements ont, sauf exception, la charge des prestations d'aide sociale au nombre desquelles l'aide sociale aux personnes âgées qui recouvre les dépenses d'APA, celles de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et plus marginalement, les dépenses de l'aide à domicile.

Les dépenses consacrées par les départements aux personnes âgées dépendantes ne font pas l'objet d'une évaluation fiabilisée. En effet, outre des problèmes de périmètre communs à toutes les aides à la dépendance des personnes âgées, il doit être noté que celles-ci font l'objet de deux suivis statistiques distincts effectués par la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et l'ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée).

Le groupe a estimé que les dépenses des départements au titre de la dépendance étaient constituées :

- ♦ de la part départementale de l'APA (3,9 Md€ en 2010) ;

Tableau 33 : Dépenses d'APA à charge des départements (Md€)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)
Montant brut de l'APA	0	0	1,7	3,21	3,55	3,88	4,24	4,49	4,75	4,94	5,3
Versement de la CNSA	0	0	0,64	1,37	1,28	1,29	1,35	1,41	1,53	1,48	1,4
Dépenses d'APA à charge des départements	0	0	1,06	1,84	2,27	2,59	2,89	3,08	3,22	3,46	3,9

Source : ODAS ; calculs du rapporteur (2010)

- ♦ de l'ASH nette (1,2 Md€) ;
- ♦ de l'action sociale aux personnes âgées dépendantes (82M€).

3.2.2.2. Les financements communaux seraient relativement modestes

Les dépenses des communes en faveur des personnes âgées dépendantes, dont les montants sont mal connus, sont pour l'essentiel consacrées à des actions en faveur du maintien à domicile (cf. *supra*).

Selon la direction du budget, ces montants se sont élevés en 2009 à 170 M€. Aucune donnée pour l'année 2010 n'est encore disponible.

3.2.3. La CNSA vient compléter les financements apportés par les départements et les caisses de sécurité sociale

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle a pour mission de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, de manière égale sur l'ensemble du territoire.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Pour accomplir sa mission, la CNSA s'est vue attribuée quatre ressources, dont les deux premières sont deux nouvelles ressources fiscales directement affectées à la CNSA :

- ◆ la contribution solidarité autonomie (CSA), corollaire de la « journée de solidarité » ;
- ◆ la contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.
- ◆ le versement d'une fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité ;
- ◆ la participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse.

En 2010, le concours apporté à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées par la CNSA sur ses ressources propres s'élève à près de 2,9 milliards d'euros, soit près de 11% de la dépense publique totale consacrée à la prise en charge de la perte d'autonomie.

Tableau 34 : Ressources propres de la CNSA (M€)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	2011 (p)
Contribution sociale généralisée	940	1 022	1 040	1 122	1 099	1 115	1 145
Contribution solidarité autonomie	1 948	2 085	2 175	2 296	2 207	2 252	2 318
Participation des régimes d'assurance vieillesse	62	63	65	65	66	67	68
Total des produits de la CNSA (hors produits financiers)	2 950	3 170	3 280	3 483	3 372	3 434	3 531
Produits financiers		11	40	62	45	10	10
Total des produits de la CNSA (hors produits financiers)	2 950	3 181	3 320	3 545	3 417	3 444	3 541

Sources : Annexes 8 aux PLFSS 2005 à 2011.

Configuré en six sections distinctes, le budget de la CNSA assure le financement de plusieurs actions publiques en faveur de la dépendance. Pour l'essentiel, il s'agit :

- ◆ du financement de l'APA (1,5 Md€ en 2008), sous forme d'acomptes versés aux départements. Au total, la CNSA finance environ un tiers des dépenses totales d'APA ;
- ◆ du financement d'établissements et de services médicosociaux (0,9 Md€ en 2008) ; en effet, depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, les régimes d'assurance maladie transfère chaque année les crédits inscrits sur l'ONDAM médicosocial à la CNSA. Celle-ci y ajoute sa propre contribution, et en assure la gestion et la répartition ;
- ◆ du cofinancement d'opérations d'investissement (0,4 M€). Initialement prévues à titre provisoire par les LFSS 2006 et 2007, les opérations de cofinancement dans le secteur médicosocial sont devenues pérennes à la suite de la LFSS 2008⁴⁸.

Tableau 35 : Concours de la CNSA à la prise en charge de la dépendance (Md€)

	2008	2009	2010
Financement des établissements ou services sociaux ou médicosociaux	930	NC	NC
Financement de l'APA	1572	NC	NC
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers	66	NC	NC
Dépenses d'animation, prévention et études	10	NC	NC
Cofinancement d'opérations d'investissement	390	NC	NC
Total	2968	NC	NC

Source : CNSA.

⁴⁸ Article 69 de la loi n° 2007-1786 du 13 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

3.2.4. L'État intervient principalement par le biais des dépenses fiscales

La contribution de l'État au financement de la dépendance des personnes âgées se fait via deux principaux canaux:

- ◆ d'une part, les dépenses liées à l'APL (Aide personnalisée au logement) et à l'ALS (Allocation de logement à caractère social), pour un montant de 406 M€ en 2010 ;
- ◆ d'autre part, de nombreuses dépenses fiscales, évaluées à 644 M€. Cet ensemble de dépenses fiscales est particulièrement hétérogène et laisse apparaître une sédimentation complexe et peu lisible de dispositifs. Il apporte néanmoins une aide aux personnes âgées dépendantes, notamment à celles qui paient l'impôt sur le revenu.

Les autres dépenses directes de l'État restent marginales⁴⁹.

Au total, la contribution de l'État s'est élevée en 2010 à près de 1 Md€, soit près de 4% du financement public.

Concernant les dépenses fiscales, il doit être noté que leur estimation soulève trois difficultés majeures.

La première est conventionnelle. Actuellement, les dépenses fiscales consacrées à la dépendance peuvent être classées en trois catégories (cf. tableau n° 36) :

- ◆ les exonérations d'impôt sur le revenu de prestations de dépendances ;
- ◆ les allègements fiscaux spécifiquement ciblés sur la dépendance ;
- ◆ les allègements fiscaux non ciblés sur la dépendance, mais qui bénéficient en partie aux personnes âgées dépendantes.

Le périmètre de ces dépenses pourrait néanmoins être élargi aux autres dépenses fiscales bénéficiant à l'ensemble des retraités et non aux seules personnes dépendantes en particulier les dépenses fiscales résultant des modalités particulières de calcul de l'impôt sur le revenu susceptibles de bénéficier à des personnes dépendantes (cf. tableau n° 37), ou de certains allègements d'impôts locaux comme le plafonnement de taxe d'habitation.

La seconde difficulté concerne la précision de l'évaluation. Si le chiffrage des réductions d'impôt spécifiques à la dépendance ne pose pas de problème particulier, les montants estimés pour les autres dépenses fiscales sont plus incertains :

- ◆ le chiffrage des exonérations est, par définition, moins fiable que celui des réductions ;
- ◆ le chiffrage des allègements fiscaux non ciblés sur la dépendance, mais qui bénéficient en partie aux personnes âgées dépendantes, repose sur des hypothèses conventionnelles et peut pâtir d'un manque d'information sur le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires.

Enfin, la troisième limite réside sur la non prise en compte des rétroactions des dépenses fiscales. En effet, la DLF chiffre les dépenses fiscales de manière brute, sans prendre en compte les effets induits par celles-ci. Par exemple, les dépenses qui diminuent le revenu imposable contribuent à réduire la base de calcul de la CSG et des impôts locaux, et donc leurs montants respectifs⁵⁰.

Cette méthode minore l'incidence complète des dépenses fiscales.

⁴⁹ Les crédits consacrés aux personnes âgées dans le programme 157 « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité et égalité des chances » s'élèvent à 2,3 M€ d'autorisation d'engagement (AE) et de crédits de paiement (CP).

⁵⁰ Cf. *Les personnes âgées dépendantes*, rapport public de la Cour des comptes, novembre 2005, p. 137.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 36 : Synthèse des exonérations fiscales de l'État en faveur de la dépendance (tous GIR)

Intitulé de la dépense fiscale	Numéro de la dépense fiscale	Date de création	Référence juridique	Nombre de bénéficiaires (2011)	Montants 2003	Montants 2004	Montants 2005	Montants 2006	Montants 2007	Montants 2008	Montants 2009	Montants 2010	Montants 2011
Prestations exonérées d'IR													
Exonération d'IR de l'APA	120205	1986	Article 81-2° du CGI	1 097 000 ménages	105	130	190	210	250	100	85	90	90
Dépenses fiscales spécifiquement ciblées sur la dépendance													
Réduction d'IR pour frais d'hébergement	110213	1988	Article 199 quindecies du CGI	320 000 ménages	40	50	50	50	115	140	161	175	175
Taux réduit de TVA applicable aux appareillages, ascenseurs et équipements spéciaux - Part bénéficiant aux personnes âgées dépendantes	730203	1987	Article 278 quinquies du CGI	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	10
Crédit d'IR applicable aux dépenses d'équipements de l'habitation principale	110236	2005	Article 200 quater A du CGI	73 100 ménages	-	-	-	30	30	30	32	30	30
Taux réduit de TVA applicable aux opérations portant sur le logement social - Part bénéficiant aux personnes âgées dépendantes	730214	1999	Article 279 i du CGI	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	30
Autres allègements fiscaux bénéficiant pour partie aux personnes dépendantes													
Réduction d'IR pour l'emploi d'un salarié à domicile - Part bénéficiant aux personnes âgées dépendantes	110214	1991	Article 199 sexdecies-1 à 3 et 5 du CGI	220 000 ménages	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	244
Taux réduit de TVA applicable aux services à la personne - Part bénéficiant aux personnes âgées dépendantes	730210	2007	Article 278 sexies-1-2, 3, 3 bis, 3 ter, 3 quater, 3 septies, 3 octies, 4, 5, 7 et 9	NC	-	-	-	-	-	NC	NC	NC	10

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Intitulé de la dépense fiscale	Numéro de la dépense fiscale	Date de création	Référence juridique	Nombre de bénéficiaires (2011)	Montants 2003	Montants 2004	Montants 2005	Montants 2006	Montants 2007	Montants 2008	Montants 2009	Montants 2010	Montants 2011
Réduction d'IR applicable au régime LMNP (« loueurs en meublé non professionnels »)	110250	2008	Article 199 sexvicies du CGI	0	-	-	-	-	-	-	-	20	20
Exonération de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) en faveur des contrats d'assurance-dépendance - <u>Part bénéficiaire aux personnes âgées dépendantes</u>	560104	1997	Articles 199 du CGI	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	36
Total tous GIR													644

Source : Tome II de l'annexe aux PLF « Voies et moyens » pour les années 2003 à 2011 ; DLF pour le chiffrage 2011 de la part consacrée aux personnes âgées dépendantes.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 37 : Modalités particulières de calcul de l'impôt sur le revenu susceptibles de bénéficier à des personnes dépendantes

Libellé du dispositif et référence	Effectif et incidence budgétaire	Présentation et commentaires succincts
Majoration de quotient familial accordée aux contribuables invalides (CGI, art. 195, 1, c, d, d bis, 195,3 à 5)	340 M€ 1,395 million foyers concernés	Les majorations du quotient familial prévu en faveur des invalides ont essentiellement pour objet d'atténuer la charge fiscale des grands infirmes civils, c'est-à-dire des personnes titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles et accordée pour une invalidité de 80 % au moins. Il suffit également d'une incapacité militaire ou du travail d'au moins 40 % pour bénéficier de l'avantage fiscal.
Majoration du quotient familial en faveur des personnes âgées de plus de 75 ans titulaires de la carte du combattant ou d'une pension militaire d'invalidité (CGI, art. 195,1, f et 195, 6)	195 M€ 424.000 foyers concernés	Le montant de l'avantage maximum en impôt procuré par cette demi-part supplémentaire est de 2 336 € pour les revenus perçus en 2010. Cet avantage est complété, pour les contribuables concernés par ce plafonnement, par une réduction d'impôt spécifique égale au maximum à 661 € en 2010. La demi-part supplémentaire accordée aux anciens combattants âgés de plus de 75 ans, ou à leurs veuves sous la même condition d'âge, constitue une exception au système du quotient familial puisqu'elle ne correspond à aucune charge effective, ni à une charge de famille. Par ailleurs, elle ne correspond pas nécessairement à une charge liée à une invalidité.
Déduction des frais d'accueil des personnes âgées de plus de 75 ans (CGI, art. 156, II, 2° ter)	1 M€ 2 200 foyers concernés	Les contribuables qui accueillent sous leur toit une personne âgée de plus de 75 ans, et dont le revenu imposable n'excède pas le plafond de ressources fixé pour l'octroi des allocations supplémentaires versées par le fonds de solidarité vieillesse et le fonds spécial d'invalidité peuvent déduire de leur revenu les avantages en nature (logement, nourriture...) consentis à ces personnes en l'absence d'obligation alimentaire. Ces avantages peuvent être déduits pour leur montant réel dans la limite de 3 359 € par personne recueillie pour les revenus de l'année 2010. Cette mesure a pour principal objet de venir en aide aux personnes dans le besoin. Elle constitue le complément du dispositif de versement de pensions alimentaires pour les personnes envers lesquelles le contribuable a une obligation alimentaire en cas de besoin (ascendants notamment).
Abattement sur le revenu imposable accordé notamment aux invalides de condition modeste (CGI, art. 157 bis)	245 M€ 6 166 000 foyers concernés	Les contribuables âgés de plus de 65 ans et les invalides, quel que soit leur âge, bénéficient d'un abattement sur le revenu net global qui s'élève pour l'imposition des revenus de 2010 à : - 2.312 €, si le revenu net global n'excède pas 14.220 € ; - 1.156 €, si le revenu net global est compris entre 14.221 € et 22.930 €. Cet abattement qui a pour objectif de limiter la charge fiscale notamment des personnes invalides de condition modeste introduit des effets de seuils brutaux lors du passage du grand au petit abattement et à la sortie de celui-ci puisque pour un euro de revenu imposable supplémentaire, la perte de l'abattement est de 1.156 € dans un cas comme dans l'autre.
Abattement de 10 % sur les pensions et retraites (CGI, 158 5 a)	2 700 M€ 13 100 000 ménages	Les personnes retraitées bénéficient pour la détermination du montant imposable de leurs pensions d'un abattement spécifique de 10 %. Cet abattement est encadré par un minimum et un maximum indexés sur le barème de l'impôt sur le revenu, et il s'apprécie au niveau du foyer fiscal. Pour l'imposition des revenus 2011, le minimum et le maximum s'établissent respectivement à 374 € et 3 660 €.

Source : DLF.

4. Le ratio dépenses publiques / dépenses totales laisse apparaître un taux de couverture public important

Sur la base de ces estimations, il est possible de procéder à une évaluation des concours respectifs des dépenses publiques et privées à la dépendance. **Ces estimations, qui donnent un ordre de grandeur, doivent toutefois être considérées avec précaution :**

- ◆ elles reposent sur des données de sources différentes, et parfois anciennes ou approximatives ;
- ◆ **elles sont fondées sur un périmètre essentiellement conventionnel.**

Suivant les hypothèses retenues pour le périmètre des dépenses de dépendance, **le taux de couverture publique de la dépendance serait compris entre 68% et 77% ; dans son acception la plus large, issue des travaux de la Cour des comptes, il serait proche de 70%.**

Tableau 38 : Poids respectif des dépenses publiques et privées pour les trois composantes de la dépendance (perte d'autonomie, soins et hébergement) suivant les quatre conventions de calcul (2010)

	Périmètre « usuel » de la Cour des comptes		Périmètre DREES pour les soins		Périmètre « usuel » hors dépenses de « gîte et de couvert »		Périmètre DREES pour les soins et hors dépenses de « gîte et de couvert »	
	Montants (Md€)	% du total	Montants (Md€)	% du total	Montants (Md€)	% du total	Montants (Md€)	% du total
Dépenses publiques GIR 1 à 4	22,4	70%	18,9	68%	22,4	77%	18,9	76%
Dépenses publiques GIR 5 et 6	1,5		1,5		1,5			
Dépenses privées	10,4	30%	9,8	32%	7,0	23%	6,3	24%
Total	34,3	-	30,2	-	30,9	-	26,8	-

Source : Calculs du rapporteur.

Cependant, ce taux de couverture est loin d'être homogène entre les trois sources de surcoûts engendrés par la dépendance, ainsi qu'entre lieux de résidence.

4.1. Les dépenses liées à la perte d'autonomie et aux soins apparaissent largement socialisées

4.1.1. La dépendance *stricto sensu* est pour l'essentiel couverte par des dépenses d'origine publique

La couverture de la dépendance *stricto sensu* est en très grande partie assurée par des sources d'origine publique (près de 82% du montant total, hors prise en compte du soutien des aidants).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 39 : Poids respectif des dépenses publiques et privées pour la dépendance *stricto sensu* (2010, GIR 1 à 4 uniquement)

	Montants (Md€)	% du total
Dépenses publiques GIR 1 à 4	6,8	82%
Dépenses privées GIR 1 à 4	1,5	18%
Total	8,3	-

Source : Calculs du rapporteur.

Toutefois, si l'on devait prendre en compte le soutien des aidants, et la saturation des plafonds de l'APA, ce constat devrait être nuancé.

4.1.2. À l'inverse, les coûts liés à l'hébergement sont, en raison des niveaux de reste à charge en établissements, principalement couverts par les personnes âgées ou leur famille

Concernant le RAC au titre de l'hébergement, les dépenses privées couvrent la plus grande partie des dépenses des personnes âgées dépendantes (près de 81% du total) en raison du poids des coûts d'hébergement en établissements.

Toutefois, si l'on retranche du RAC en établissement les dépenses de « gîte et de couvert », le taux de couverture remonte à 28%.

Tableau 40 : Poids respectif des dépenses publiques et privées pour l'hébergement (2010, GIR 1 à 4 uniquement)

	Montants selon la méthode « usuelle » de la Cour des comptes (Md€)	% du total (méthode « usuelle »)	Montant hors dépenses de « gîte et de couvert » (Md€)	% du total hors dépenses de « gîte et de couvert »
Dépenses publiques GIR 1 à 4	1,9	19%	1,9	28%
Dépenses privées GIR 1 à 4	8,2	81%	4,8	72%
Total	10,1	-	6,7	-

Source : Calculs du rapporteur.

4.1.3. Les dépenses de soin sont pour l'essentiel socialisées

Suivant les conventions retenues, entre 95% et 99% des dépenses de soins des personnes dépendantes sont prises en charge par l'assurance maladie ou la CMUC (avant intervention des organismes complémentaires).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe I – Présentation du compte financier de la dépendance

Tableau 41 : Poids respectif des dépenses publiques et privées pour les soins (2010, GIR 1 à 4 uniquement)

	Montants selon la méthode « usuelle » (Md€)	% du total (méthode « usuelle »)	Montants selon la méthode DREES	% du total (méthode DREES)
Dépenses publiques GIR 1 à 4	13,7	95%	10,2	99%
Dépenses privées brutes (hors prise en charge des organismes complémentaires) GIR 1 à 4	0,7	5%	0,1	1%
Total	14,4	-	10,3	-

Source : Calculs du rapporteur.

4.2. La dépendance à domicile apparaît davantage solvabilisée que celle en établissement

Si le taux de couverture publique de la dépendance est proche de 70%, il doit toutefois être distingué suivant la nature de l'hébergement de la personne âgée.

En conservant les hypothèses précédentes, on constate que la dépendance à domicile bénéficie d'une solvabilisation supérieure de onze points à celle en établissement.

4.2.1. Les dépenses à domicile bénéficient d'un taux de couverture par la puissance publique de 86%

À domicile, le financement public représente près de 86% des dépenses engendrées par la dépendance des personnes âgées. Ce taux de couverture résulte, pour l'essentiel, de l'APA (3,5 Md€), des dépenses de soin (3,1 Md€), et de l'exonération de cotisations sociales pour l'emploi à domicile (1 Md€).

Tableau 42 : Répartition des dépenses publiques et privées pour la dépendance à domicile (GIR 1 à 4, 2010)

		Montant (M€)	% du total
Dépenses privées	Ticket modérateur de l'APA à domicile	568	14%
	Dépenses de soin	725	
	<i>Sous-total dépenses privées</i>	<i>1 293</i>	
Dépenses publiques	APA	3 476	86%
	Soins de ville et d'hospitalisation	3 070	
	Dépenses fiscales	417	
	Dépenses sociales	996	
	<i>Sous-total dépenses publiques</i>	<i>7 959</i>	
Total dépenses publiques et privées GIR 1 à 4		9 252	

Source : Calculs du rapporteur.

Champ : Périmètre « usuel » pour les dépenses de soins.

Note : Les soins de ville et d'hospitalisation sont, par convention et faute d'information, répartis au prorata du nombre de personnes dépendantes vivant à domicile au 30 septembre 2010.

4.2.2. Plus faible qu'à domicile, le taux de couverture en établissement s'élève toutefois à 72%

Le taux de couverture par la puissance publique de la dépense liée à la dépendance en établissement est inférieur au taux de couverture à domicile ; celui-ci s'élève à environ 61% des dépenses pour les GIR 1 à 4. **Toutefois, hors dépenses de « gîte et de couvert », le taux de couverture en établissement s'élève à 72%**, soit quatorze points de moins qu'à domicile. À l'inverse, il doit être relevé que le reste à charge, plus élevé en établissement, est subi moins longtemps qu'à domicile⁵¹.

Comme mentionné supra, ce taux de couverture est inégal suivant les postes de dépense :

- ◆ la presque totalité des dépenses privées résultent du poste « hébergement » ;
- ◆ à l'inverse, les dépenses publiques sont, pour l'essentiel, concentrées sur le poste « soin », avec une dépense totale de plus de 10 Md€.

Tableau 43 : Répartition des dépenses publiques et privées pour la dépendance en établissement (GIR 1 à 4, 2010)

		Montant suivant la méthode « usuelle » (M€)	% du total suivant la méthode usuelle	Montant hors dépenses de « gîte et de couvert » (M€)	% du total hors dépenses de « gîte et de couvert »
Dépenses privées	Ticket modérateur de l'APA en établissement	917	38,8%	917	28,4%
	Tarif hébergement	8 232		4 796	
	<i>Sous-total dépenses privées</i>	9 149		5 713	
Dépenses publiques	APA	1 820	61,2%	1 820	71,6%
	ONDAM médicosocial	6 807		6 807	
	USLD	990		990	
	Soins de ville et d'hospitalisation	1 930		1 930	
	ASH nette	967		967	
	Aides au logement	335		335	
	Actions de la CNSA pour les établissements	1 378		1 378	
	Dépense fiscale	180		180	
	<i>Sous-total dépenses publiques</i>	14 407	14 407		
Total dépenses publiques et privées GIR 1 à 4		23 556	-	20 120	-

Source : Calculs du rapporteur.

Champ : Périmètre « usuel » pour les dépenses de soins.

Note : Par ASH nette, il faut entendre le montant de l'ASH nette des seules participations des bénéficiaires calculées par application du barème national ; ce montant n'est ni net des participations des obligés alimentaires, ni des récupérations sur succession.

Note : Les soins de ville et d'hospitalisation sont, par convention et faute d'information, répartis au prorata du nombre de personnes dépendantes vivant en établissement au 30 septembre 2010.

⁵¹ Le RAC en établissement ne dure, en moyenne, qu'un peu plus de deux années ; cf. *La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne, Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007*, DREES, Études et résultats n° 724, avril 2010.

ANNEXE II

Éléments financiers saisis au niveau des ménages

SOMMAIRE

1. L'HÉBERGEMENT À DOMICILE LAISSE APPARAÎTRE DES TAUX D'EFFORT SENSIBLEMENT DIFFÉRENTS SUIVANT LE GIR.....	1
1.1. Les aides publiques à domicile reposent sur l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'aide fiscale et les exonérations de cotisations patronales	1
1.2. Des simulations réalisées à partir de « cas types » montrent des différences très sensibles de taux d'effort, au bénéfice des personnes âgées en GIR 4	3
1.2.1. <i>En GIR 1, le taux d'effort apparaît variable et relativement élevé, allant jusqu'à près de 60% du revenu pour des plans excédant de 50% le plafond.....</i>	<i>4</i>
1.2.2. <i>Les taux d'effort en GIR 2, plus homogènes, sont compris entre 15% et 20% des revenus jusqu'à 115% du plafond.....</i>	<i>7</i>
1.2.3. <i>En GIR 3, les taux d'effort pour des plafonds inférieurs à 115% du plafond sont compris entre 10 et 15% des revenus</i>	<i>10</i>
1.2.4. <i>Avec des taux d'effort compris entre 5% et 15% du revenu pour des plans inférieurs à 115% du plafond, le GIR 4 entraîne des taux d'effort modérés.....</i>	<i>13</i>
2. EN MAISON DE RETRAITE, LE RESTE À CHARGE MOYEN, QUI S'ÉLÈVAIT EN 2007 À 1468 € PAR MOIS, DIFFÈRE FORTEMENT SUIVANT LE CHOIX DE RECOURIR À L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT (ASH).....	17
2.1. Une étude de la DREES portant sur les maisons de retraite permet d'apprécier les dépenses privée et publique en établissement.....	17
2.2. Les aides publiques en établissement s'élèvent en moyenne à 471 € par mois.....	18
2.3. La variation de l'aide publique avec le revenu indique un caractère progressif	20
2.4. À chaque niveau de revenu, l'aide publique est très variable.....	21
2.5. Le RAC, qui dépend beaucoup du statut de l'établissement, apparaît plus élevé dans le parc privé à but lucratif.....	23
2.6. L'ASH joue un rôle déterminant dans la réduction des RAC	24

1. L'hébergement à domicile laisse apparaître des taux d'effort sensiblement différents suivant le GIR

Les dépenses individuelles exposées à domicile ne sont actuellement pas connues, notamment en raison de l'absence de données concernant celles qui se situent au dessus des plafonds de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie).

1.1. Les aides publiques à domicile reposent sur l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'aide fiscale et les exonérations de cotisations patronales

Les personnes âgées dépendantes à domicile bénéficient de **trois principales aides publiques** :

- ◆ l'APA à domicile ;

Encadré 1 : Les caractéristiques de l'APA à domicile

L'APA :

- est une prestation affectée ;
- ne concerne que les personnes classées en GIR 1 à 4 ;
- fait l'objet d'un plan personnalisé dont la valeur est plafonnée en fonction du GIR :
 - les plafonds augmentent avec la gravité de la dépendance ;
 - 72% des plans ont une valeur inférieure au plafond ; le plan moyen en septembre 2010 est de 66% du plafond en GIR 4 ; de 73% en GIR 3 ; de 74% en GIR 2 et de 81% en GIR 1.
- l'aide publique baisse avec le revenu (elle est égale au plan pour les ménages à petit revenu et se stabilise à 10% du plan pour les ménages aux revenus les plus élevés). Les bornes du barème sont communes à tous les GIR. Le plafond d'exonération est égal à 0,67 de la MTP soit 695€ / mois au 01/04/2010. L'aide publique est égale à 10% du plan pour les revenus égaux ou supérieurs à 2,67 fois la MTP soit 2771,5€ / mois.

Comme les bornes du barème sont communes à tous les GIR et que la dépense croît avec la gravité de la dépendance, l'élasticité de l'aide diminue du GIR 1 au GIR 4 : ainsi une augmentation de un euro de l'assiette de l'APA se traduit, pour un plan au plafond, par une baisse de l'aide publique de 0,54€ en GIR 1 ; de 0,46€ en GIR 2 ; de 0,34€ en GIR 3 et 0,23€ en GIR 4.

- ◆ une aide fiscale ;

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Encadré 2 : Les modalités d'attribution de l'aide fiscale

Les emplois à domicile font l'objet d'une réduction d'impôt de 50% de la dépense éligible dans la limite d'un plafond. Ce plafond est, pour l'imposition des revenus de l'année 2010, de 13 500€ pour une personne isolée de plus de 65 ans¹, soit une réduction d'impôt pouvant atteindre 6 750€ par an. Il permet « d'abriter » un nombre d'heures élevé (si on retient une valeur conventionnelle de 18€ de l'heure – soit 16,2€ après déduction de l'apport du département pour une personne dont le revenu est égal à 2,68 fois la majoration pour tierce personne (MTP) – on peut rémunérer 69,4 heures par mois dans le plafond de la réduction d'impôt, 92,6 la première année).

Par ailleurs, la dépense éligible est retenue après déduction des aides publiques (en l'espèce, la part de l'APA à la charge du département ou les aides des caisses vieillesse pour les personnes en GIR 5 et 6).

En outre, il doit être noté que la réduction d'impôt :

- ne concerne par définition que les ménages imposables et croît avec le revenu. Elle est effective dès le seuil d'imposition (1317€ par mois pour une personne isolée ne percevant que des pensions de retraite) et augmente avec le revenu (puisque le montant de l'impôt sur lequel on impute les dépenses éligibles augmente lui-même avec le revenu. Les plafonds cités ci-dessus sont saturés pour des revenus supérieurs à 3728€ par mois et la réduction d'impôt est alors égale à 562,5 € par mois ;
- bénéficie au contribuable l'année qui suit l'emploi.

- ◆ une exonération de cotisation sociale.

Encadré 3 : Les exonérations de cotisations sociales patronales pour les personnes âgées

Deux populations de personnes jugées « fragiles » peuvent bénéficier d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale :

- les personnes âgées de 70 ans ou plus bénéficient d'une exonération partielle (franchise de cotisations patronales de sécurité sociale appliquée sur une rémunération égale à 65 SMIC horaires par mois, dans la limite du montant des cotisations dues).
- Les personnes étant dans une situation de dépendance bénéficient d'une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale. Il s'agit :
 - des parents d'un enfant handicapé ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
 - des personnes titulaires :
 - de l'élément de la prestation de compensation affectée à un besoin d'aides humaines y compris, le cas échéant, celles apportées par les aidants familiaux ;
 - ou d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, de la législation des accidents du travail ou d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.
 - des personnes âgées d'au moins 60 ans, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
 - des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie requise pour prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie, indépendamment de l'âge et des ressources.

Source : DREES.

¹ Ce plafond peut être porté à 20 000 € par an en cas d'invalidité. Il est également majoré de 3 000 € par an au titre de la première année d'emploi d'un salarié à domicile en emploi direct.

1.2. Des simulations réalisées à partir de « cas types » montrent des différences très sensibles de taux d'effort, au bénéfice des personnes âgées en GIR 4

Faute de données sur la population « réelle » des personnes dépendantes à domicile, **une analyse sur des « cas type » a été conduite. Les simulations ont été réalisées sur la base des hypothèses suivantes :**

- ◆ la personne âgée dépendante (non-invalide) est allocataire de l'APA ;
- ◆ 90% de son plan d'aide concerne un emploi à domicile ;
- ◆ pour chaque GIR (groupe iso-ressources) quatre niveaux de plans sont suivis :
 - le plan moyen ;
 - le plan plafonné ;
 - un plan égal à 115% du plafond
 - un plan égal à 150% du plafond;
- ◆ l'APA et la dépense fiscale sont consolidées (dans la réalité, elles sont déconnectées car la dépense fiscale est décalée d'une année) ;
- ◆ le plafond retenu est le plafond applicable pour les années qui suivent la première année d'emploi.

Ces simulations, qui sont présentées dans la suite de cette annexe, permettent d'établir plusieurs constats relatifs aux aides publiques, aux restes à vivre² (RAC) et aux taux d'effort des bénéficiaires.

Concernant les aides publiques, deux éléments méritent d'être soulignés :

- ◆ leur niveau augmente avec le GIR et le montant du plan ;
- ◆ elles diminuent avec le revenu ; ainsi, on n'observe pas pour la majorité des cas de courbe « en U » (même si on a une très légère augmentation pour les ménages à haut revenu dans certaines des situations type étudiées).

Concernant les taux d'effort, on peut relever les éléments suivants :

- ◆ pour les situations les plus fréquentes, le taux d'effort en GIR 4 reste modéré (au dessous de 5%) ;
- ◆ pour les situations les plus « tendues », le taux d'effort est plus important (plan au plafond en GIR 1 par exemple), sans jamais dépasser 30% tant que le plan reste inférieur ou égal au plafond ; pour les simulations portant sur des plans à 150% du plafond, les taux d'effort apparaissent assez atypiques à ce titre ;
- ◆ le taux d'effort, très bas pour les ménages exonérés de toute participation à l'APA, augmente avec le revenu, puis reste assez stable pour de larges plages de revenu et diminue ensuite ;
- ◆ pour les plans qui dépassent le plafond de l'APA, le taux d'effort des ménages modestes augmente sensiblement puisque la personne dépendante supporte à 100% le coût de l'emploi au dessus du plafond. L'augmentation est « amortie » pour les contribuables imposables grâce à la réduction d'impôt (si elle n'est pas saturée par la portion du plan égale au plafond).

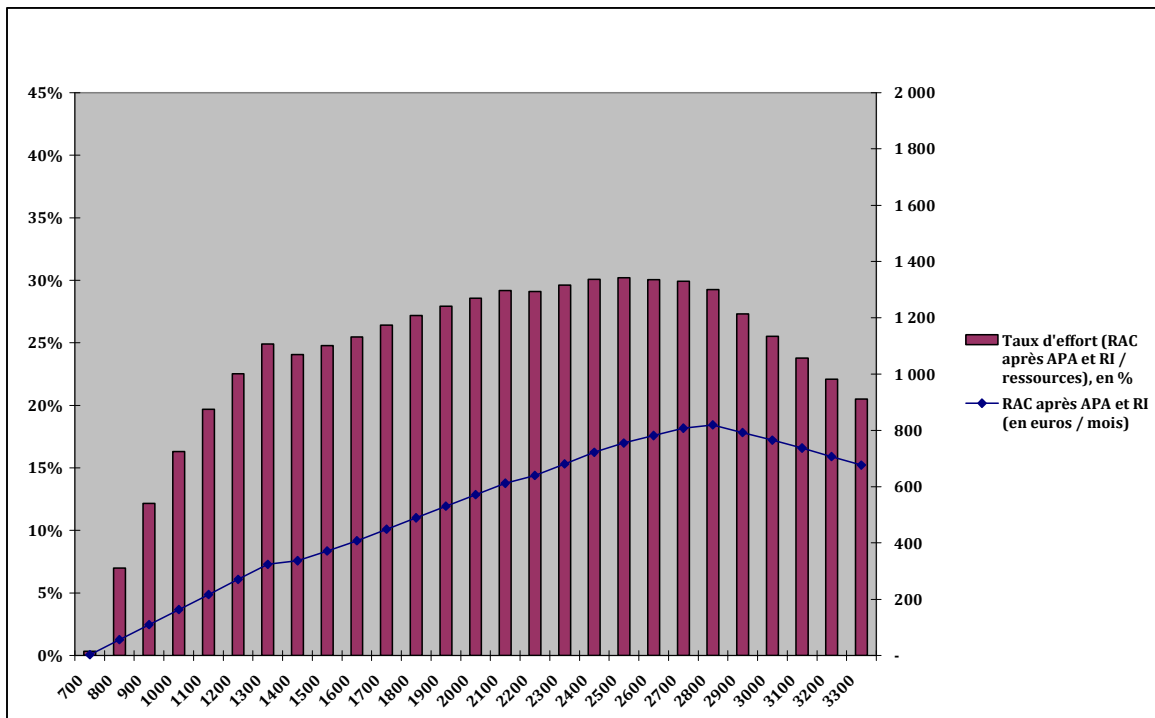
² Le reste à charge (RAC) est la différence entre les montants tarifés par les établissements et les aides publiques.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

1.2.1. En GIR 1, le taux d'effort apparaît variable et relativement élevé, allant jusqu'à près de 60% du revenu pour des plans excédant de 50% le plafond

Les graphiques suivants montrent que le taux d'effort en GIR 1 apparaît, quel que soit le cas type, relativement élevé. Pour les plans égaux à 115% du plafond, le taux d'effort dépasse ainsi 40%.

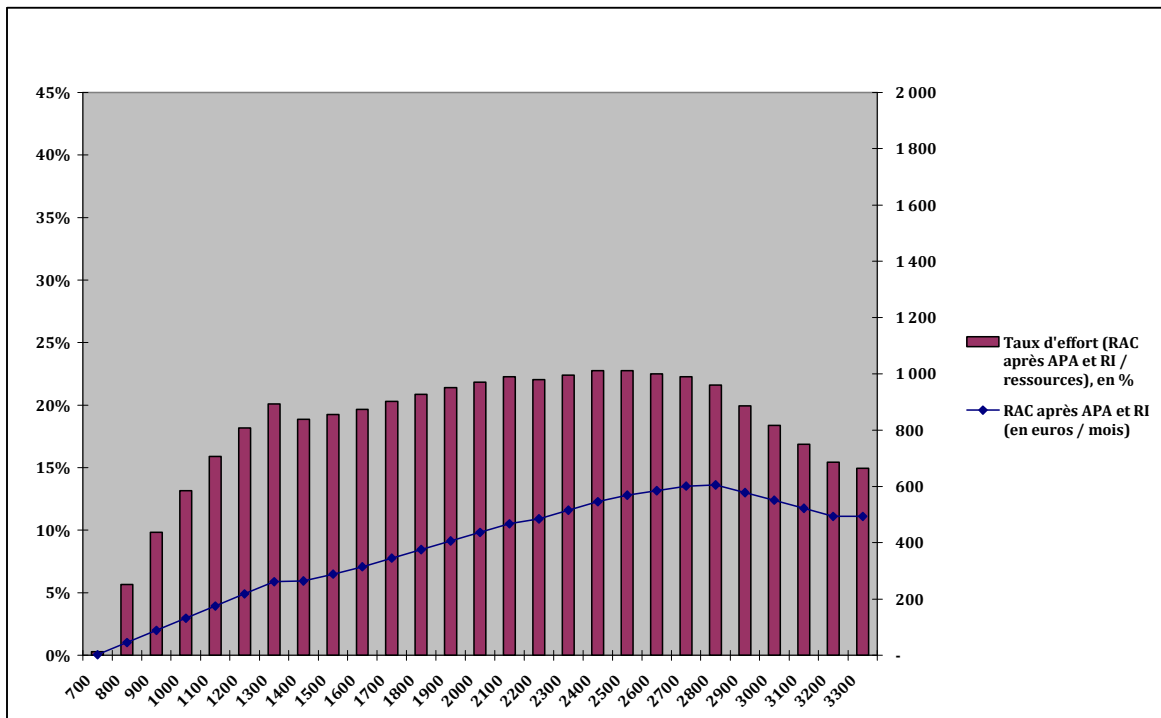
Graphique 1 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 1, dont le plan est au plafond



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

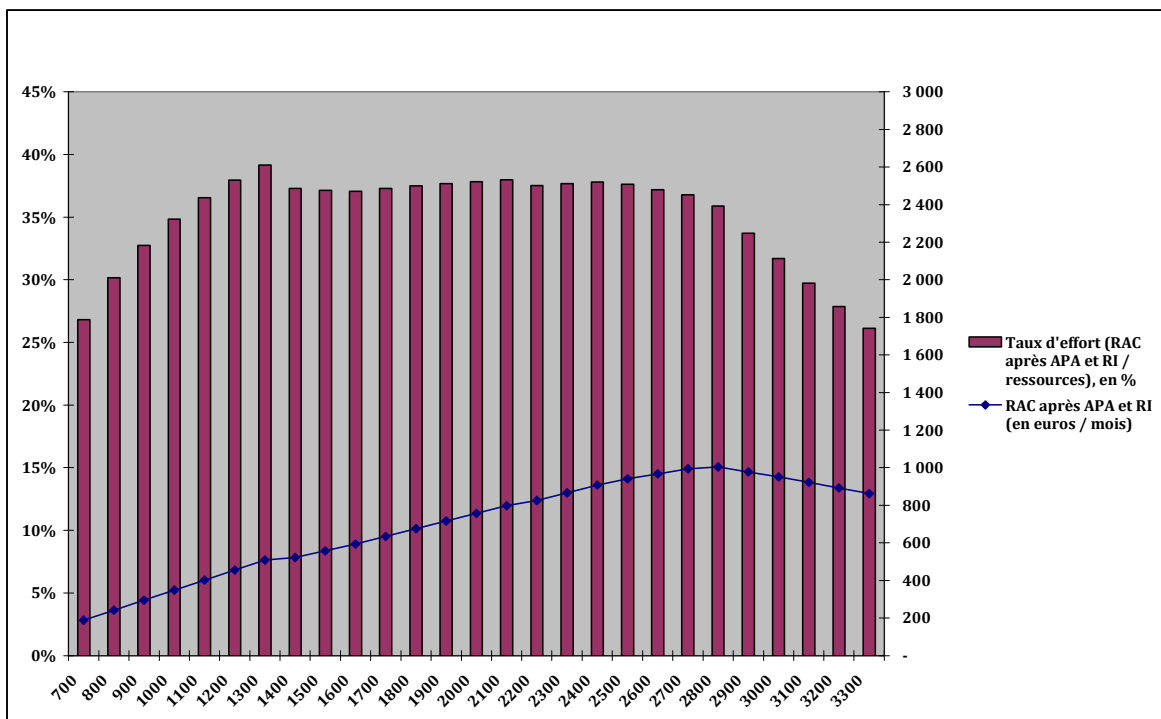
Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 2 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en **GIR 1**, dont le plan est égal au **plan national moyen**



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

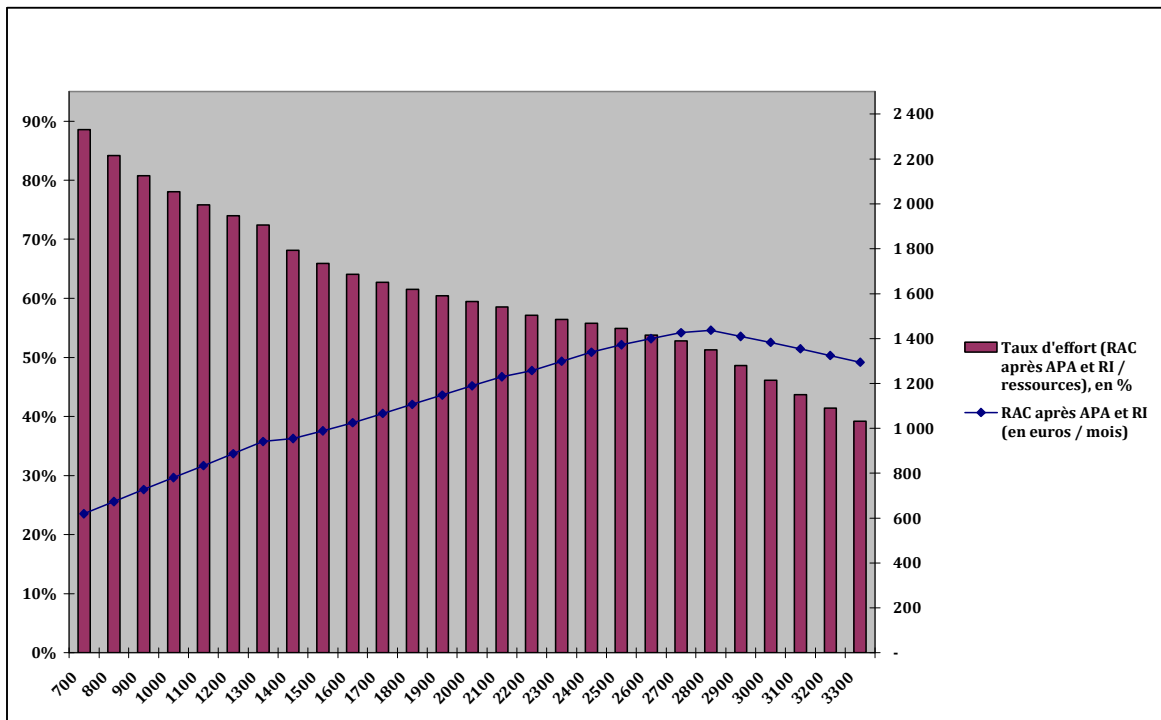
Graphique 3 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en **GIR 1**, dont le plan est égal à **115% du plafond**



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 4 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 1, dont le plan est égal à 150% du plafond

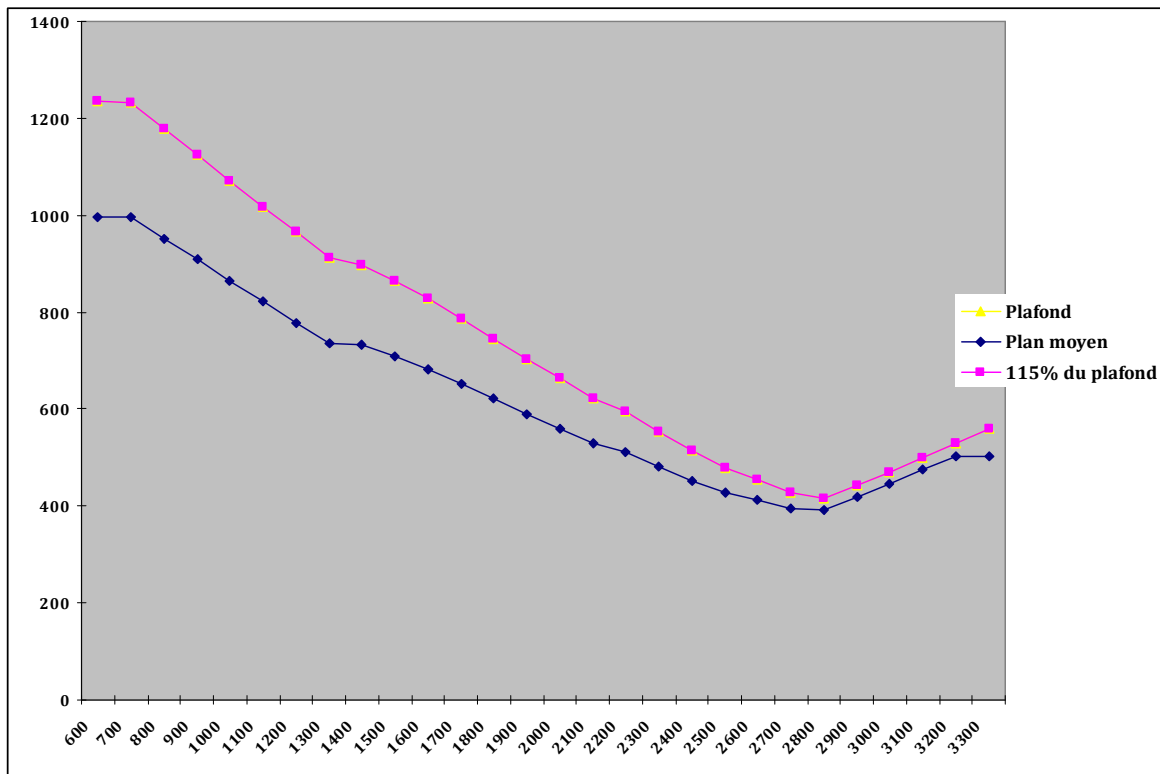


Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

Pour sa part, l'aide publique apparaît nettement progressive en fonction du revenu, malgré une légère inflexion en queue de distribution, à partir de 2 900 € par mois.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 5 : Montants moyens des aides accordées en fonction des ressources (simulations en **GIR 1** pour les trois cas types précédents)



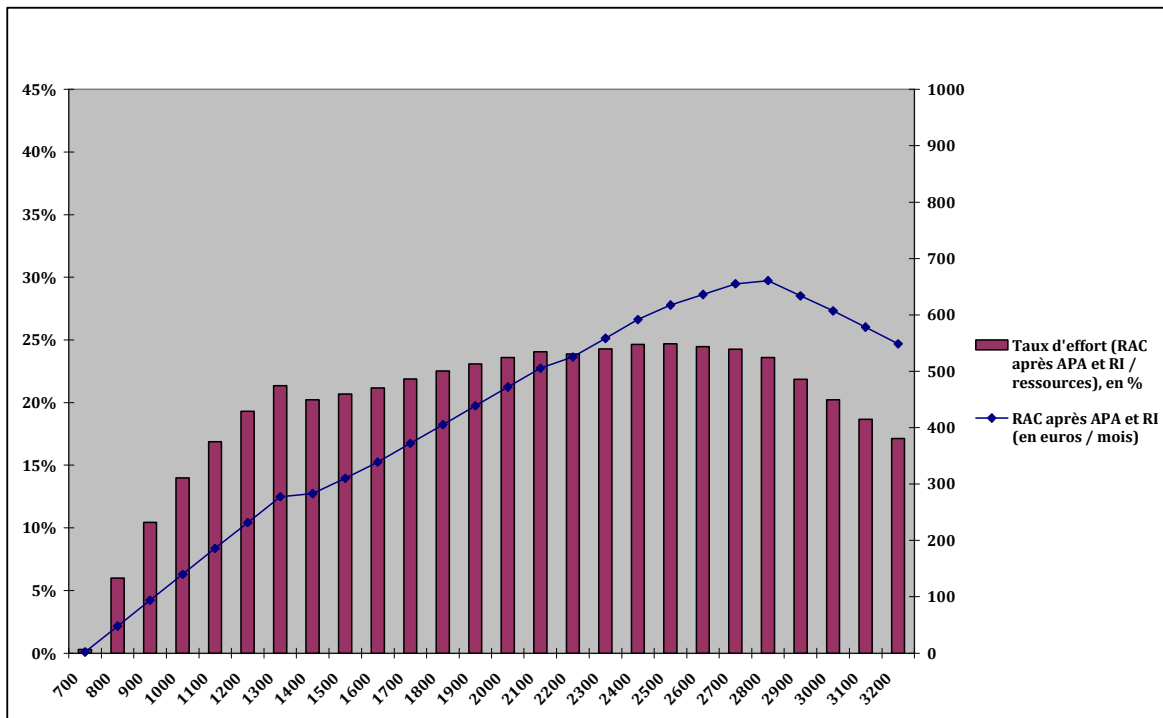
Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

1.2.2. Les taux d'effort en GIR 2, plus homogènes, sont compris entre 15% et 20% des revenus jusqu'à 115% du plafond

Compris entre 15% et 20% des revenus jusqu'à 115% du plafond, les taux d'effort en GIR 2 sont également relativement élevés ; néanmoins, ils sont deux fois plus faibles qu'en GIR 1, et surtout beaucoup moins dispersés.

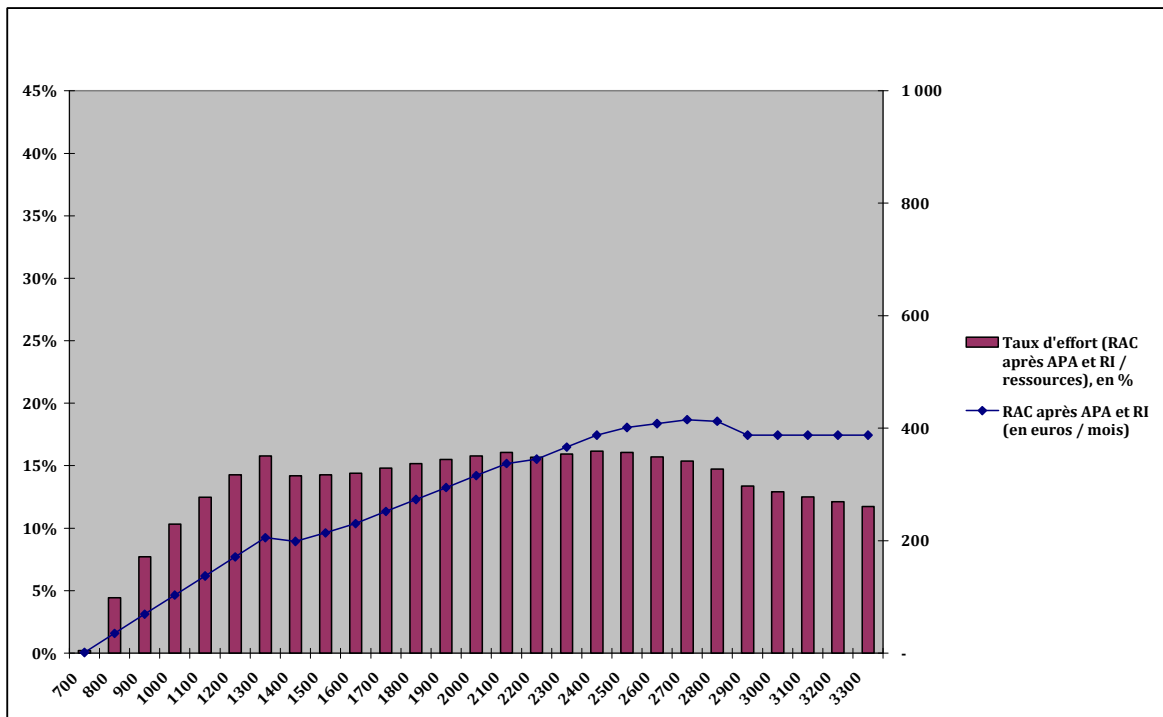
Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 6 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 2, dont le plan est au plafond



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

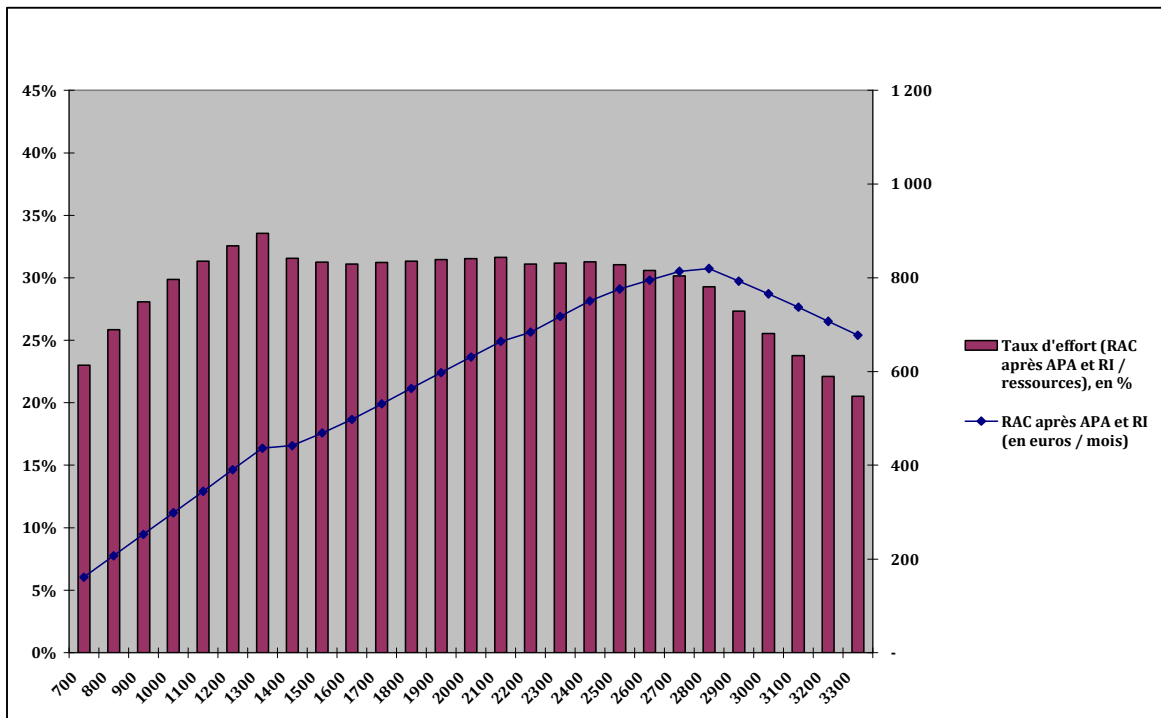
Graphique 7 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 2, dont le plan est égal au plan national moyen



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

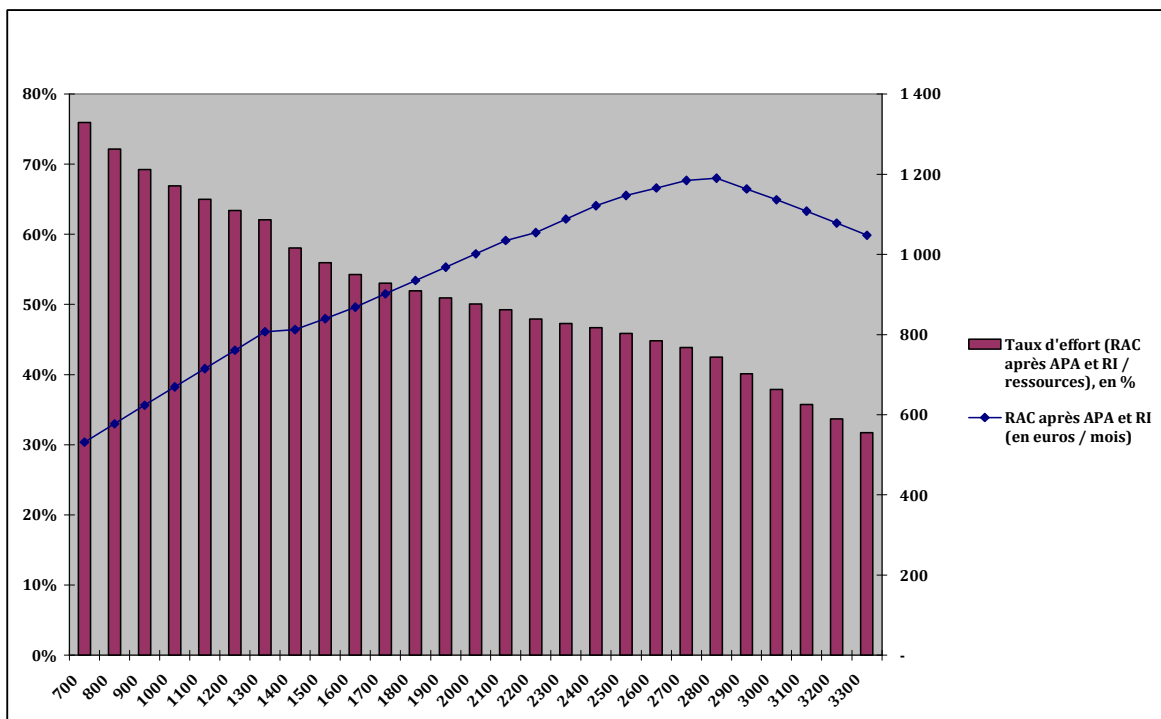
Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 8 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 2, dont le plan est égal à 115% du plafond



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

Graphique 9 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 2, dont le plan est égal à 150% du plafond

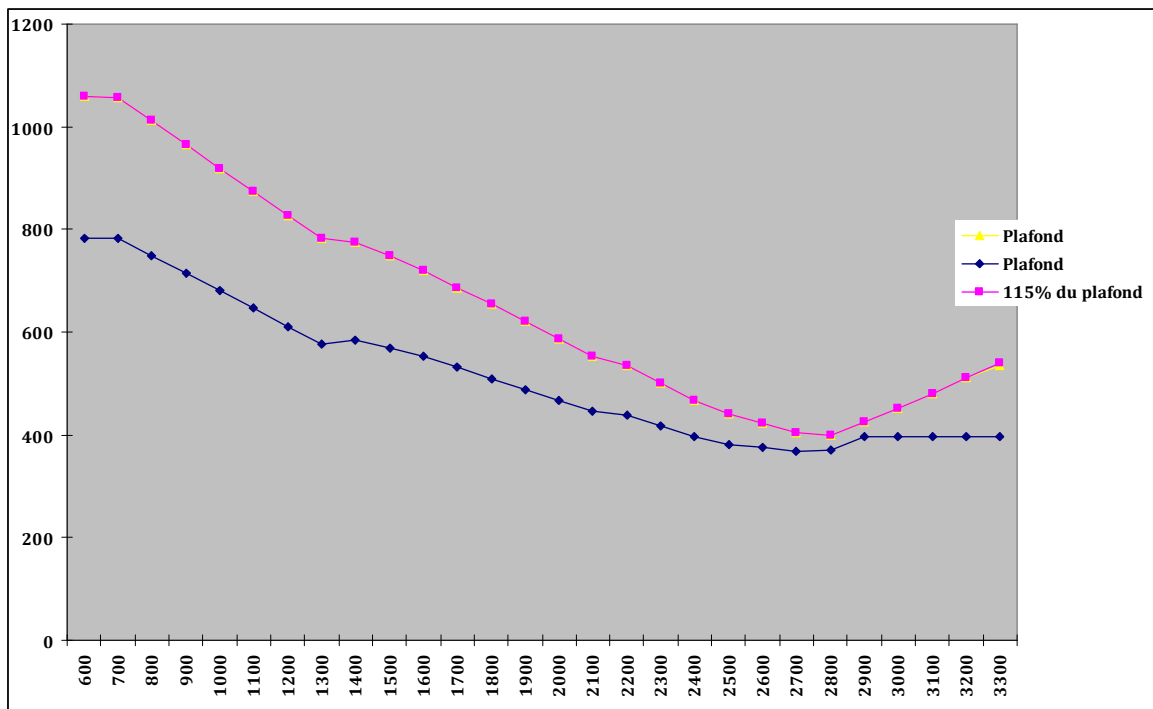


Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Comme pour le GIR 1, l'aide publique apparaît nettement progressive en fonction du revenu. Par ailleurs, on peut également relever que la progressivité est d'autant plus forte que le plan est élevé.

Graphique 10 : Montants moyens des aides accordées en fonction des ressources (simulations en GIR 2 pour les trois cas types précédents)



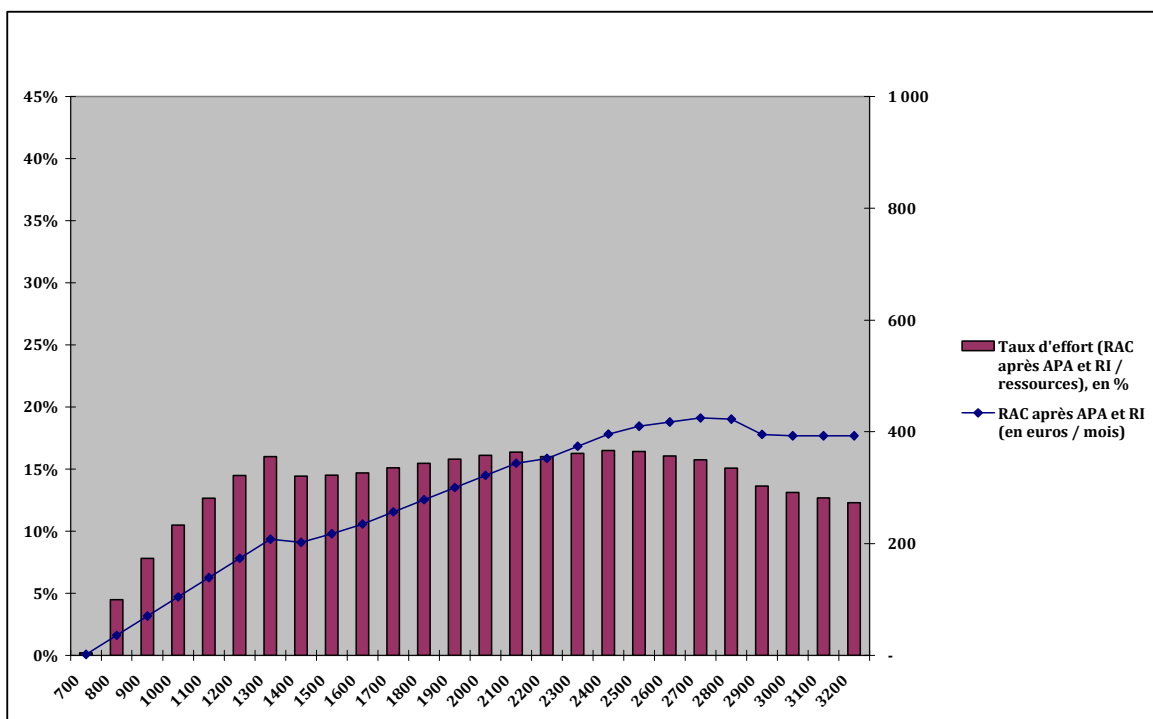
Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

1.2.3. En GIR 3, les taux d'effort pour des plafonds inférieurs à 115% du plafond sont compris entre 10 et 15% des revenus

De manière assez logique, les taux d'effort en GIR 3 apparaissent moins importants que pour les GIR plus élevés :

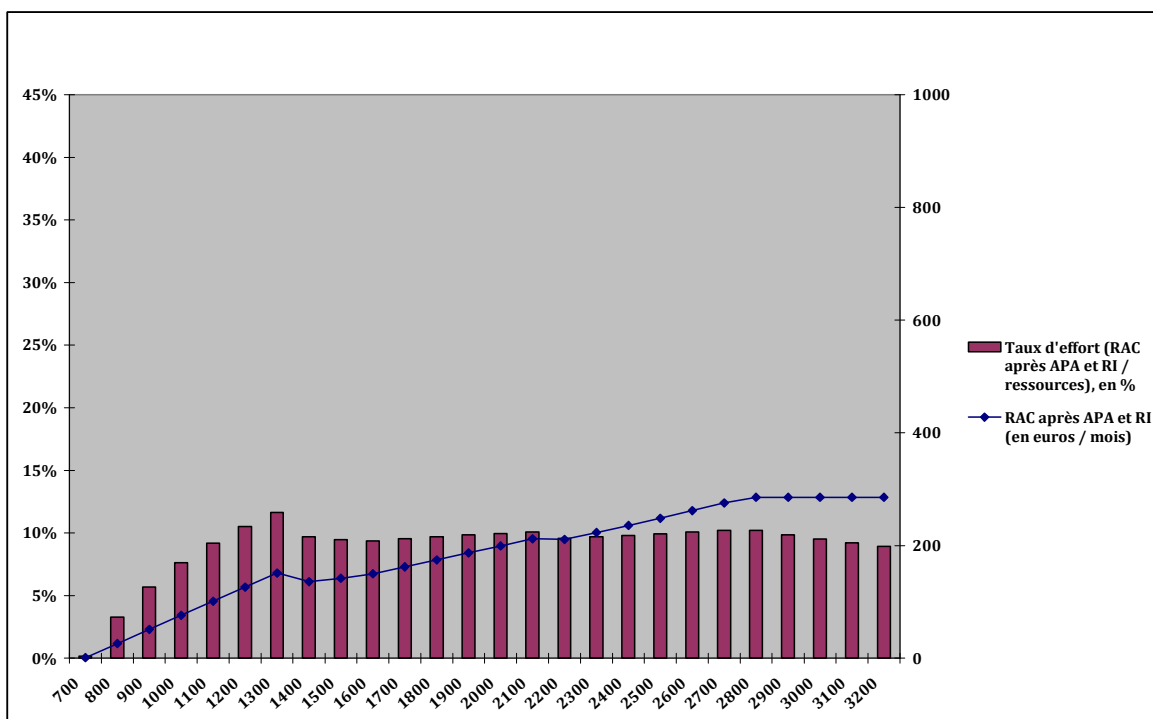
Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 11 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 3, dont le plan est au plafond



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

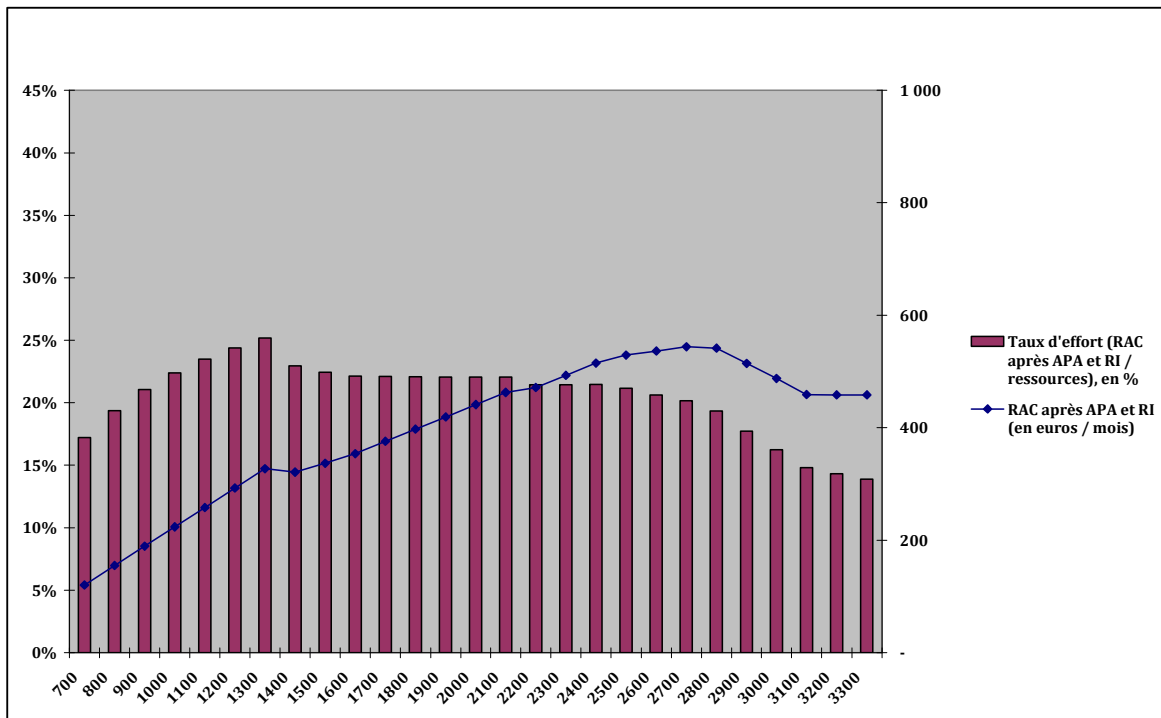
Graphique 12 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 3, dont le plan est au plan national moyen



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

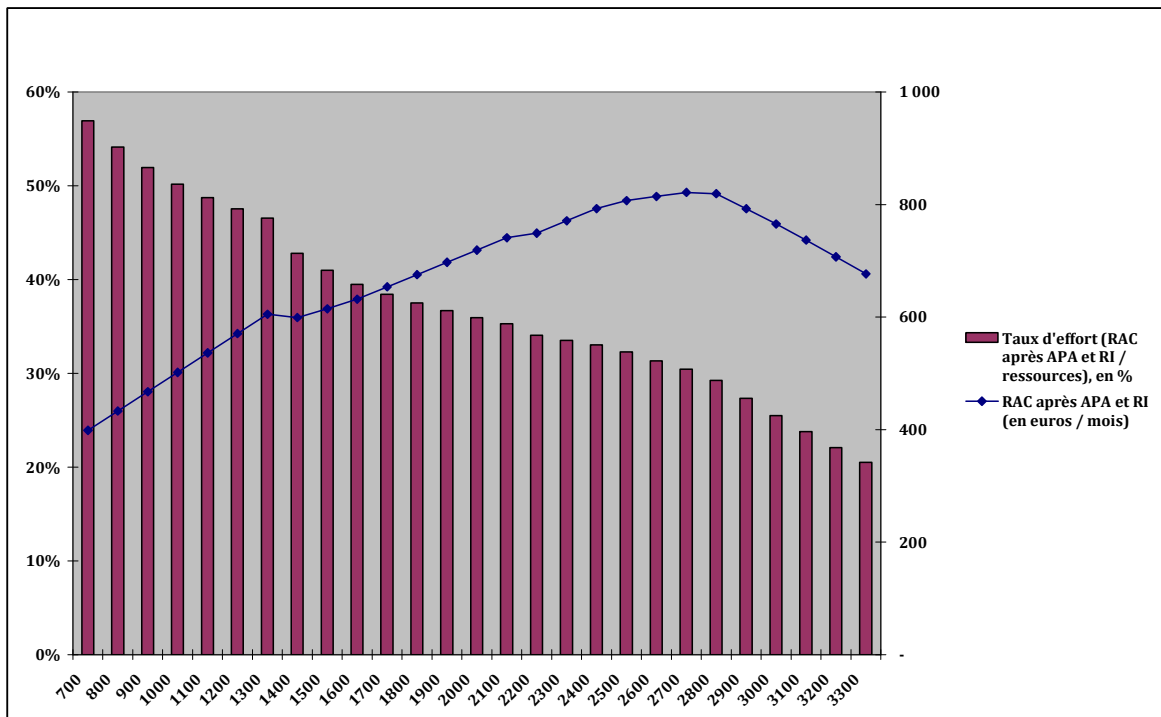
Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 13 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 3, dont le plan est égal à 115% du plafond



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

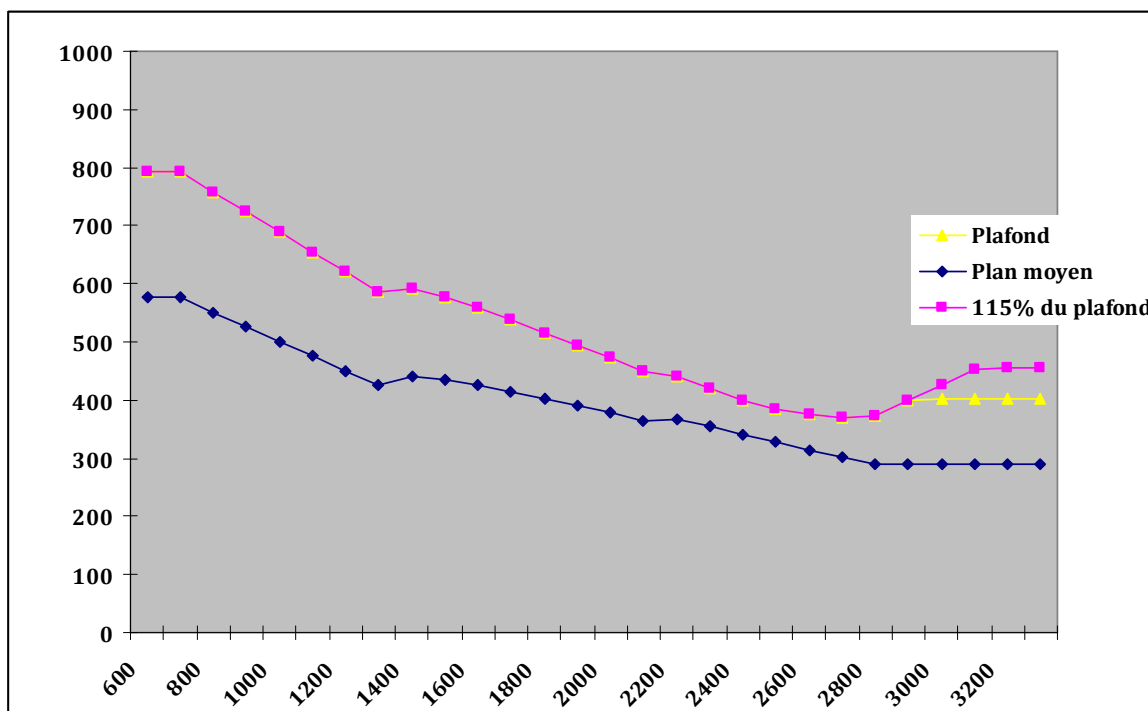
Graphique 14 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 3, dont le plan est égal à 150% du plafond



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

De même, l'aide publique en GIR 3 reste progressive, mais de manière moins marquée que pour les GIR 1 et 2.

Graphique 15 : Montants moyens des aides accordées en fonction des ressources (simulations en GIR 3 pour les trois cas types précédents)



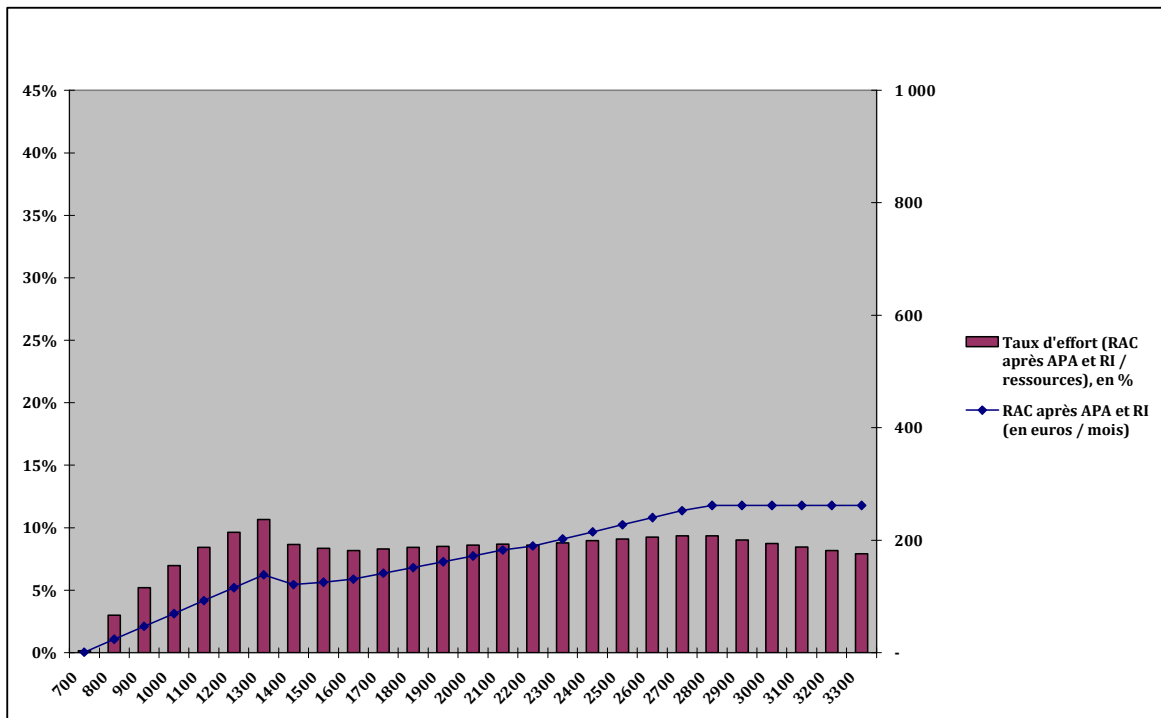
Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

1.2.4. Avec des taux d'effort compris entre 5% et 15% du revenu pour des plans inférieurs à 115% du plafond, le GIR 4 entraîne des taux d'effort modérés

Les taux d'effort en GIR 4 apparaissent nettement inférieurs à ceux des autres GIR : par exemple, pour un plan moyen, ceux-ci sont proches de 5% des revenus. Même pour des situations « atypiques » (plan égal à 150% du plafond), le taux d'effort moyen est proche de 25% du revenu.

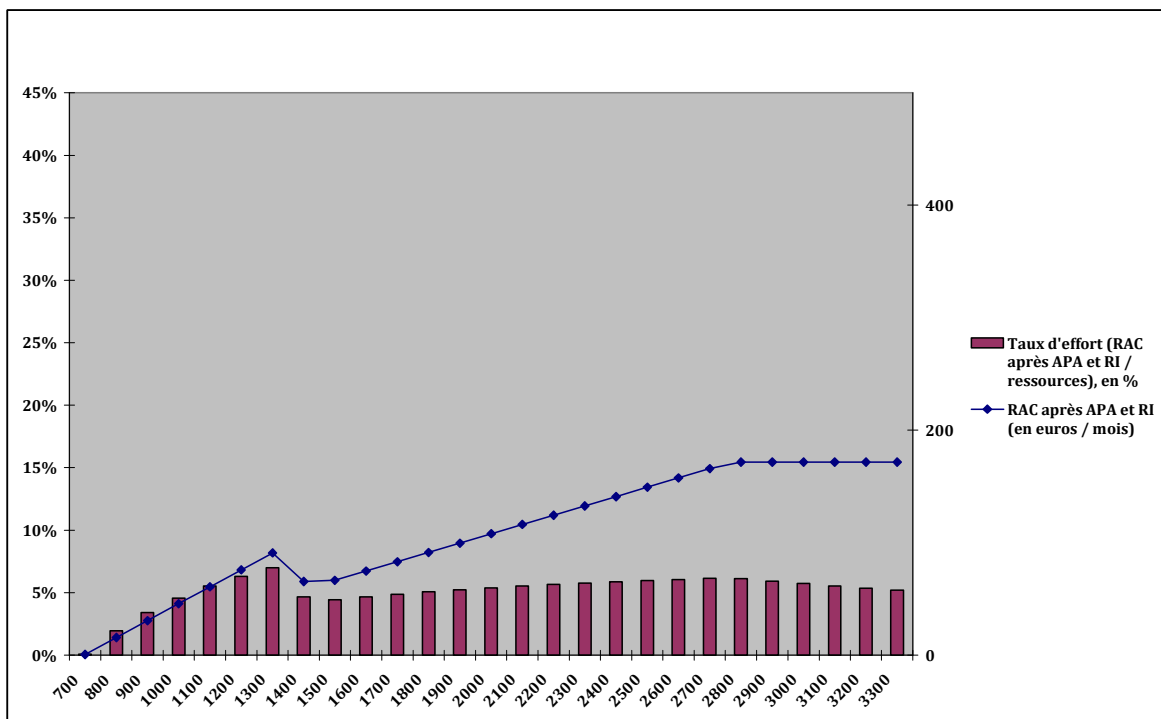
Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 16 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 4, dont le plan est au plafond



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

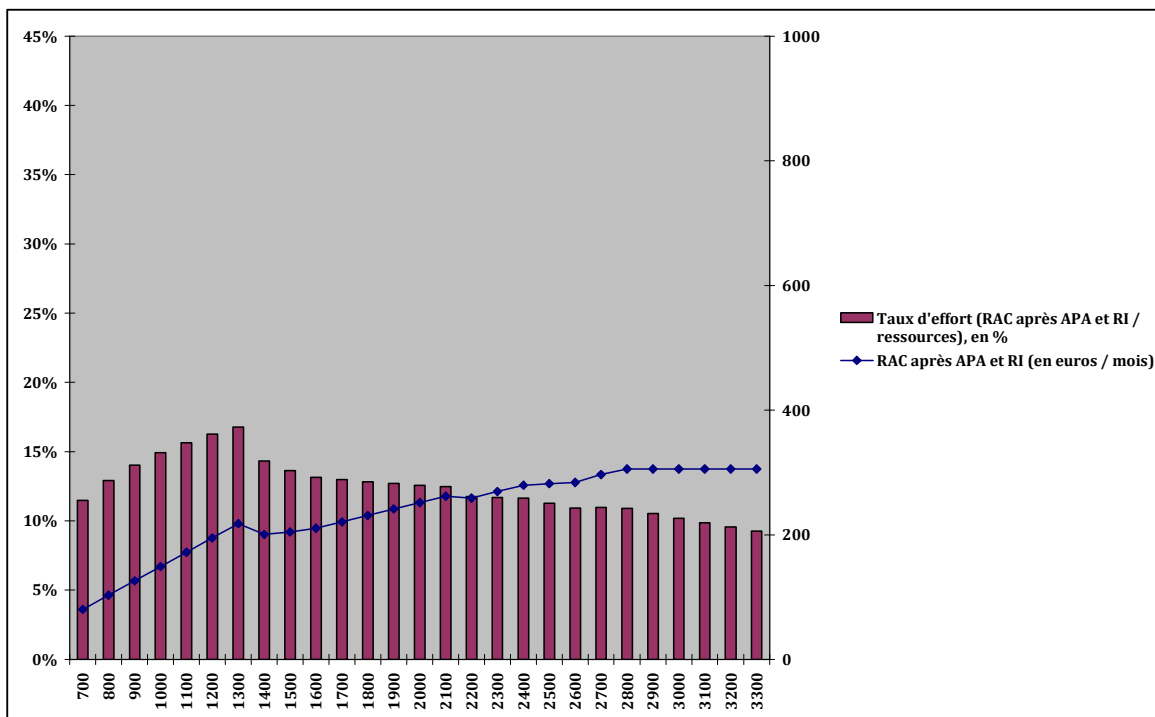
Graphique 17 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 4, dont le plan est au plan national moyen



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

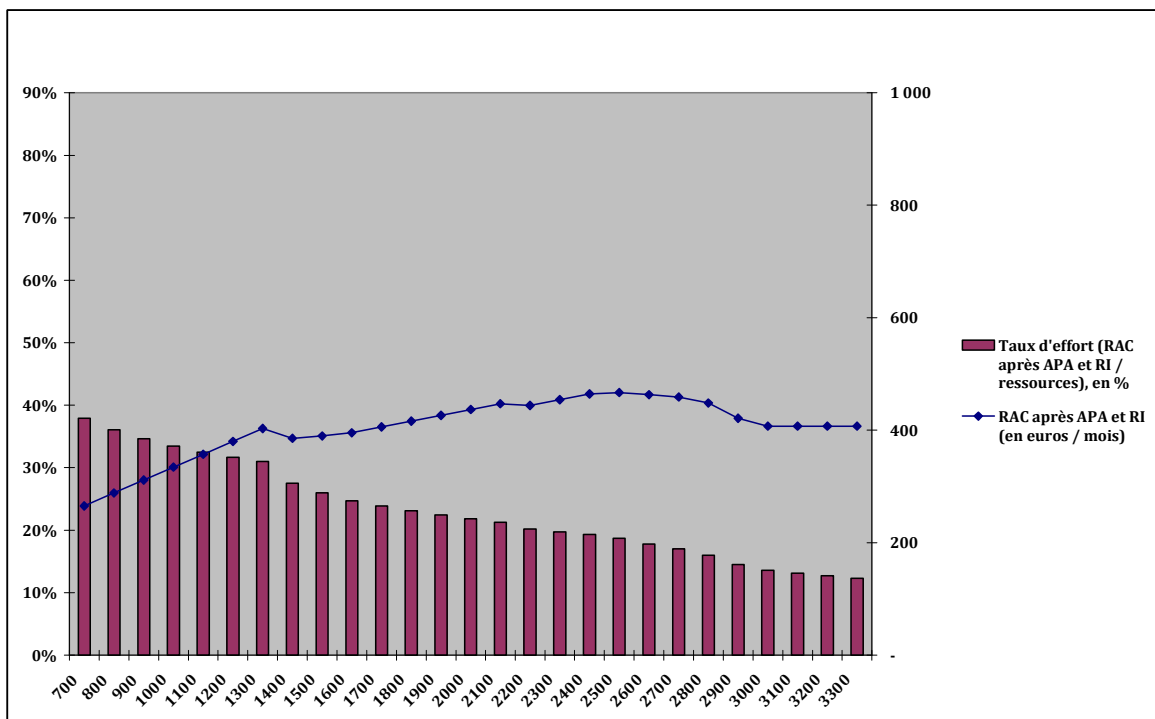
Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 18 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 4, dont le plan est à 115% du plafond



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

Graphique 19 : Simulations du taux d'effort et du RAC pour une personne en GIR 4, dont le plan est à 150% du plafond

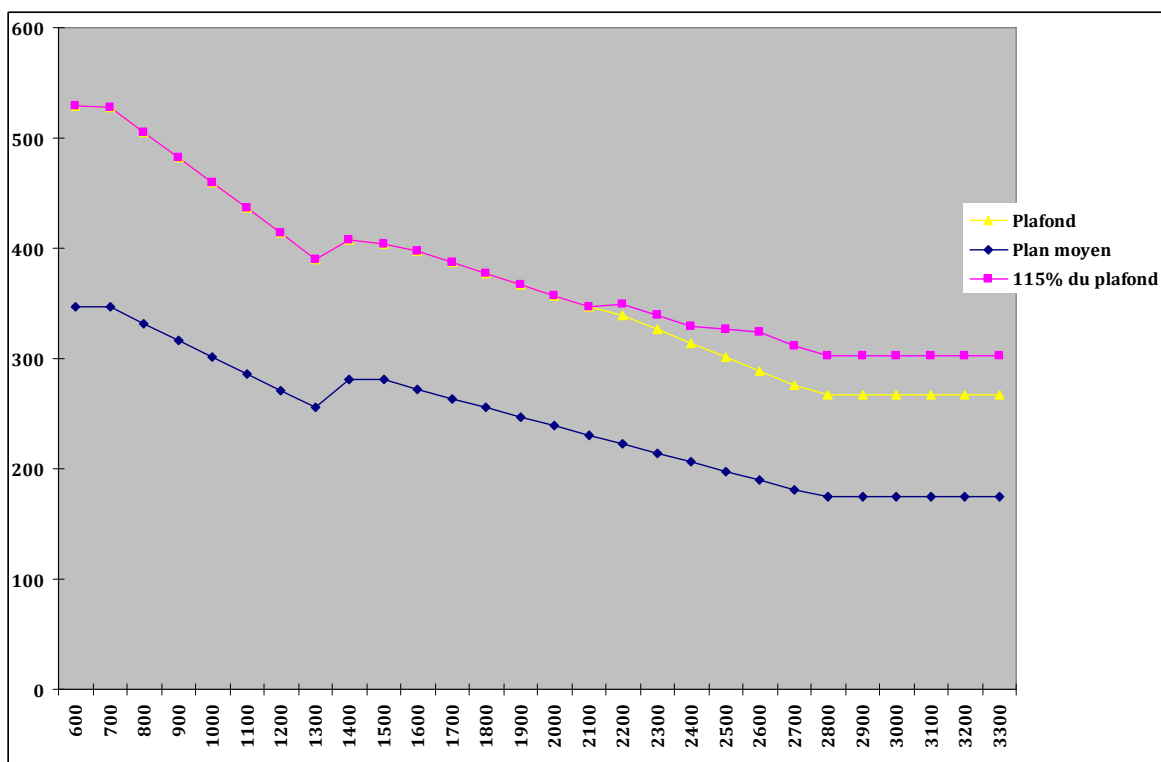


Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

Pour sa part, l'aide publique présente un caractère nettement moins progressif : ainsi, pour un plan moyen, celle-ci est comprise entre 347 € et 281€ par mois.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 20 : Montants moyens des aides accordées en fonction des ressources (simulations en GIR 4 pour les trois cas types précédents)



Source : Simulations du groupe n°4 à partir des cas-types.

2. En maison de retraite, le reste à charge moyen, qui s'élevait en 2007 à 1468 € par mois, diffère fortement suivant le choix de recourir à l'Aide sociale à l'hébergement (ASH)

2.1. Une étude de la DREES portant sur les maisons de retraite permet d'apprécier les dépenses privée et publique en établissement

Une étude récente de la direction de la recherche des études et des statistiques (DREES)³ permet d'approcher les coûts de la dépendance en établissement au niveau individuel, même si plusieurs limites méthodologiques doivent être relevées :

- ◆ l'étude porte sur les RAC en maisons de retraite (soit 450 000 résidents) ; les unités de soins de longue durée (ULSD) et les logements foyers sont donc exclus du champ ;
- ◆ la situation de l'ensemble des résidents est analysée, y compris ceux qui ne sont pas éligibles à l'APA (résidents en GIR 5 et 6) ;
- ◆ enfin, les données portent sur l'année 2007.

Il ressort de cette étude plusieurs informations importantes :

- ◆ **la dépense en établissement est de 1938 € par mois** (377 € pour la dépendance, et 1 554 € pour l'hébergement) ;
- ◆ **l'aide publique totale est de 470 € par mois**, soit un quart de la dépense (l'APA représente en moyenne 230 €, les aides au logement et l'aide sociale 209 €, et la dépense fiscale 31 €) ;
- ◆ **le RAC moyen s'élève à 1468 € par mois**, soit les trois quarts de la dépense (147 € pour la dépendance, et 1 321 € pour l'hébergement). Il est supérieur au revenu disponible courant des résidents.

Le reste à vivre⁴ (RAV) des résidents apparaît, en moyenne, globalement négatif (261€ par mois). Toutefois, ce résultat doit être interprété avec précaution. En effet :

- ◆ **d'une part, l'étude de la DREES ne prend pas en compte l'action sociale locale de la branche vieillesse et des collectivités locales ;**
- ◆ **d'autre part, les personnes les plus modestes bénéficient d'un RAV positif lorsqu'elles bénéficient de l'ASH ;** pour les ménages un peu moins modestes, non-demandeurs ou non-bénéficiaires de l'ASH, l'hébergement en établissement se traduit en revanche par un RAV négatif (mobilisation de l'épargne ou du patrimoine) ;
- ◆ enfin, la durée où le RAV est négatif est, **statistiquement, limitée dans le temps (deux ans en moyenne) ;** il existe cependant des situations, peu fréquentes, avec des durées élevées.

³ Évaluation du reste à charge en établissement, DREES, février 2011.

⁴ Le reste à vivre (RAV) est la différence entre le revenu de la personne et son RAC.

2.2. Les aides publiques en établissement s'élèvent en moyenne à 471 € par mois

Les résidents en établissement bénéficient de plusieurs aides publiques d'un montant mensuel moyen évalué par la DREES à 471 €. Ces aides sont détaillées dans le tableau suivant :

Tableau 1 : aides dont bénéficient les 449 000 résidents en maison de retraite en 2007

Aide	Aide annuelle (M€)	Effectif des bénéficiaires de l'aide	% des résidents bénéficiaires de l'aide	Montant mensuel moyen par bénéficiaire (€)	Montant mensuel moyen par résident (€)
APA	1 245	374 000	83%	277	230
Aides au logement	283	198 000	44%	119	52
<i>Dont APL</i>	176	98 000	21%	150	32
<i>Dont ALS</i>	106	100 000	22%	88	20
ASH nette	850	87 000	19%	812	157
Réduction d'impôt	166	162 000	36%	85	31
Total	2 544	450 000	-	-	471

Sources : DREES – modèle Autonomix.

Champ : France métropolitaine, résidents en maison de retraite.

Plusieurs commentaires peuvent être formulés concernant ces aides :

- ◆ 17% des résidents ne perçoivent pas d'APA. Il s'agit pour l'essentiel de personnes en GIR 5 et 6 ; ceux-ci peuvent en théorie bénéficier des aides de la branche retraite, et de l'action sociale des collectivités locales, qui ne sont pas prises en compte dans le modèle de la DREES ;
- ◆ 44% des résidents perçoivent une aide au logement (ALS ou APL). Les autres sont, compte tenu de leurs ressources, au dessus du plafond de prise en charge ;

Encadré 4 : Les aides au logement des personnes dépendantes hébergées en établissement

1/ Deux systèmes coexistent, tous deux à la charge de l'État :

- ils couvrent les maisons de retraite et les foyers pour personnes âgées ;
- l'aide personnalisée au logement (APL) en foyer est accordée aux seuls équipements conventionnés ;
- l'allocation de logement sociale (ALS) est accordée pour les autres types d'hébergement.

2/ Les aides accordées :

- sont proches de 88% de la « dépense éligible » pour les allocataires au minimum vieillesse (677 € par mois) dont l'assiette ressources est comptée pour zéro. L'aide est de 358 € en APL, soit 92% de la dépense, et 215 € en ALS, soit 88% de la dépense ;
- diminuent rapidement avec le revenu jusqu'au seuil de non versement de 15€ par mois. Le point de sortie (l'aide passe au dessous de 15 € par mois et n'est plus servie) pour une personne née avant le 1^{er} janvier 1931 est de 1450 € par mois de revenu pour l'APL en zone 1, et de 1200 € par mois pour l'ALS ;
- abritent un effet de seuil important pour des revenus juste supérieurs au minimum vieillesse : l'aide chute à 219 € en APL (soit un écart de 121€) et à 122 € en ALS (soit un écart de 101 €) ;
- sont appelées à baisser dans les prochaines années puisque l'abattement fiscal pour les personnes âgées modestes ne viendra plus en déduction de l'assiette ressources pour les personnes qui ont actuellement moins de 80 ans. Le montant de l'aide pour un revenu égal au minimum vieillesse passe à 184 € (baisse de 72 €) en APL, et à 76 € en ALS (baisse de 55 €). Le point de sortie est abaissé (il est alors de 1 280 € en APL et 1 000 € en ALS). Les personnes entre ces points de sortie perdent 15€ par mois.

3/ La dépense éligible diffère :

- selon le type d'aide :
 - pour l'APL, elle est prise en compte dans la limite d'un plafond de 386 € (en zone 2) ;
 - pour l'ALS, elle est prise en compte pour un montant forfaitaire de 195,3 € pour le loyer et 51,31 € pour le forfait de charges, soit 246,61 € ;
- selon la zone d'implantation de l'établissement, uniquement pour l'APL et avec une faible amplitude (-13% entre la zone 1 et la zone 3) ;
- l'APL moyenne est supérieure à l'ALS compte tenu notamment de la différence de dépense éligible.

4/ Les dépenses sont évaluées à 285M€ pour le seul champ des maisons de retraite (source DREES) :

- on compte 200 000 allocataires, soit 40% des résidents ;
- l'aide moyenne s'élève 119€ par mois.

- ◆ 19% des résidents perçoivent une Aide sociale au logement (ASH)⁵. Trois éléments peuvent limiter en théorie la population bénéficiaire :
 - le niveau de revenu plafond d'admission prévu dans le règlement d'aide sociale ;
 - le nombre – et la quotité – d'établissements habilités à recevoir des résidents éligibles à l'ASH ;
 - la réticence de résidents qui ne souhaitent pas rentrer dans le régime de l'ASH parce qu'il implique la mise en jeu de l'obligation alimentaire et la récupération sur succession.

Encadré 5 : Le barème de l'ASH

Les ressources de la personne âgée de quelle que nature qu'elles soient, exceptées celles provenant d'une retraite du combattant et des pensions attachées aux distinctions honorifiques (légion

⁵ Pour valoriser l'ASH, la DREES s'est référée au barème national, ce qui sous-estime l'aide publique puisque nombre de départements retiennent des règles d'assiette et de revenus plus favorables.

d'honneur), doivent être inférieures au montant des frais d'hébergement.

En cas de bénéfice à l'aide sociale, 90 % des ressources de la personne âgée (allocation logement comprise) doivent être reversées à l'établissement d'hébergement. Les 10 % restants sont laissés à sa disposition. Cette somme mensuelle ne peut être inférieure à 1% du minimum vieillesse annuel (soit 85 € par mois depuis le 1er avril 2010) pour une personne seule, montant qui est majoré du montant du minimum vieillesse mensuel lorsque la personne résidant en institution a un conjoint vivant encore à son domicile.

Source : DREES.

- ◆ 36% des résidents – ceux dont les revenus sont les plus élevés – bénéficient d'une réduction d'impôt (25% de la dépense de dépendance et d'hébergement dans la limite de 10 000€).

2.3. La variation de l'aide publique avec le revenu indique un caractère progressif

Comme on le constate sur le graphique n°1 ci-après, l'aide moyenne atteint **700 € par mois en bas de la distribution des revenus**⁶ : dans cette zone de la distribution des revenus, l'ASH, qui bénéficie majoritairement aux personnes dont le revenu est inférieur à 800 € par mois, vient compléter largement l'APA et les aides au logement dont le cumul est généralement proche de 350 € par mois.

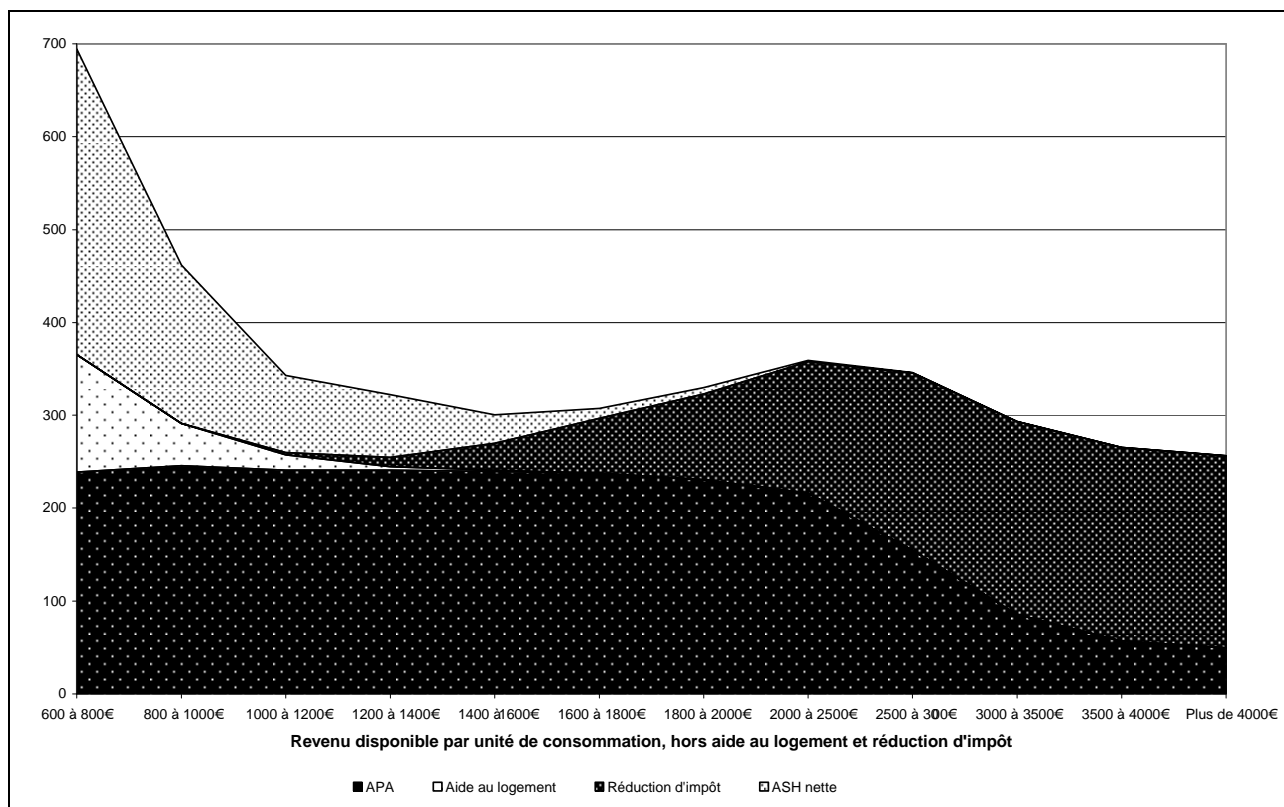
Le montant moyen d'aide perçu décroît ensuite pour atteindre un minimum **d'environ 300 € par mois pour revenus compris entre 1200 € et 1800 €** par mois : dans cette zone de la distribution les résidents ne perçoivent plus guère d'aide au logement et ne profitent encore que marginalement de la réduction d'impôt.

Lorsque les ressources continuent de croître en revanche, l'aide au titre de la réduction d'impôt devient plus importante et le montant total moyen d'aide est proche de **350 € par mois pour des revenus compris entre 2000 et 2500 € par mois**.

Pour les revenus excédant 2500 € par mois, le montant moyen d'aide diminue en revanche progressivement et redevient **inférieur à 300 € par mois** pour des niveaux de vie élevés, dès lors que la modulation du montant de l'APA est appliquée (ce qui est loin d'être systématiquement le cas).

⁶ Au sens de cette étude, défini supra : revenu disponible par unité de consommation, hors aide au logement et réduction d'impôt.

Graphique 21 : Montants moyens des aides accordées en fonction des ressources



Sources : DREES – modèle Autonomix.

Champ : France métropolitaine, résidents en maison de retraite.

Lecture du graphique : Le graphique montre que l'APA est modulée avec le revenu. Lorsque ce n'est pas le cas, la situation des ménages les plus aisés est meilleure que celle des plus modestes : on est alors devant une courbe « en U ».

Toutefois, la courbe qui précède est établie suivant l'hypothèse que le talon est modulé avec le revenu, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas. Dans cette situation, l'aide pourrait être plus importante pour les personnes les plus fortunées.

2.4. À chaque niveau de revenu, l'aide publique est très variable

L'aide publique présente une très grande variabilité dans le bas de la distribution : ainsi, parmi les personnes ayant un niveau de vie inférieur à 800€ par mois (pour une part importante, il s'agit de bénéficiaires du minimum vieillesse), **10% bénéficient d'une aide totale inférieure à 95 € par mois et 10% d'une aide totale supérieure à 1385 € par mois.**

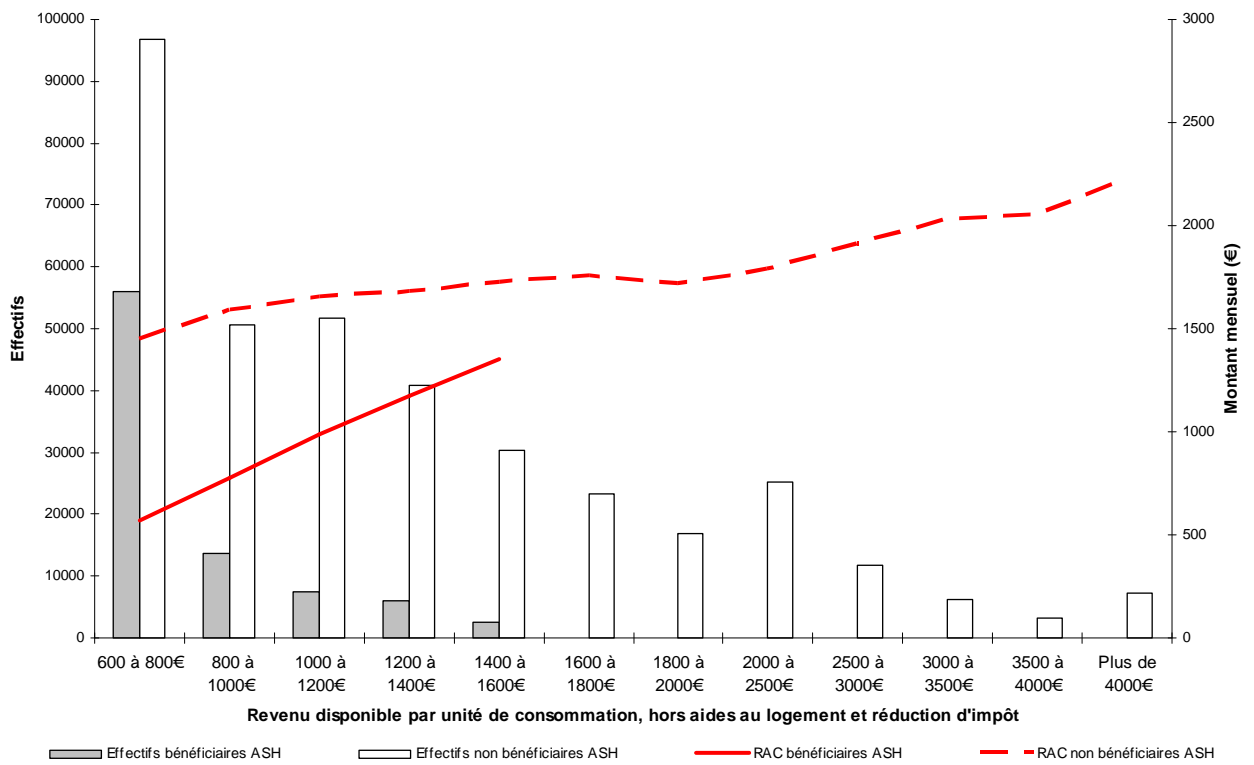
Cette grande variabilité des aides dans le bas de la distribution des revenus tient à l'attribution de l'ASH.

Les bénéficiaires de l'ASH sont largement concentrés parmi les résidents dont le niveau de vie est faible et représenteraient 37% des personnes ayant un revenu disponible inférieur à 800 € par mois. Pour ces résidents, le RAC s'élève en moyenne à environ 570 €, soit un niveau légèrement inférieur à leur revenu disponible⁷. En revanche, les résidents dont le revenu est inférieur 1000 € par mois et qui ne demandent pas à bénéficier de l'ASH, ont un reste à charge moyen voisin de 1500 € par mois qui excède largement leurs ressources.

⁷ Le barème de l'ASH prévoit en effet que le résident participe à hauteur de 90% de ses ressources au financement de la dépense, sans que le montant mensuel qui lui reste puisse être inférieur à 1% du minimum vieillesse annuel (pour un isolé).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 22 : Reste à charge en fonction du bénéfice de l'ASH



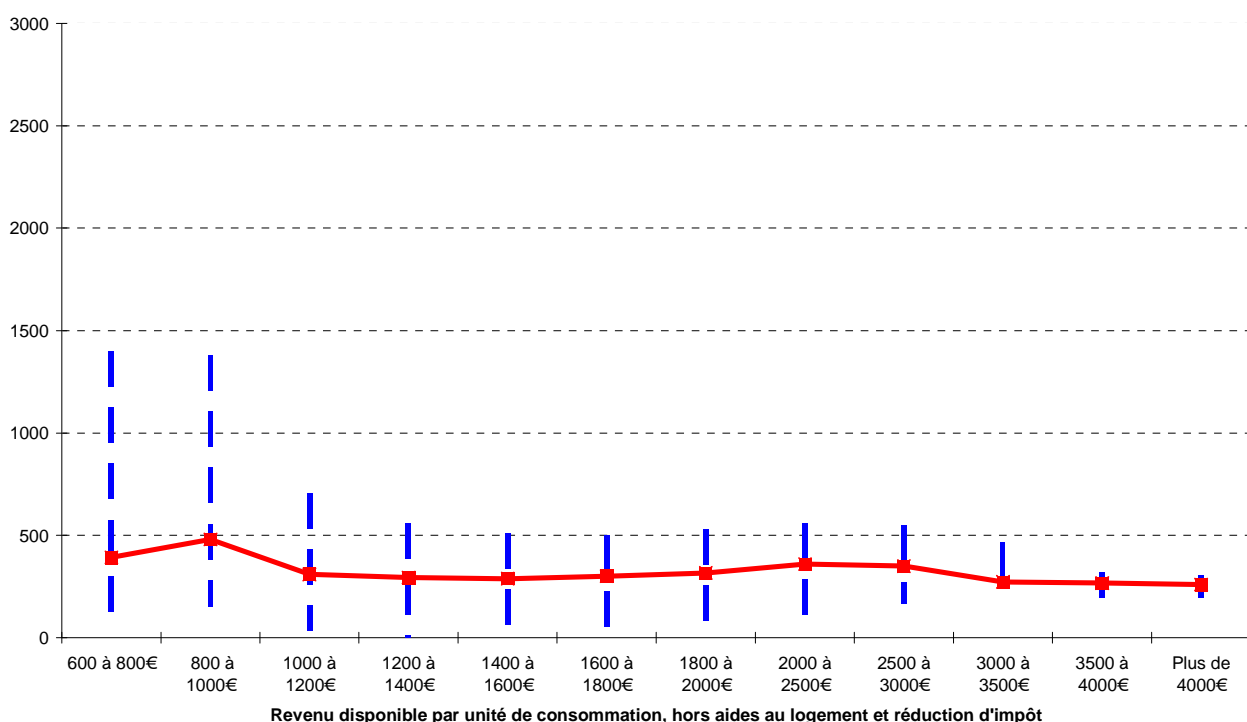
Sources : DREES – modèle Autonomix.

Champ : France métropolitaine, résidents en maison de retraite.

De même, l'aide apparaît très variable à chaque niveau de revenu :

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Graphique 23 : Aide totale versée – médiane et écart interdécile



Sources : DREES – modèle Autonomix.

Champ : France métropolitaine, résidents en maison de retraite

Lecture du graphique : pour les résidents dont le niveau de vie n'excède pas 800€ par mois, le montant médian d'aide est de 392€. 10% de ces personnes bénéficient d'une aide totale inférieure à 94€ et 10% d'une aide totale supérieure à 1386€.

2.5. Le RAC, qui dépend beaucoup du statut de l'établissement, apparaît plus élevé dans le parc privé à but lucratif

Les disparités sont très fortes en fonction du statut de l'établissement : les tarifs hébergement sont en effet très élevés dans le secteur privé à but lucratif (PBL), par rapport au privé à but non lucratif (PBNL) et plus encore par rapport au public.

La comparaison des tarifs suggère que le statut des établissements constitue un critère discriminant très important :

Tableau 2 : Tarifs en établissement (€ par mois, 2007)

	Tarif Hébergement	Tarif Dépendance	Total
Public	1380	391	1772
Prive BNL (à but non lucratif)	1579	366	1945
Privé BL (à but lucratif)	2059	350	2409

Source : DREES.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe II – Éléments financiers saisis au niveau des ménages

Pour estimer les conséquences réelles du montant beaucoup plus élevé des factures dans les établissements privés à but lucratif (du fait de la composante hébergement) sur le RAV des individus, il convient évidemment d'intégrer **le fait que les ressources des résidents sont très nettement supérieures dans le PBL, et les aides perçues très nettement inférieures** (elles-mêmes étant fonction des ressources des résidents mais aussi du conventionnement APL et ASH des établissements). Ainsi, il n'y a en 2007 presque aucun bénéficiaire de l'ASH dans établissements PBL.

Tableau 3 : Revenu disponible moyen par UC (unité de consommation) en fonction de la nature de l'établissement (€ par mois, 2007)

	Revenu disponible par UC hors aides au logement et réduction d'impôt	Total aide
Public	968	557
Prive BNL	1180	436
Privé BL	1735	284

Source : DREES.

2.6. L'ASH joue un rôle déterminant dans la réduction des RAC

La variabilité des aides et le niveau du RAV s'expliquent principalement par le bénéfice ou non de l'ASH, qui joue ainsi un rôle fondamental. En effet, les bénéficiaires de l'ASH bénéficient, à l'inverse des autres hébergés, d'un reste à vire positif (proche de 100 € par mois).

Toutefois, la connaissance de l'ASH reste imprécise ; les membres du groupe ont souligné que l'on manquait, jusqu'à présent, d'éléments significatifs pour en avoir une évaluation satisfaisante. Pour ces raisons, **le groupe a sollicité les Conseils généraux et l'Assemblée des départements de France (ADF), afin de mieux connaître les pratiques et les chiffres relatifs à l'ASH. Les résultats de cette enquête sont présentés dans la section 2 de l'annexe V consacrée à l'ASH.**

ANNEXE III

L'action sociale locale

SOMMAIRE

1. L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) EST LA PRESTATION DE DÉPENDANCE LA PLUS EMBLÉMATIQUE.....	3
1.1. Rappel des caractéristiques générales de l'APA.....	3
1.1.1. <i>La détermination de l'APA repose sur la grille AGGIR.....</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>L'APA à domicile s'apparente à une aide en nature.....</i>	<i>4</i>
1.1.3. <i>L'APA en établissement est une aide en espèce.....</i>	<i>5</i>
1.1.4. <i>L'APA est attribuée dans la limite d'un plafond.....</i>	<i>5</i>
1.2. L'APA n'est pas soumise à condition de ressources.....	6
1.2.1. <i>La participation financière des bénéficiaires de l'APA se fait sur la base de leurs revenus.....</i>	<i>7</i>
1.2.2. <i>L'actualisation du plan d'aide.....</i>	<i>8</i>
1.3. Le nombre de bénéficiaires de l'APA a fortement cru, notamment ceux relevant du GIR 4 à domicile.....	9
1.3.1. <i>L'APA est perçue par 1,2 millions de bénéficiaires.....</i>	<i>9</i>
1.3.2. <i>Le GIR 4 représente près de la moitié des bénéficiaires de l'APA.....</i>	<i>11</i>
1.4. La stabilité des montants des plans d'aide s'accompagne d'une hausse de la participation moyenne des bénéficiaires et d'une saturation des plans.....	14
1.4.1. <i>Le montant moyen des plans est resté stable.....</i>	<i>14</i>
1.4.2. <i>Une forte dispersion des plans est observée.....</i>	<i>14</i>
1.4.3. <i>Une part significative des plans est plafonnée.....</i>	<i>15</i>
1.4.4. <i>La participation des bénéficiaires augmente progressivement.....</i>	<i>16</i>
1.4.5. <i>La dynamique de l'APA dépendra de l'évolution des pensions et du patrimoine.....</i>	<i>17</i>
1.5. la gestion départementale de l'APA soulève des enjeux d'équité entre les départements et entre les personnes âgées dépendantes.....	18
1.5.1. <i>Plusieurs études ont pointé de fortes disparités dans la gestion de l'APA.....</i>	<i>18</i>
1.5.2. <i>Les départements financent désormais plus des deux tiers de l'APA.....</i>	<i>19</i>
1.5.3. <i>Avec sa contribution, la CNSA assure une péréquation financière entre départements.....</i>	<i>22</i>
2. LA GESTION DE L'ACTION SOCIALE LOCALE EST ÉCLATÉE LES DÉPARTEMENTS, LES CAISSES DE RETRAITE, LES COMMUNES ET LEURS CCAS.....	22
2.1. Les dépenses d'action sociale des collectivités locales représentaient selon la DREES 6,4 Md€ en 2008.....	23
2.2. L'action sociale des caisses de retraite représente, au sens large, 660 M€ en 2010.....	24
2.2.1. <i>Environ 360 000 personnes bénéficient de l'action sociale du régime général de la branche retraite.....</i>	<i>25</i>
2.2.2. <i>Le montant de l'action sociale des caisses de retraite est évalué par la direction du budget à 660 M€.....</i>	<i>26</i>
2.2.3. <i>En moyenne, l'aide annuelle moyenne est comprise entre 700 et 1 300 € par bénéficiaire.....</i>	<i>27</i>
2.2.4. <i>L'aide ménagère constitue l'essentiel de l'aide apportée.....</i>	<i>27</i>
2.2.5. <i>Le niveau d'aide varie sensiblement d'une région à une autre.....</i>	<i>31</i>

2.3. La coordination entre les opérateurs de l'action sociale locale apparaît largement perfectible	33
3. L'ÉCLATEMENT DE L'ACTION SOCIALE LOCALE À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES SOULÈVE PLUSIEURS QUESTIONS, ET APPELLE A <i>MINIMA</i> UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE SES ACTEURS.....	33

Le soutien public en faveur des personnes âgées dépendantes est une politique largement décentralisée et territorialisée. Elle repose sur trois principales catégories d'opérateurs-gestionnaires :

- ◆ les conseils généraux, qui sont en charge de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'Aide sociale à l'hébergement (ASH) ;
- ◆ les caisses de retraite, qui sont notamment actives en matière de prévention ;
- ◆ les communes et leurs CCAS (Centres communaux d'action sociale), qui mènent des interventions moins connues.

Dans sa première section, la présente synthétise les principales informations connues sur l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ; compte tenu de son nombre d'allocataires et de sa masse financière, l'APA est en effet l'aide publique en faveur de la dépendance la plus emblématique.

Dans sa seconde section, l'annexe présente les opérateurs de l'action sociale locale. Elle donne également des éléments d'information sur leurs politiques en faveur de la prévention de la dépendance, sans toutefois traiter cette problématique de manière exhaustive. En effet, l'étude de ces politiques relève du mandat confié au groupe n° 1.

1. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est la prestation de dépendance la plus emblématique

1.1. Rappel des caractéristiques générales de l'APA

1.1.1. La détermination de l'APA repose sur la grille AGGIR

L'APA, qui a été créée par la loi du 20 juillet 2001, bénéficie aux personnes :

- ◆ âgées de 60 ans et plus ;
- ◆ résidant en France de façon stable et régulière, ou sans résidence stable, mais qui ont élu domicile auprès d'un organisme agréé par le préfet et le président du Conseil général (PCG) ;
- ◆ dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à leur statut physique ou mental, tel qu'apprécié sur la base de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources).

Quel que soit le lieu de résidence (domicile ou établissement), l'évaluation de la perte d'autonomie est déterminée grâce à l'outil AGGIR, qui classe les personnes en fonction de leur degré de dépendance, du GIR 1 au GIR 6 (du plus dépendant au plus autonome).

Encadré 1 : Définition des groupes iso-ressources de la grille AGGIR

La grille AGGIR classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie, appelés GIR (Groupes iso-ressources), à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne :

- **Le GIR 1, qui correspond aux personnes les plus dépendantes**, comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- **Le GIR 2** est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à

l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

- **Le GIR 3** regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
- **Le GIR 4** comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- **Le GIR 5** est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- **Le GIR 6** regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

L'évaluation du degré de dépendance se fait sur la base d'un questionnaire qui comporte deux ensembles de variables :

- ◆ dix variables dites « discriminantes » se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique ;
- ◆ sept variables dites « illustratives » concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, qui permettent d'étayer l'évaluation par des éléments de contexte ; ces variables n'entrent pas dans le calcul du GIR (capacité de faire la cuisine, le ménage etc...).

Sur la base de ces réponses, un algorithme de calcul permet de déterminer le GIR dont relève la personne concernée.

A partir du niveau de GIR, un plan d'aide est élaboré, de manière à couvrir les besoins liés à la perte d'autonomie. Schématiquement, ces besoins peuvent être classés de la manière suivante :

- ◆ activités de la vie quotidienne (AVQ) : se laver, se nourrir, s'habiller, aller aux toilettes etc ;
- ◆ activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ; pour l'essentiel, il s'agit des déplacements à l'extérieur, des courses, de la préparation des repas, des tâches ménagères etc...

Seules les personnes classées en GIR 1 à 4 sont éligibles.

Quant aux personnes classées en GIR 5 à 6, elles bénéficient d'aides provenant de l'action sociale de la branche retraite ou des collectivités locales (communes et départements) (*cf. infra*).

1.1.2. L'APA à domicile s'apparente à une aide en nature

L'APA à domicile possède les caractéristiques suivantes :

- ◆ il s'agit **d'une aide en nature** : l'option consistant à verser une prestation en espèces dont la personne dépendante aurait le libre emploi n'a pas été retenue ;
- ◆ l'aide ne peut être utilisée que pour couvrir les dépenses liées à la perte d'autonomie définies dans un plan personnalisé élaboré par une équipe médico-sociale ;
- ◆ ce **plan peut prévoir l'intervention d'une aide ménagère, le règlement de frais d'accueil temporaire dans des établissements agréés, des dépenses de transport, d'aide technique ou d'adaptation de logement**, ou toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire ;

Tableau 1 : Répartition des aides reçues par les bénéficiaires de l'APA (2007)

	Répartition parmi les bénéficiaires de l'APA
Aides techniques et humaines	30%
Aide humaine uniquement	67%
Aide technique uniquement	3%

Source : DREES.

- ◆ la personne lourdement dépendante qui a recours à une tierce personne doit – sauf refus exprès de sa part – avoir **recours à des intervenants gérés sur le « mode prestataire »** ; au total, 73% des dépenses sont exécutées sur le mode prestataire (ou mandataire). Le gré à gré est donc très minoritaire ;
- ◆ **les dépenses doivent être justifiées** et la liste des intervenants doit être communiquée aux services du département ;
- ◆ si la personne n'utilise pas le « crédit » qui lui est attribué, l'aide est diminuée d'autant. Cette situation peut provenir soit du choix de l'allocataire qui n'estime pas en avoir besoin, soit de la difficulté de trouver les intervenants adéquats ; il serait utile de connaître l'écart en cause et d'en analyser les raisons.

1.1.3. L'APA en établissement est une aide en espèce

L'APA en établissement est une aide en espèce basée sur le degré de perte d'autonomie de la personne, tel qu'apprécié par le GIR et sur la tarification ternaire des établissements.

Le GIR est déterminé sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement. Il est contrôlé et validé par le médecin coordonnateur du département et le médecin conseil de la CPAM.

1.1.4. L'APA est attribuée dans la limite d'un plafond

Les plafonds de l'APA sont fixés de la manière suivante :

- ◆ ils ont été déterminés en 2002 sur la base d'une analyse des besoins « en heures », qui sont ensuite « valorisées » pour déterminer le montant du plan attribué ; la détermination des besoins et leur valorisation sont en cours d'analyse ;
- ◆ les plafonds sont indexés depuis leur création : leur révision annuelle ne peut pas être inférieure à l'évolution des prix. Dans les faits, on a systématiquement retenu l'évolution des prix (soit une augmentation de 13,32% entre 2002 et 2011).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L’action sociale locale

Tableau 2 : Plafonds des plans d’aide APA à domicile depuis 2002 (€)

Date	Montant de la majoration tierce personne	Montant maximum du plan d’aide d’un bénéficiaire			
		relevant du GIR 1	relevant du GIR 2	relevant du GIR 3	relevant du GIR 4
1er janvier 2002	916,32	1 090,42	934,65	700,98	467,32
1er janvier 2003	930,06	1 106,77	948,66	711,50	474,33
1er janvier 2004	945,87	1 125,59	964,79	723,59	482,39
1er janvier 2005	964,78	1 148,09	984,08	738,06	492,04
1er janvier 2006	982,15	1 168,76	1 001,79	751,34	500,90
1er janvier 2007	999,83	1 189,80	1 019,83	764,87	509,91
1er janvier 2008	1 010,82	1 208,94	1 036,19	777,32	518,55
1er janvier 2009	1 018,91	1 212,50	1 039,29	779,47	519,64
1er janvier 2010	1 029,10	1 224,63	1 049,68	787,26	524,84
1er janvier 2011	1 038,36	1 235,65	1 059,13	794,35	529,56

Source : DREES.

Pour établir le plan d’aide, et la valorisation de ce dernier, **la situation concrète de la personne et de son entourage est prise en compte.**

Par ailleurs, on constate une forte variation du plan en pourcentage du plafond (cf. *infra*). De même, 26% des plans à domicile en 2007 butaient sur le plafond (les besoins sont supérieurs au plafond). Pour les autres, le plan se situe en deçà du plafond, en moyenne à 60% de celui-ci.

1.2. L’APA n’est pas soumise à condition de ressources

L’APA est attribuée à toutes les personnes dépendantes. **Son montant est partagé entre le département et la personne dépendante, la ligne de partage variant avec les ressources du bénéficiaire.**

Encadré 2 : Les ressources prises en compte pour le calcul de l'APA

Les ressources à prendre en compte pour la détermination du montant de l'APA sont celles du demandeur et, le cas échéant, de son conjoint, concubin ou pacsé pour l'année civile de référence. Ces ressources comprennent les éléments suivants :

- le revenu déclaré avant abattements fiscaux, tel que mentionné dans le dernier avis d'imposition ;
- les revenus soumis à prélèvement obligatoire ;
- le capital « dormant », c'est-à-dire les biens ou capitaux qui ne sont ni exploités ni placés, mais qui sont censés procurer aux intéressés un revenu annuel évalué sur la base de leur valeur locative (biens immeubles) ou de leurs montants (biens mobiliers).

À l'inverse, l'assiette des ressources ne prend pas en compte :

- la résidence principale ;
- les pensions alimentaires et concours financiers apportés par les descendants ;
- les rentes viagères constituées pour faire face à l'autonomie ;
- les prestations en nature au titre de l'assurance maladie, invalidité, accident du travail, CMU etc... ;
- les allocations logements et l'APL.

Enfin, il doit être relevé que l'APA n'est pas cumulable avec la PED, l'ACTP, la PCH, la MTP et les aides ménagères ; en revanche, elle l'est avec les frais d'hébergement au titre de l'aide sociale départementale.

1.2.1. La participation financière des bénéficiaires de l'APA se fait sur la base de leurs revenus

En guise de participation, un ticket modérateur (ou « talon ») est exigé du bénéficiaire de l'APA. Son mode de détermination diffère selon la nature de l'hébergement. Toutefois, le barème à domicile ne prévoit pas de participation minimale de l'allocataire.

◆ **Pour l'APA à domicile :**

La participation financière du bénéficiaire de l'APA à domicile est calculée au prorata du plan d'aide qu'il utilise :

- ◆ exonération pour les personnes dont les ressources mensuelles sont inférieures à 0,67 MTP¹, soit 695,70 € /mois ;
- ◆ participation variant de 0% à 90% pour des ressources comprises entre 0,67 et 2,67 MTP, soit entre 95,70 € et 2772,42 € par mois ; la participation est précisément déterminée en appliquant la formule suivante : $P = A \times (R - (S \times 0,67)) \times 90\% / (S \times 2)$, formule dans laquelle :
 - « P » représente la participation du bénéficiaire ;
 - « A » représente le montant du plan d'aide proposé ;
 - « R » représente le revenu mensuel du bénéficiaire ;
 - « S » représente le montant de la majoration pour tierce personne.
- ◆ participation de 90% au-delà de 2,67 MTP, soit 2772,42 € par mois.

Ce barème appelle deux remarques :

- ◆ les bornes du barème sont indexées sur la MTP, qui a évolué comme les prix ;
- ◆ elles sont identiques quel que soit le GIR. La variation de la participation en fonction du revenu est d'autant plus prononcée que le GIR est élevé : ainsi une augmentation de 1€ de l'assiette se traduit, pour une personne au plafond, par une augmentation de la participation de 0,23 € en GIR 4, contre 0,54 € en GIR 1.

¹ Montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (1 038,36 € par mois au 1^{er} avril 2010).

◆ **Pour l'APA en établissement :**

La participation du bénéficiaire de l'APA en établissement est calculée en fonction du tarif de dépendance ; il n'y a donc pas d'exonération de participation selon les ressources :

- ◆ les personnes dont le revenu est inférieur à 2,21 MTP (soit 2 294,78 € au 1^{er} avril 2010) acquittent une participation fixe, égale au montant mensuel du tarif dépendance de l'établissement pour les GIR 5 et 6 ;
- ◆ les personnes dont le revenu est compris entre 2,21 MTP et 3,40 MTP (soit 2 294,77 € et 3 530,42 € au 1^{er} avril 2010) acquittent une participation égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, auquel s'ajoute, selon le niveau des revenus, de 0 % à 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire ;
- ◆ enfin, celles dont le revenu est supérieur à 3,40 MTP (soit 3 530,42 € au 1^{er} avril 2010) acquittent une participation fixe, égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, plus 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire.

Une somme minimale doit être laissée à la libre disposition du bénéficiaire accueilli en établissement, après paiement des prestations à sa charge au titre du tarif dépendance et des frais d'hébergement. Ce montant minimal est égal à 85 € par mois (depuis le 1^{er} avril 2010).

Le second minimum garanti (parfois désigné sous le terme de « reste à vivre ») concerne les couples. Dans ce cas, le conjoint, le concubin ou la personne unie au bénéficiaire par un PACS, et qui reste au domicile, doit conserver une part minimum des ressources du couple. Celle-ci ne peut être inférieure à 708,94 € par mois (depuis le 1^{er} avril 2010).

1.2.2. L'actualisation du plan d'aide

Le montant des plans d'aide versé aux bénéficiaires ne fait pas l'objet de révision annuelle automatique : si la loi prévoit que les droits à l'APA doivent être révisés périodiquement, il revient à chaque département d'en définir la périodicité. Ainsi, la plan d'aide peut être révisé à tout instant, à la demande du bénéficiaire de l'APA ou du président du Conseil général.

Les chiffres les plus récents montrent que près de la moitié des bénéficiaires de l'APA n'ont pas de réévaluation annuelle de leur plan d'aide.

Tableau 3 : Date de la dernière révision du plan d’aide pour les bénéficiaires de l’APA au 31 décembre 2007

Année de dernière révision des droits de l’APA	Répartition des bénéficiaires (%)
2002	2%
2003	3%
2004	5%
2005	14%
2006	25%
2007	51%
Ensemble	100%

Source : DREES.

Lecture : Au 31 décembre 2007, pour 5% des bénéficiaires de l’APA la dernière révision du plan d’aide datait de 2004.

1.3. Le nombre de bénéficiaires de l’APA a fortement cru, notamment ceux relevant du GIR 4 à domicile

1.3.1. L’APA est perçue par 1,2 millions de bénéficiaires

Selon la DREES, l’APA compte, au 30 septembre 2010, 1 185 000 bénéficiaires se répartissant de la manière suivante :

- ◆ 61,4% des bénéficiaires, soit environ 727 000 personnes, relèvent de l’APA à domicile ;
- ◆ 38,6% des bénéficiaires, soit environ 458 000 personnes, relèvent de l’APA en établissement.

Tableau 4 : Bénéficiaires de l’APA selon le degré de dépendance de la personne au 30 septembre 2010

	Domicile		Établissement		Ensemble	
	Nombre (milliers)	% du total	Nombre (milliers)	% du total	Nombre (milliers)	% du total
GIR 1	19	1,6%	68	5,7%	87	7,3%
GIR 2	130	10,9%	211	17,8%	341	28,8%
GIR 3	157	13,3%	71	6,0%	228	19,2%
GIR 4	421	35,5%	108	9,1%	529	44,6%
Ensemble	727	61,4%	458	38,6%	1185	100,0%

Source : DREES.

En termes d’évolution, plusieurs phénomènes doivent être relevés depuis l’introduction de l’APA en 2002 :

- ◆ si les flux entrants de bénéficiaires de l’APA ont connu une vive montée en charge les premières années, ils restent très dynamiques (+7,3% de croissance annuelle moyenne), et connaissent une forte instabilité suivant les années ;

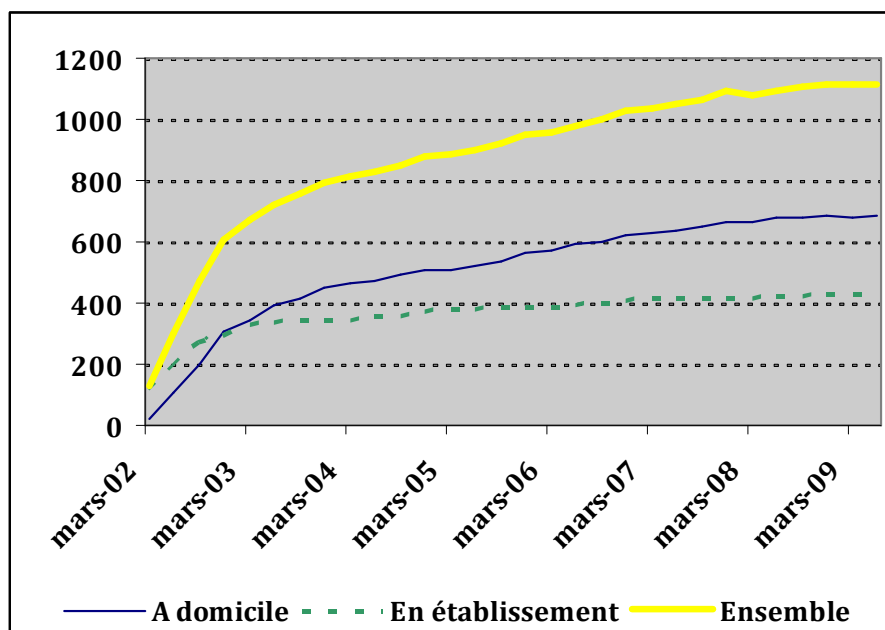
Tableau 5 : Évolution annuelle du nombre de bénéficiaires de l’APA (à domicile et en établissement, %)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Taux de croissance annuelle moyen (03-10)
GIR 1	-5,8%	2,6%	9,6%	5,9%	2,7%	1,1%	-1,1%	2,0%
GIR 2	16,1%	4,9%	8,6%	6,6%	2,5%	3,0%	8,6%	7,1%
GIR 3	13,0%	7,1%	5,0%	8,2%	5,1%	0,5%	5,1%	6,2%
GIR 4	19,5%	10,9%	10,8%	9,3%	5,6%	2,5%	6,2%	9,1%
Total	14,5%	7,6%	9,0%	7,9%	4,4%	2,1%	6,1%	7,3%

Source : DREES.

- ◆ le nombre de bénéficiaires de l’APA à domicile explique l’essentiel de la croissance de l’allocation :
 - entre 2003 et 2010, le nombre de bénéficiaires de l’APA à domicile a cru en moyenne annuelle pondérée de +9,3% ;
 - sur la même période, le nombre de bénéficiaires de l’APA en établissement a pour sa part augmenté de 4,7% par an ;

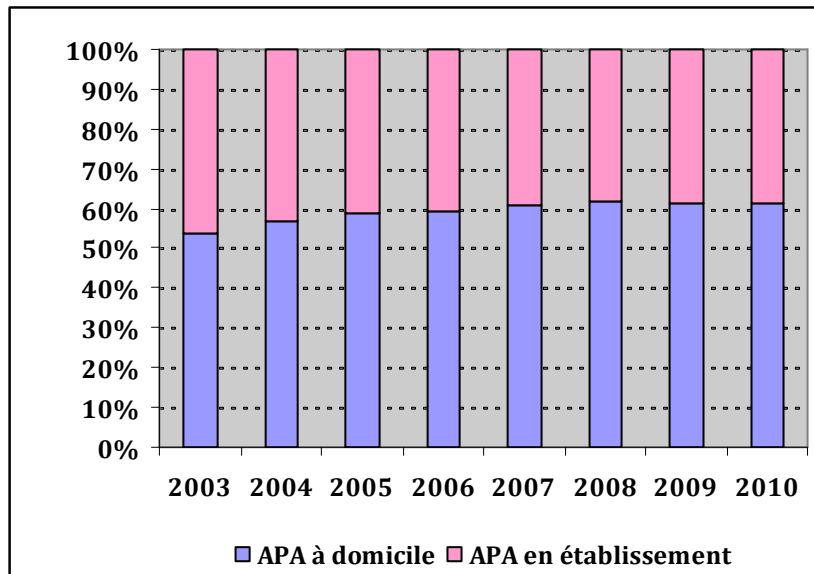
Graphique 1 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l’APA à domicile et en établissement (en milliers de bénéficiaires)



Source : DREES.

- ◆ en raison de ces écarts de croissance, la répartition de la population des bénéficiaires entre domicile et établissement s’est modifiée : désormais, l’APA à domicile représente près de 66% des bénéficiaires, contre 54% en 2003 ;

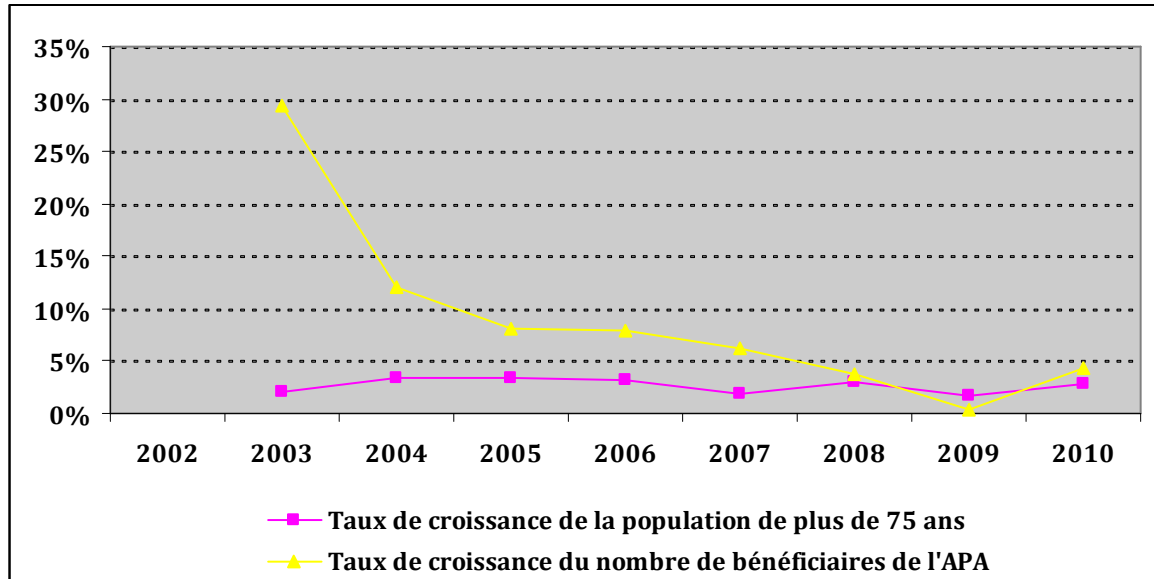
Graphique 2 : Répartition des bénéficiaires de l'APA entre domicile et établissement (%)



Source : DREES.

- ◆ enfin, le nombre de bénéficiaires de l'APA augmente plus rapidement que le nombre de personnes de plus de 75 ans ; cet écart se réduit toutefois sur les dernières années :

Graphique 3 : Croissance annuelle du nombre de personnes de plus de 75 ans et du nombre de bénéficiaires d'APA (%)



Sources : DREES ; INSEE.

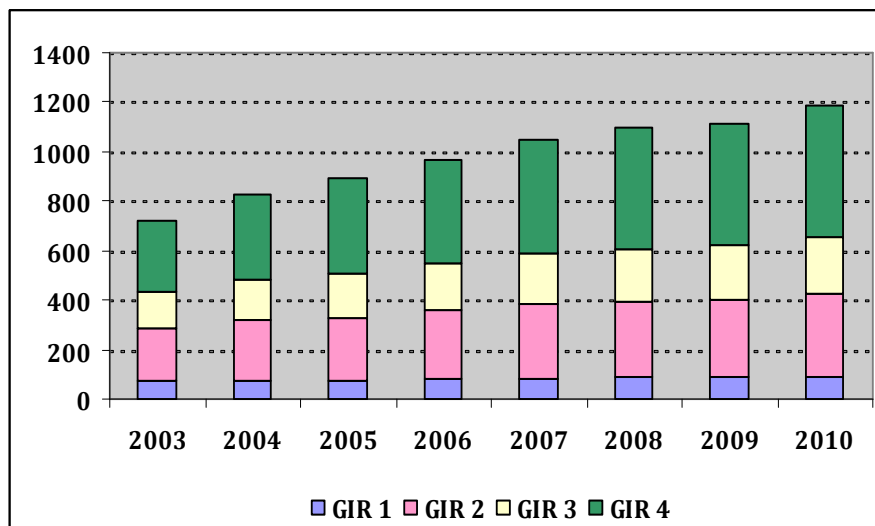
1.3.2. Le GIR 4 représente près de la moitié des bénéficiaires de l'APA

L'analyse de l'évolution de la structure de l'APA par GIR permet de compléter l'analyse précédente :

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L'action sociale locale

- ◆ de manière globale (en établissement et à domicile), le nombre de bénéficiaires en GIR 4 croît de manière plus dynamique que les autres catégories de GIR (ainsi, le nombre de GIR 4 a cru en moyenne annuelle pondérée de +9,1%, contre une croissance annuelle moyenne pondérée de +7,3%) ;

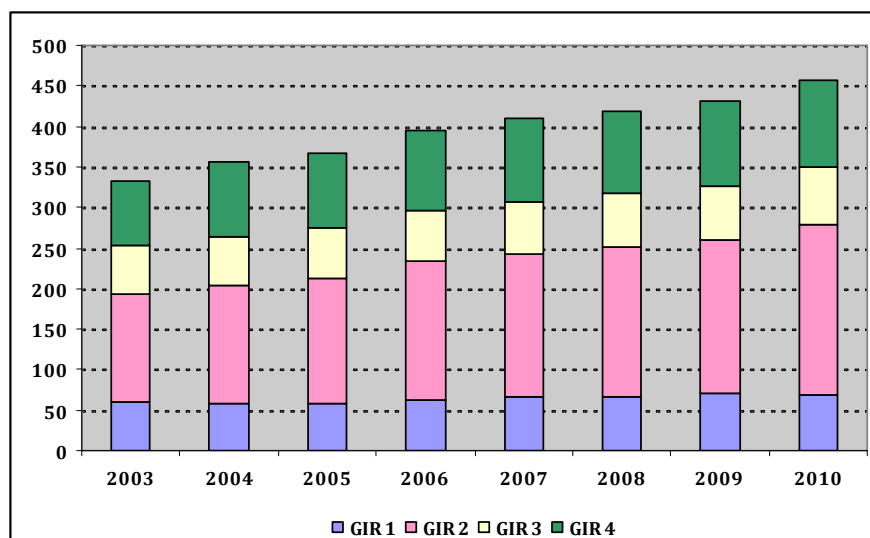
Graphique 4 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA (domicile et établissement, milliers)



Source : DREES.

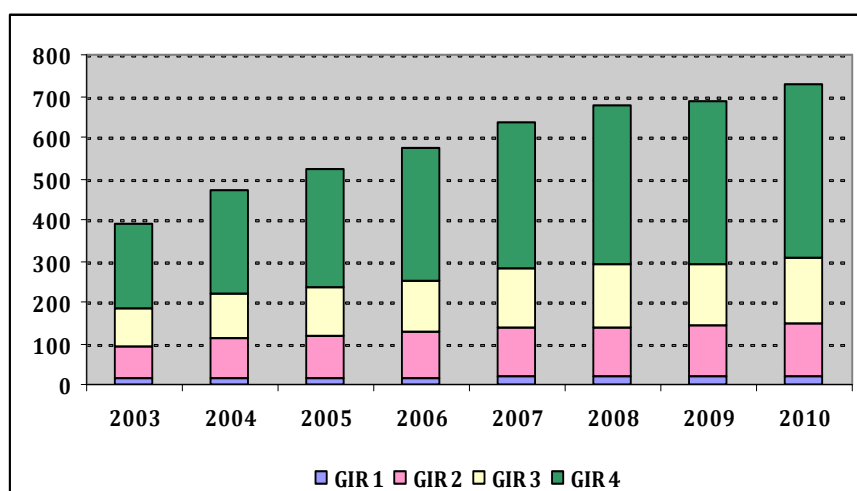
- ◆ en distinguant entre l'APA à domicile et l'APA en établissement, on constate que le nombre de bénéficiaires de GIR 4 a surtout cru pour l'APA à domicile ; ainsi, le nombre de GIR 4 à domicile a cru en moyenne annuelle de +10,7% entre 2003 et 2010, contre une +4,4% en établissement ;

Graphique 5 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement (milliers)



Source : DREES.

Graphique 6 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l’APA à domicile (milliers)



Source : DREES.

Tableau 6 : Taux de croissance annuelle moyen pondéré du nombre de bénéficiaires de l’APA (2003-2010)

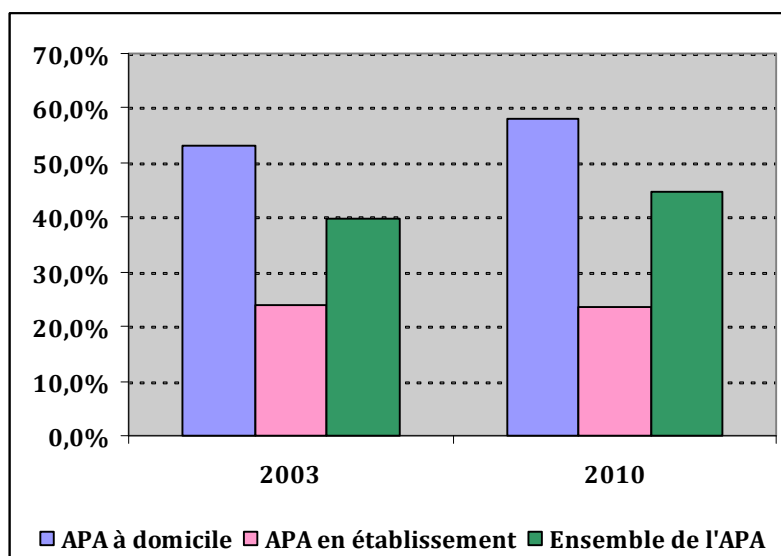
	APA à domicile	APA en établissement	Ensemble de l’APA
GIR 1	2,8%	1,8%	2,0%
GIR 2	7,6%	6,8%	7,1%
GIR 3	8,3%	2,5%	6,2%
GIR 4	10,7%	4,4%	9,1%
Ensemble des GIR	9,3%	4,7%	7,3%

Source : Calculs du rapporteur.

Au total, les bénéficiaires de GIR 4 représentent en 2010 :

- ◆ près de 45% du nombre de bénéficiaires de l’APA, contre 40% en 2003 ;
- ◆ près de 58% du nombre de bénéficiaires de l’APA à domicile, contre 53% en 2003 ; cette croissance significative contraste avec la stabilisation du GIR 4 en établissement (près de 24% en 2003 et en 2010).

Graphique 7 : Poids du GIR 4 dans le nombre total de bénéficiaires de l’APA (%)



Source : Calculs du rapporteur.

1.4. La stabilité des montants des plans d'aide s'accompagne d'une hausse de la participation moyenne des bénéficiaires et d'une saturation des plans

Tableau 7 : Bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance de la personne au 30 septembre 2010

	Montant plafonds (€)	Montant moyen (€)	Montant moyen en % du barème national	Participation moyenne à charge du bénéficiaire (€)	Part des bénéficiaires Acquittant un ticket Modérateur (€)	Participation financière de ceux acquittant un ticket modérateur (€)
GIR 1	1235	997	81%	177	73%	243
GIR 2	1059	783	74%	156	76%	204
GIR 3	794	577	73%	110	76%	144
GIR 4	529	347	66%	64	78%	82
Ensemble	-	491	69%	91	77%	121

Source : DREES.

1.4.1. Le montant moyen des plans est resté stable

Le montant médian du plan d'aide augmente avec le niveau de dépendance mesuré par le GIR, du fait des besoins d'aide, mais aussi parce que le plafond du plan d'aide augmente avec la sévérité de la perte d'autonomie. Ainsi, la moitié des personnes âgées dépendantes de GIR 1 ont un plan d'aide mensuel supérieur à 1 138 € par mois, contre 394 € pour les personnes âgées relevant du GIR 4.

Par ailleurs, le montant moyen des plans d'aide est stable en euros courants sur la période 2002-2009, soit une baisse de 13% en euros constants.

Il conviendrait d'analyser les évolutions respectives des coûts (heure d'un intervenant, dépense de dépendance en établissement) et des prix ; si la première a été supérieure à la seconde, il pourrait en résulter une diminution du contenu des plans. Toutefois, le groupe a manqué d'éléments statistiques précis pour approfondir ses analyses.

1.4.2. Une forte dispersion des plans est observée

Le ratio plan moyen /plafond varie avec le niveau du GIR : il s'établissait en 2010 de 66% en GIR 4 à 81% en GIR 1 (cf. tableau n° 7). Ce ratio est toutefois assez stable sur la période 2006-2010 :

Tableau 8 : Évolution du montant moyen des plans d'aide par rapport au plafond

	Montant moyen des plans d'aide par rapport au plafond
Octobre 2006	70%
Juin 2007	71%
Juin 2008	72%
Juin 2009	71%
Juin 2010	72%
Septembre 2010	69%

Source : DREES.

La répartition des plans par quartile fait apparaître **des disparités plus importantes pour le GIR 4 :**

Tableau 9 : Dispersion des montants des plans d'aide notifié (2007, € par mois)

	Montant du plan d'aide notifié (en euros)			Rapport interquartile
	1er quartile	Médiane	3e quartile	
GIR 1	878	1 138	1 184	1,3
GIR 2	625	932	1 005	1,6
GIR 3	478	679	751	1,6
GIR 4	276	394	491	1,8
Total	332	486	707	2,1

Source : DREES.

Lecture : Pour le GIR 4, les 25% des plans les plus importants ont un montant 2,1 fois plus élevé que les 25% des plans les plus faibles (rapport interquartile).

1.4.3. Une part significative des plans est plafonnée

En 2007, 26% des plans étaient « saturés », c'est-à-dire égal au plafond² ; la saturation des plans d'aide est particulièrement forte pour les GIR 1 et 2 :

Tableau 10 : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile ayant un plan d'aide saturé au 31 décembre 2007 selon le niveau de GIR (en %)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Hommes	36%	28%	23%	18%	22%
Femmes	47%	40%	32%	22%	28%
Ensemble	44%	36%	30%	21%	26%

Source : DREES.

La DREES relève les éléments suivants :

- ◆ plus les bénéficiaires ont un niveau de dépendance élevé, plus la part de bénéficiaires avec un plan d'aide saturé est importante ;
- ◆ les personnes seules ou isolées ont un taux de saturation plus élevé que la moyenne ;
- ◆ la proportion de plans d'aide saturés augmente avec l'âge des bénéficiaires au sein de chaque GIR ;
- ◆ les niveaux de saturation sont plus élevés pour les personnes âgées dépendantes ayant un niveau de revenus inférieur à 670 € par mois et supérieur à 2 000 € par mois ;
- ◆ enfin, plus la date d'ouverture des droits à l'APA est ancienne, plus la part des plans d'aide au plafond est élevée.

À partir d'un travail économétrique isolant les facteurs explicatifs de la saturation des plans, la DREES émet les hypothèses suivantes :

- ◆ l'accentuation des besoins de la personne avec l'ancienneté en GIR ne se traduit pas par une réévaluation de leurs besoins ;
- ◆ les conseils généraux ont pu adopter des pratiques d'évaluation de la dépendance plus restrictives ;
- ◆ l'application d'un plafond unique au sein d'un GIR donné est défavorable aux personnes isolées ;
- ◆ les différences de saturation entre niveaux de revenu pourraient s'expliquer par des différences de comportement :

² Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables, Études et résultats n° 748, février 2011.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe III – L'action sociale locale

- pour les bénéficiaires aux revenus modestes :
 - l'acceptation de plans d'aide élevés est d'autant plus facile que le barème garantit une participation financière nulle ;
 - l'entrée en établissement pourrait être plus rapide, et intervenir dès lors que les besoins d'aide excèdent le plafond ;
- pour les bénéficiaires aux revenus importants :
 - compte tenu du caractère proportionnel aux revenus du ticket modérateur, il existe une incitation à demander aux équipes médicosociales une révision à la baisse le plan d'aide ;
 - l'APA ne serait demandée qu'en cas de besoin d'aide important.

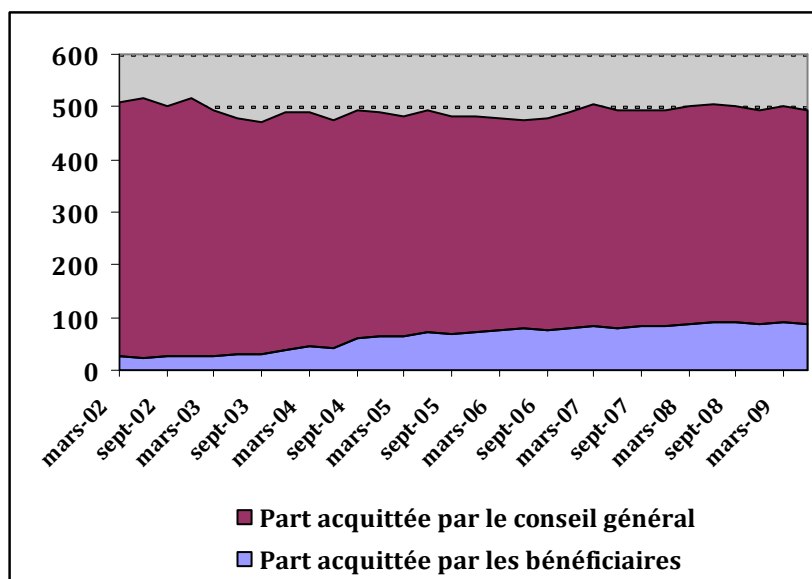
1.4.4. La participation des bénéficiaires augmente progressivement

◆ L'APA à domicile :

Le montant moyen de la part acquittée par les bénéficiaires (« ticket modérateur ») a régulièrement cru sur toute la période, passant de 25 € par mois en mars 2002 à 91 € par mois en septembre 2010 ;

Le montant moyen de la part acquittée par le conseil général a symétriquement décru, passant de 484 € par mois en mars 2002 à 400 € par mois en septembre 2010.

Graphique 8 : Évolution du montant moyen des plans d'aide à domicile de 2002 à 2010 (€ par mois)



Source : DREES.

◆ L'APA en établissement

Comme pour l'APA à domicile, le montant moyen de l'APA en établissement s'établit à environ 500 € par mois ; toutefois, la participation des bénéficiaires est plus élevée, avec un ticket modérateur mensuel moyen de 167 €.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L’action sociale locale

Tableau 11 : Montant mensuel de l’APA en établissement en septembre 2010

	Ensemble (€)	Part du Conseil général (€)	Part du bénéficiaire (€)
GIR 1 et 2	586	413	173
GIR 3 et 4	362	204	158
Ensemble	498	331	167

Source : DREES.

1.4.5. La dynamique de l’APA dépendra de l’évolution des pensions et du patrimoine

Une évolution positive des revenus et du patrimoine des personnes dépendantes exercera un effet déflationniste sur le montant de la dépense des départements (compte tenu de l’indexation de la MTP sur les prix).

Par rapport aux personnes dépendantes actuelles, **les prochaines cohortes présentent des caractéristiques de revenu et de patrimoine qui auront un impact sur l’évolution de l’APA, avec une diminution du nombre de personnes exonérées de ticket modérateur et une augmentation de la participation des ménages :**

- ◆ les prochaines générations de personnes âgées devraient disposer d’un niveau de pension plus élevé que les précédentes ;
- ◆ les prochaines générations pourraient également disposer d’un patrimoine plus important à l’âge de la dépendance que les générations actuelles. Ainsi, la génération née entre 1944 et 1953, qui entrera en dépendance d’ici une vingtaine d’années, possédait en 2003 un patrimoine supérieur de près de 65 000 € à celui de la génération née avant 1934, qui est actuellement concernée par la dépendance³.

Tableau 12 : Patrimoine médian par génération (2003)

	Génération	Part de propriétaire	Patrimoine immobilier médian (€)	Patrimoine financier médian (€)	Patrimoine total (€)
De 50 à 59 ans	1944-1953	74%	121 550	33 890	174 680
De 60 à 69 ans	1934-1943	74%	107 900	29 360	132 400
Plus de 70 ans	1934 et avant	65%	64 430	29 460	110 320

Source : INSEE (France portrait social 2007 : La composition du patrimoine des ménages entre 2003 et 2007).

Inversement, l’indexation des plafonds sur les prix pourrait conduire à long terme, à structure de population inchangée, à détermination constante des plans et sous hypothèse que les coûts augmentent plus vite que les prix, à :

- ◆ une augmentation des plans « saturés » ;
- ◆ une augmentation du ratio plan/plafond pour les plans non « saturés ».

On pourrait avoir dès lors une concentration des plans sur le plafond, donnant ainsi à l’APA un caractère quasi-forfaitaire ; néanmoins, ce phénomène n’est pas observé actuellement (cf. tableau n°8).

³ Ces effets doivent cependant être précisés : le poids du patrimoine immobilier, et notamment de la résidence principale dans le patrimoine total, pourrait en effet limiter la portée effective de l’augmentation anticipée du patrimoine compte tenu des règles actuelles de calcul des ressources du bénéficiaire dans l’attribution de l’APA (cf. *supra*).

1.5. la gestion départementale de l'APA soulève des enjeux d'équité entre les départements et entre les personnes âgées dépendantes

1.5.1. Plusieurs études ont pointé de fortes disparités dans la gestion de l'APA

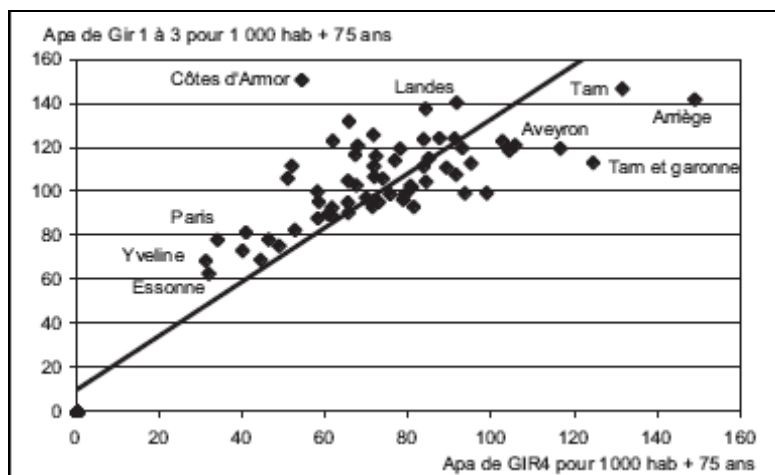
La DREES a mené en 2005 une analyse économétrique des disparités départementales en matière de bénéficiaires d'APA⁴, dont les conclusions sont conformes à deux études postérieures⁵.

En matière de recours à l'APA, il ressort de cette étude les éléments suivants :

- ◆ la proportion de bénéficiaires de l'APA parmi les personnes âgées de plus de 75 ans est très différente selon les départements ; ainsi, si l'on dénombrerait en moyenne en 2003 170 bénéficiaires de l'APA pour mille habitants de 75 ans ou plus, ce ratio allait de 95‰ dans l'Essonne à 305‰ en Ariège ;
- ◆ les caractéristiques sociodémographiques expliquent 60% des disparités constatées en matière de distribution d'APA ; les indicateurs de la politique propre au département (taux d'équipement en EHPAD, revenu fiscal par habitant, importance de l'aide sociale départementale) en expliquent 6% ;
- ◆ une fois prises en compte les caractéristiques sociodémographiques, les disparités de recours à l'APA restent fortes. Au total, 30% des écarts entre départements ne sont pas expliqués, et résultent d'éléments plus discrétionnaires.

En matière d'attribution du GIR 4, l'étude pointe également de fortes disparités : si la part des bénéficiaires de l'APA relevant du GIR 4 est en moyenne de 45% du nombre total de bénéficiaires, elle varie de 30% à 51% suivant les départements.

Graphique 9 : Bénéficiaires de l'APA suivant le niveau de dépendance (2003, GIR 4 et GIR 1 à 3)



Source : DREES.

En revanche, en matière de montant des plans d'aide, les disparités entre départements sont plus réduites :

⁴ L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003, Études et résultats n° 372, janvier 2005.

⁵ Actualisation de l'étude précédente réalisée en 2008 par la DREES ; la direction générale des collectivités locales a par ailleurs indiqué qu'une étude des économistes Guy Gilbert et Alain Guengant, réalisée pour le ministère de l'Intérieur en 2010, présentait des résultats similaires.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L'action sociale locale

Tableau 13 : Disparités départementales concernant le montant des plans d'aide (domicile, 2003)

	Montant mensuel moyen (€)	1 ^{er} décile	9 ^{ème} décile	Rapport interdécile
GIR 1	846	616	954	1,5
GIR 2	717	544	728	1,3
GIR 3	548	382	552	1,4
GIR 4	353	241	371	1,5
Ensemble	256	185	246	1,3

Source : DREES.

Enfin, il doit être relevé une **volatilité assez forte de l'évolution annuelle du nombre de bénéficiaires par départements d'une année sur l'autre, même si celle-ci s'est légèrement réduite en fin de période**. Ainsi, les données portant sur les années 2005 à 2009 révèlent une forte dispersion entre départements ; par exemple :

- ◆ certains départements ont connu une très forte augmentation du nombre d'allocations en 2009, comme les Yvelines (+18,5%), l'Oise (+14,7%) ou la Drôme (+12,7%) ;
- ◆ à l'inverse, la baisse du nombre d'allocations est forte dans des départements tels que les Alpes-Maritimes (-8,2%), la Guyane (-16,7%) et la Réunion (-11,3%) ;
- ◆ la volatilité d'une année à l'autre est très forte pour certains départements ; ainsi, pour les Alpes-Maritimes, le nombre d'allocataire a augmenté de +15,8% en 2006, +16,7% en 2007, +20,0% en 2008 et diminué de -8,2% en 2009 ; dans les Bouches-du-Rhône, le nombre d'allocataires a cru de +3,8% en 2006, de +13,1% en 2007, puis baissé de -17,3% en 2008 avant de se stabiliser en 2009 (+0,1%).

Tableau 14 : Caractéristiques de la dispersion de l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile par départements par rapport à l'année précédente

Minimum	2006	2007	2008	2009
Minimum	-7,6%	-13,9%	-17,3%	-16,7%
1er quartile	5,9%	4,4%	0,7%	0,8%
Médiane	9,3%	8,0%	3,6%	2,9%
3ème quartile	13,6%	10,8%	6,7%	6,2%
Moyenne	10,2%	8,1%	4,3%	3,4%
Maximum	32,7%	31,1%	27,4%	18,5%
Ecart-type	0,065	0,075	0,063	0,052

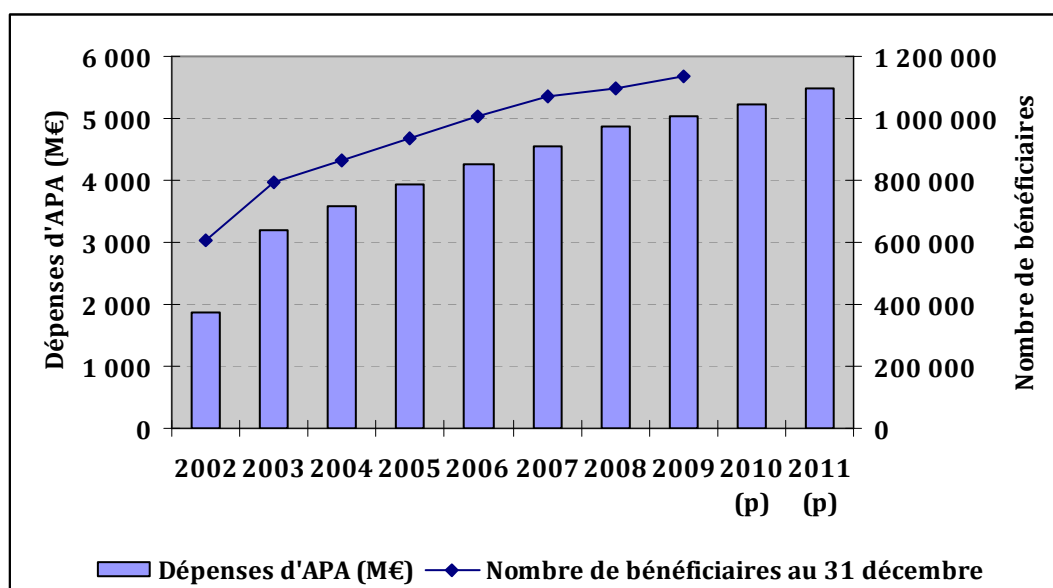
Source : Calculs du rapporteur, à partir de données DREES.

Lecture : pour un quart des départements, le nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2008 et 2009 a cru à un taux supérieur à 6,2% ; pour le département ayant cru le plus, le nombre de bénéficiaires de l'APA a augmenté de 18,5%.

1.5.2. Les départements financent désormais plus des deux tiers de l'APA

Sur la période 2002-2010, le taux de croissance annuel moyen des dépenses a été de +12,8% en euros courants, et de +11,1% en euros constants.

Graphique 10 : Évolution du nombre de bénéficiaires et des montants de l'APA



Source : CNSA.

Les dépenses d'APA servies par les départements sont financées par :

- ◆ leurs ressources propres ;
- ◆ une contribution de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

Encadré 3 : Les ressources attribuées à la CNSA pour couvrir la dépendance

Afin de couvrir une partie des dépenses des départements, la CNSA s'est vue attribuée quatre ressources qu'elle doit répartir entre départements :

- la contribution solidarité autonomie (CSA), corollaire de la « journée de solidarité » ;
- la contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ;
- le versement d'une fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité ;
- la participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse.

Aucune règle ne définit ce partage⁶.

Par ailleurs, le taux de couverture du financement de l'APA par la contribution de la CNSA est passé de près de 41% en 2003, à 29% en 2010.

⁶ Par exemple, voir *Rapport d'information fait au nom de la Mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, M. Alain Vasselle, janvier 2011, p. 44.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L'action sociale locale

Tableau 15 : Contribution au financement de l'APA (M€)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)
Dépenses d'APA	1855	3205	3591	3930	4244	4555	4854	5 029	5 240	5480
Dépenses des départements	1057	1882	2252	2599	2832	3042	3255	3481	3703	3873
Concours de la CNSA	798	1323	1339	1331	1412	1513	1599	1548	1537	1607
Part des départements	57,0%	58,7%	62,7%	66,1%	66,7%	66,8%	67,1%	69,2%	70,7%	70,7%
Part de la solidarité nationale	43,0%	41,3%	37,3%	33,9%	33,3%	33,2%	32,9%	30,8%	29,3%	29,3%
Progression des dépenses départementales	-	72,8%	12,0%	9,4%	8,0%	7,3%	6,6%	3,6%	4,2%	4,6%
Progression des dépenses de la solidarité nationale	-	65,8%	1,2%	-0,6%	6,1%	7,2%	5,7%	-3,2%	-0,7%	4,6%

Source : CNSA, rapport sur les finances départementales de M. Pierre Jamet.

1.5.3. Avec sa contribution, la CNSA assure une péréquation financière entre départements

La CNSA réalise entre départements une péréquation financière sur les ressources qui lui sont affectées, afin de corriger les inégalités entre ceux-ci ; ce concours a porté sur 1,571 Md€ en 2010. Le mécanisme de péréquation repose sur les paramètres suivants :

- ◆ le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans et plus (coefficient de pondération de 0,5) ;
- ◆ les dépenses d'APA (coefficient de 0,2) ;
- ◆ le potentiel fiscal⁷ (coefficient de -0,25) ;
- ◆ le nombre de bénéficiaires du RMI (coefficient de 0,05).

En outre, dans une seconde étape, le rapport entre la charge nette du département (les dépenses moins le concours de la CNSA calculé conformément au mécanisme décrit *supra*) et son potentiel fiscal est écrêté à 30%. Les sommes nécessaires pour réaliser cet écrêtement au bénéfice des départements concernés viennent ensuite réduire d'autant le montant disponible pour la péréquation entre les autres départements.

Plusieurs rapports ont pointé la forte dispersion du concours de la CNSA en pourcentage de dépense d'APA,⁸ qui varie de 5,76% dans les Hauts-de-Seine à 83,56% à Saint-Pierre-et-Miquelon. De même, ces rapports pointent les faiblesses des critères de répartition actuelle.

2. La gestion de l'action sociale locale est éclatée les départements, les caisses de retraite, les communes et leurs CCAS

L'action sociale locale, dont une partie est à destination des personnes âgées dépendantes, a fait l'objet ces dernières années de trois rapports d'évaluation :

- ◆ un rapport de 2006 de la Cour des comptes⁹ ;
- ◆ un rapport de 2006 de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹⁰ ;
- ◆ un rapport de 2007 de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale¹¹.

La section suivante présente, avec une attention toute particulière pour les dépenses de prévention de la dépendance, l'action sociale des opérateurs suivants :

- ◆ **les collectivités locales** (communes, CCAS et départements) ;

⁷ Cf. article L 3334-6 du CGCT : « Le potentiel fiscal d'un département est déterminé par application aux bases départementales des quatre taxes directes locales du taux moyen national d'imposition à chacune de ces taxes. Il est majoré [...] de la moyenne, pour les cinq derniers exercices connus, des produits perçus par le département au titre des impositions prévues aux 1° et 2° de l'article 1594 A du code général des impôts (droits de mutation à titre onéreux) ».

⁸ Par exemple, voir *Rapport d'information fait au nom de la Mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, M. Alain Vasselle, janvier 2011, p. 93 et suivantes.

⁹ *L'action sociale dans le régime général*, chapitre IX du Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2006, Cour des comptes.

¹⁰ *L'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) en faveur du maintien à domicile des personnes âgées*, Rapport n° 2006-063 de l'IGAS, juillet 2006.

¹¹ Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur *L'action sociale du régime général de sécurité sociale et l'action sociale des collectivités territoriales*, Mme Martine Carrillon-Couvreur, 20 février 2007.

- ◆ **les caisses de retraite des régimes générales (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés -CNAVTS ; Caisse centrale de la mutualité sociale agricole - CCMSA ; Régime social des indépendants – RSI).**

Par ailleurs, les régimes de retraite complémentaires AGIRC-ARCCO (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés – Association générale des institutions de retraite des cadres), **qui mènent également des interventions pour des montants importants, n'ont pas été traités** car n'étaient pas représentés au sein du groupe ; une analyse fine des dépenses de prévention devrait toutefois s'attacher à étudier leur rôle, ainsi que leur articulation avec les autres opérateurs de l'action sociale locale.

2.1. Les dépenses d'action sociale des collectivités locales représentaient selon la DREES 6,4 Md€ en 2008

Depuis les premières lois de décentralisation, les compétences du département ont été progressivement étendues et affirmées en matière d'action sociale. **La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a ainsi confirmé le département dans son rôle de chef de file de l'action sociale** ; celui-ci dispose ainsi d'une compétence de droit commun, codifiée pour l'essentiel à l'article L. 121-1 du code de l'action sociale et des familles. **Parallèlement aux actions des départements, les communes mènent, directement ou via leur CCAS (centres communaux d'action sociale), leurs propres interventions d'action sociale.**

Selon la DREES¹², les dépenses nettes des départements en faveur des personnes âgées se sont élevées à 6,4 Md€ en 2008, en augmentation de +5,7% par rapport à 2007. La principale de ces dépenses est l'APA, qui pèse pour 80% de la dépense totale nette, puis l'ASH nette, qui en représente 10%. Outre ces deux principales dépenses, les collectivités locales distribuent d'autres prestations, visant pour l'essentiel à d'aider les personnes âgées dépendantes désirant rester à domicile¹³ :

- ◆ **les aides des départements (hors APA)**, qui consistent surtout en des aides ménagères et du portage de repas, ont été évaluées pour l'année 2008 par la DREES¹⁴ à 82 millions d'euros, en recul de 10% par rapport à 2007 en raison de la baisse du nombre de bénéficiaires ;
- ◆ **les actions financées par les communes** en faveur du maintien à domicile sont mal évaluées. Selon la direction du budget, les **communes** ont participé à hauteur de 170 M€ en 2009 à des **actions de maintien à domicile** des GIR 5 et 6 notamment.

¹² Par exemple, cf. *Dépenses d'aide sociale départementale en 2008*, Élise Clément, Document de travail n° 143, avril 2010.

¹³ Le versement des aides peut être effectué par le biais d'un établissement public, tels que les CCAS (Centres communaux d'action sociale) ou d'associations.

¹⁴ *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2008*, Études et résultats n° 714, janvier 2010.

Tableau 16 : Évolution de la dépense nette des collectivités locales en faveur des personnes âgées (M€)

		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Aides d’action sociale des départements	Aides brutes aux personnes âgées à domicile (aides à domicile, APA à domicile etc.)	2 728,9	2 914,5	3 102,3	3 321,8	3 512,2	NC
	Aides brutes aux personnes âgées en établissement (ASH, accueil chez les particuliers, APA en établissement...)	3 116,1	3 203,7	3 384,9	3 640,8	3 820,3	NC
	Aides non ventilées	154,9	179,1	230,6	198,7	191,1	NC
	Total des reprises	1 115,6	1 108,2	1 076,6	1 124,4	1 143,3	NC
	Total action sociale NETTE des départements	4 884,3	5 189,1	5 641,2	6 036,9	6 380,3	NC
Aides d’actions sociales des communes		NC	NC	NC	NC	NC	170

Source : DREES ; direction du budget.

L’information sur l’action sociale des collectivités territoriales ressort comme insuffisante, notamment en ce qui concerne les communes. En effet, il n’existe pas de données agrégées sur l’ensemble de l’action sociale de ces dernières ; les seules données disponibles concernent l’action sociale et de santé des communes de plus de 10 000 habitants.

Selon le rapport précité de la MECSS, les seules données collectées au niveau national concernent l’action sociale –au sens large– des départements. Les comptes administratifs de ces derniers présentent toutefois également certaines limites :

- ◆ d’une part, ils ne permettent pas d’identifier les dépenses extralégales et facultatives en tant que telles ; On retrouve la même difficulté avec les communes.
- ◆ d’autre part, certaines prestations, comme l’ASH, sont assez mal connues.

2.2. L’action sociale des caisses de retraite représente, au sens large, 660 M€ en 2010

Les caisses de retraite des régimes général et complémentaire mènent également des actions en faveur des personnes âgées dépendantes.

Contrairement à l’action sociale conduite par les collectivités territoriales, l’action sociale des caisses est facultative et subsidiaire, et ne concerne pas les aides sociales.

Pour le régime général, le cadre de l’action sociale de la branche vieillesse est fixé par l’article L. 222-1 du code de la sécurité sociale¹⁵, qui se limite à poser le principe d’une action sociale. Les domaines d’action et la nature des actions à conduire sont précisés par des arrêtés programmes. Les enveloppes pluriannuelles de crédits des fonds d’action sociale sont fixées par les conventions d’objectifs et de gestion (COG), après négociation avec la tutelle des caisses nationales.

¹⁵ « La caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés...exerce une action sanitaire et sociale en faveur de ces derniers dans le cadre d’un programme fixé par arrêté ministériel après consultation de son conseil d’administration ».

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L’action sociale locale

Les dépenses d’action sociales des caisses de retraite peuvent être rattachées à deux catégories :

- ◆ les prestations individuelles (aides ménagères à domicile, aide au retour à domicile après hospitalisation, aide à l’amélioration de l’habitat etc.) ;
- ◆ les prestations collectives, qui sont pour l’essentiel des prêts aux promoteurs, ainsi que des subventions d’investissement ou de fonctionnement aux associations pour les maisons de retraite et aux foyers qui accueillent des personnes âgées dépendantes.

A la suite de la création de l’APA, et de critiques formulées par la Cour des comptes, la CNAVTS a entamé une réorientation de son action sociale en définissant une nouvelle cible. Désormais, elle concentre l’aide ménagère sur les personnes âgées les moins dépendantes relevant des GIR 5 et 6.

Par ailleurs, depuis 2003, elle expérimente de nouvelles prestations destinées à offrir des alternatives à l’hébergement permanent :

- ◆ l’aide à l’hébergement temporaire et l’aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) ;
- ◆ une nouvelle procédure d’évaluation globale des besoins a été développée, devant déboucher sur l’élaboration de plans d’actions personnalisés (PAP).

2.2.1. Environ 360 000 personnes bénéficient de l’action sociale du régime général de la branche retraite

Le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l’action sociale des régimes de base de la branche retraite. Pour ces trois régimes, qui ont répondu aux sollicitations du groupe, les éléments suivants peuvent être relevés :

- ◆ **depuis 2005, le nombre de bénéficiaires de l’action sociale de la CNAV et de la CCMSA a cru de près de 21,5%, soit un rythme comparable à celui de l’APA ;**
- ◆ **la majorité des bénéficiaires (56%) relèvent du GIR 6.**

Tableau 17 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l’action sociale de la branche retraite

Catégorie de bénéficiaires		2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de personnes en GIR 5	CCMSA	NC	32 971	30 738	28 024	28 918
	CNAV	97 531	101 829	106 980	106 253	105 150
	RSI	-	-	-	10 456	11 095
<i>Total GIR 5</i>		<i>97 531</i>	<i>134 800</i>	<i>137 718</i>	<i>144 733</i>	<i>145 163</i>
Nombre de personnes en GIR 6	CCMSA	NC	35 880	33 450	30 496	31 469
	CNAV	172 769	147 652	145 188	150 309	157 725
	RSI	-	-	-	19 113	18 174
<i>Total GIR 6</i>		<i>172 769</i>	<i>183 532</i>	<i>178 638</i>	<i>199 918</i>	<i>207 368</i>
Autres bénéficiaires	CCMSA	NC	14 582	13 594	12 393	15 247
	CNAV	8 360	5 091	2 547	2 592	NC
	RSI	-	-	-	254	587
<i>Total autres bénéficiaires</i>		<i>8 360</i>	<i>19 673</i>	<i>16 141</i>	<i>15 239</i>	<i>15 834</i>
Total		278 660	338 005	332 497	359 890	368 365

Source : CNAV, CCMSA, RSI.

Note : Créé en 2006, le RSI ne dispose pas de données exhaustives avant 2008.

2.2.2. Le montant de l’action sociale des caisses de retraite est évalué par la direction du budget à 660 M€

Selon la direction du budget (DB), l’action sociale de la Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV) à destination des personnes âgées s’est élevée au sein du FNAOSSPA, en 2010, à 371,7 M€, dont 288,5 M€ en prestations individuelles (soit 77,7% du total). Les autres régimes de retraites obligatoires de base (RSI, CCMSA, etc...) et complémentaires proposent également des actions en faveur des personnes dépendantes¹⁶, pour un montant estimé par la direction du budget à 289,0 M€ en 2010. **Au total, les dépenses d’action sociale de la branche retraite peuvent être évaluées, pour l’année 2010, à 660,7 M€, contre 581,6 M€ en 2003.**

Les dépenses d’action sociale des branches vieillesse sont faibles par rapport à l’ensemble de leurs dépenses : pour la CNAV, les dépenses d’action sociale, qui sont retracées dans le FNAOSSPA (Fonds national d’action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées) représentaient, en 2009, moins de 0,5% des dépenses totales de la Caisse.

En l’absence de « GIRage » des dépenses par la CNAV, il n’a pas été possible de ventiler les montants consacrés à l’action sociale en fonction du degré de dépendance des personnes âgées. **Les données les plus détaillées, fournies par la CCMSA, indiquent que les montants d’aide se répartissent de manière presque identique entre les GIR 5 et les GIR 6.**

Tableau 18 : Ventilation par destinataires des dépenses d’action sociale des régimes de base de la branche vieillesse (M€)

		2005	2006	2007	2008	2009
CNAV (montants non ventilés par GIR)		338,3	333,4	328,9	370	346,8
Montants d’aide pour des personnes en GIR 5	CCMSA	32,9	29,8	28,2	26,8	26,67
	RSI	-	-	-	10,2	11,9
<i>Total GIR 5</i>		<i>32,9</i>	<i>29,8</i>	<i>28,2</i>	<i>37,0</i>	<i>38,5</i>
Montants d’aide pour des personnes en GIR 6	CCMSA	29,3	26,6	25,1	23,9	23,74
	RSI	-	-	-	16,1	15,4
<i>Total GIR 6</i>		<i>29,3</i>	<i>26,6</i>	<i>25,1</i>	<i>40,0</i>	<i>39,1</i>
Montants pour les autres bénéficiaires	CCMSA	6,4	6,5	7,2	7,6	7,4
	RSI	-	-	-	0,1	0,5
<i>Total autres bénéficiaires</i>		<i>6,4</i>	<i>6,5</i>	<i>7,2</i>	<i>7,7</i>	<i>7,9</i>
Total		406,8	396,3	389,4	454,7	432,3

Source : CNAV, CCMSA, RSI.

¹⁶ Rapport d’information fait au nom de la mission commune d’information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Alain Vasselle, juillet 2008, p. 46.

2.2.3. En moyenne, l’aide annuelle moyenne est comprise entre 700 et 1 300 € par bénéficiaire

Pour la CNAV, la CCMSA et le RSI, l’aide dispensée aux bénéficiaires classés en GIR 5 et 6 est, en moyenne, comprise entre 700 € et 1 300 € par an, soit entre 58 € et 108 € par mois.

Tableau 19 : Montant annuel moyen des aides de la CNAV (€ par an)

	2005	2006	2007	2008	2009
Dépense annuelle moyenne (€ par an)	1213,88	1309,65	1291,25	1427,72	1319,26

Source : Rapporteur, à partir des données de la CNAV.

Tableau 20 : Montant annuel moyen des aides de la CCMSA (€ par an)

	2005	2006	2007	2008	2009
Montants moyens annuels d’aide pour des personnes en GIR 5	934,49	904,43	917,43	956,32	922,26
Montants moyens annuels d’aide pour des personnes en GIR 6	764,47	739,97	750,67	782,73	754,39
Montants moyens annuels pour les autres bénéficiaires	409,38	447,13	531,12	611,64	482,72

Source : Rapporteur, à partir des données de la CCMSA.

Tableau 21 : Montant annuel moyen des aides du RSI (€ par an)

	2008	2009
Montants moyens annuels d’aide pour des personnes en GIR 5	973,91	1 068,59
Montants moyens annuels d’aide pour des personnes en GIR 6	843,34	845,96
Montants moyens annuels pour les autres bénéficiaires	587,53	923,75

Source : Rapporteur, à partir des données du RSI.

2.2.4. L’aide ménagère constitue l’essentiel de l’aide apportée

Les rapports annuels des trois caisses, qui fournissent des informations sur la destination de leurs dépenses d’action sociale, ont été en partie complétés à la demande du groupe. **Il ressort que l’essentiel de l’aide apportée aux personnes âgées consiste en de l’aide ménagère** ; celle-ci représentait ainsi :

- ◆ 71% de la dépense de la CNAV en 2009 ;
- ◆ 74% de la dépense du RSI en 2008 ;
- ◆ 55% de la dépense de la CCMSA en 2009.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L'action sociale locale

Tableau 22 : Ventilation par destination des dépenses d'action sociale de la CNAV (M€)

Type de dépenses		2005	2006	2007	2008	2009
Aide au maintien à domicile	(1) = (2)+(3)+(4)+(5)+(6)	269,76	269,8	277,4	292,4	279
Dont évaluation des besoins	(2)	2,21	6,8	10,8	17,2	14,7
Dont PAP - Aide ménagère ¹⁷	(3)	246,1	234,7	237,3	249,6	246,6
Dont aide à l'habitat	(4)	18,15	18,4	19,2	14,3	8,8
Dont autres aides (secours)	(5)	3,3	2,9	2,3	2,6	2,4
Dont autres dépenses (Aides collectives ¹⁸)	(6)	5,4	7	7,8	8,7	6,5
Départements d'Outre-Mer ¹⁹	(7)	5,1	5,2	3,1	4,5	6
Aides aux lieux de vie collectifs ²⁰	(8)	63,4	58,4	48,4	73,1	61,8
Total des dépenses consacrées à l'action sociale	(9) = (1)+(7)+(8)	338,26	333,4	328,9	370	346,8
Total des dépenses du FNAASSPA (incluant d'autres éléments que l'action sociale)		NC	443,0	441,3	483,3	458,3

Source : CNAV.

Tableau 23 : Ventilation par destination des dépenses d'action sociale du RSI (M€)

	2007	2008	2009
Aide ménagère	47,17	43,9	39,1
Aide au maintien à domicile	5,01	5,1	3,5
Aide à l'habitat	6,06	6,1	
Autres aides	6,06	6,1	23,3
Total des dépenses du RSI	64,39	59,4	66,1

Source : RSI (Rapport d'activité 2008 et 2009), RSI (2011).

¹⁷ L'aide ménagère est progressivement intégrée dans le PAP sur la période 2005-2009. Cette ligne intègre également les prestations d'aide à domicile délivrées dans le cadre d'une aide à la sortie d'hospitalisation (PAP d'urgence).

¹⁸ Il s'agit du financement (subventions) d'actions gérontologiques locales (aide au montage de services à destination des personnes âgées fragilisées) et d'actions de prévention (atelier mémoire, équilibre, nutrition ...).

¹⁹ Dépenses d'aide au maintien à domicile des départements d'Outre-Mer (Caisses générales de sécurité sociale).

²⁰ Financement d'établissements pour personnes âgées (EHPA) pour la construction et la rénovation.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L’action sociale locale

Tableau 24 : Ventilation par destination des dépenses d’action sociale de la CCMSA (M€)

	2005	2006	2007	2008	2009
Aide ménagère ²¹	62,15	56,37	53,31	50,67	50,41
Aide au maintien à domicile ²²	1,33	1,16	1,23	1,83	2,04
Aide à l’habitat ²³	1,79	1,78	1,70	0,99	0,99
Aides aux lieux de vie collectifs ²⁴	1,49	1,66	2,71	3,06	2,45
Autres aides ²⁵	1,46	1,56	0,90	0,97	0,97
Autres dépenses (hors prestations) ²⁶	0,29	0,37	0,68	0,73	0,91
Total des dépenses	68,51	62,90	60,53	58,25	57,77

Source : CCMSA.

²¹ Aide à domicile.

²² Prestations supplémentaires (portage de repas, téléassistances, aides aux aidants...).

²³ Réhabilitation et amélioration de l’habitat (équipement et installations ; accès et maintien dans l’habitat).

²⁴ Subventions.

²⁵ Hébergement temporaire ; vacances pour retraités à revenus modestes ; secours et aides financières ; animation vie sociale.

²⁶ Autres actions collectives.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L'action sociale locale

La prépondérance de l'aide ménagère peut également se mesurer par son nombre de bénéficiaires :

- ◆ pour la CNAV, 280 000 personnes bénéficiaient en 2009 d'une aide ménagère (soit un nombre plus important que celui des personnes du régime classées en GIR 5 et 6 - 262 875 personnes en 2009 ; la prestation est donc largement diffusée) ;
- ◆ pour le RSI, 27 262 personnes bénéficiaient, selon son rapport annuel, d'une aide ménagère. Faute de données précises sur le nombre exact de bénéficiaires de l'action sociale de caisse, on peut estimer que l'aide ménagère bénéficiait à près de 60% des personnes âgées bénéficiant de l'action sociale de la caisse) ;
- ◆ pour la CCMSA, 61 036 personnes bénéficiaient en 2009 d'une aide ménagère (soit 80% des 75 634 bénéficiaires de l'action sociale à destination des personnes âgées).

Tableau 25 : Nombre de bénéficiaires de l'action sociale de la CNAV

	2005	2006	2007	2008	2009²⁷
Bénéficiaires d'une évaluation de besoins	37 277	106 277	151 856	226 180	200 000
Bénéficiaires d'un plan d'actions personnalisé	NC	24 916	53 911	168 867	240 000
Bénéficiaires d'une aide ménagère	278 659	254 572	254 715	259 153	280 000
Bénéficiaires d'un plan d'aide au retour à domicile	10 314	15 402	22 708	28 891	37 841
Bénéficiaires d'une aide à l'habitat	14 874	12 502	12 647	10 116	10 970

Source : CNAV.

Tableau 26 : Nombre de bénéficiaires de l'action sociale du RSI

	2007	2008	2009
Aide ménagère	31 866	29 472	27 262
Autre aide	20 322	22 910	20 843
Aide à l'habitat	2 969	2 597	2 792

Source : RSI (Rapport d'activité 2008 et 2009).

²⁷ Pour l'année 2009 les données sont basées sur une estimation à partir de deux systèmes d'information (année de mise en œuvre du nouveau système d'information de l'action sociale de la CNAV).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L'action sociale locale

Tableau 27 : Nombre de bénéficiaires de l'action sociale de la CCMSA

	2008	2009
Bénéficiaires d'une évaluation de besoins	NC	NC
Bénéficiaires d'un plan d'actions personnalisé	NC	NC
Bénéficiaires d'une aide ménagère	58 824	61 036
Bénéficiaires d'un plan d'aide au retour à domicile	NC	NC
Bénéficiaires d'une aide à l'habitat	1 526	1 715

Source : CCMSA.

Au total, les dépenses de prévention, les aides techniques et les aides aux établissements médico-sociaux apparaissent donc très limitées.

2.2.5. Le niveau d'aide varie sensiblement d'une région à une autre

Concernant la répartition géographique des aides, on peut noter une disparité sensible d'une région à une autre :

- ◆ dans le cas de la CNAV, le montant moyen des plans d'aide varie de 779 € par an en Île-de-France, à 1 666 € en Aquitaine (soit un facteur deux) ;
- ◆ ces différences se retrouvent dans le cas du régime agricole, même si certaines caisses expliquent l'essentiel des écarts.

Tableau 28 : Répartition géographique de l'action sociale de la CNAV

Nom de la Caisse régionale	Répartition des pensionnés de plus de 75 ans dans le régime général	Répartition des bénéficiaires de l'action sociale	Répartition des montants financiers	Montant moyen annuel d'aide (€)
Aquitaine	4,8%	6,0%	7,6%	1666,99
Auvergne	2,3%	2,2%	2,8%	1659,18
Bourgogne Franche-Comté	4,7%	6,7%	6,9%	1346,14
Nord-Picardie	8,9%	8,9%	9,9%	1469,31
Centre Ouest	3,8%	4,3%	4,5%	1376,27
Rhône Alpes	10,0%	11,8%	12,0%	1342,48
Sud-Est	8,2%	7,0%	6,3%	1190,80
Languedoc- Roussillon	3,6%	4,1%	5,2%	1644,09
Nord-Est	4,4%	5,7%	5,4%	1246,44
Pays de la Loire	5,0%	5,7%	5,9%	1361,93
Centre	4,0%	3,4%	3,9%	1512,22
Ile de France	21,5%	14,2%	8,4%	779,84
Bretagne	4,3%	4,1%	5,1%	1657,82
Normandie	5,0%	4,9%	5,9%	1562,87
Alsace Moselle	5,3%	6,6%	5,0%	998,72
Midi-Pyrénées	4,1%	4,5%	5,2%	1513,46
Total Métropole	100,0%	100,0%	100,0%	1314,28

Source : Calculs du rapporteur, à partir des chiffres fournis par la CNAV.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe III – L’action sociale locale

Tableau 29 : Répartition géographique de l’action sociale de la CCMSA

Nom de la Caisse régionale	Répartition des pensionnés de plus de 75 ans dans le régime agricole	Répartition des bénéficiaires de l’action sociale	Répartition des montants financiers	Montant moyen annuel d’aide (€)
Ain Rhône	2,1%	2,4%	2,0%	1193,07
Alpes du Nord	2,4%	2,6%	1,6%	904,48
Alpes Vaucluse	1,8%	3,0%	3,6%	1707,55
Alsace	1,7%	2,3%	1,3%	771,03
Ardèche Drôme Loire	3,0%	4,5%	4,3%	1350,38
Armorique	4,5%	5,6%	4,5%	1142,86
Auvergne	4,2%	4,1%	3,3%	1139,78
Beauce Cœur de Loire	2,8%	2,2%	2,6%	1688,37
Berry Tourraine	3,3%	4,7%	2,7%	813,27
Bourgogne	3,8%	3,7%	4,7%	1791,71
Charentes	2,9%	1,7%	1,6%	1334,36
Corse	0,4%	0,1%	0,6%	7000,00
Côtes Normandes	3,6%	0,9%	2,1%	3459,30
Dordogne Lot et Garonne	3,3%	2,1%	3,9%	2608,84
Franche Comté	1,9%	3,2%	1,7%	756,50
Gironde	2,2%	3,3%	2,9%	1248,70
Grand Sud	2,4%	1,5%	3,6%	3377,53
Haute Normandie	2,3%	0,8%	1,5%	2882,35
Île de France	2,0%	1,1%	1,4%	1695,07
Languedoc	3,4%	2,4%	5,4%	3168,20
Limousin	3,0%	3,5%	3,5%	1445,81
Loire Atlantique	4,3%	3,3%	3,3%	1426,94
Lorraine	1,8%	2,0%	1,7%	1217,28
Maine et Loire	2,2%	0,1%	1,9%	18595,24
Marne Ardennes Meuse	1,9%	1,1%	1,8%	2229,63
Mayenne Orne Sarthe	4,6%	4,8%	3,3%	976,10
Midi Pyrénées Nord	4,6%	5,9%	3,8%	920,82
Midi Pyrénées Sud	4,0%	3,3%	4,0%	1689,62
Nord Pas de Calais	3,1%	5,4%	4,1%	1075,98
Picardie	2,7%	1,6%	2,3%	2040,84
Portes de Bretagne	4,4%	5,8%	3,5%	857,61
Provence Azur	2,9%	3,5%	4,3%	1753,91
Sèvres Vienne	3,0%	3,7%	2,4%	908,92
Sud Aquitaine	2,6%	2,4%	3,5%	2075,05
Sud Champagne	1,0%	1,3%	1,0%	1028,53
Total métropole	100,0%	2,4%	100,0%	1414,39

Source : Calculs du rapporteur, à partir des chiffres fournis par la CCMSA.

2.3. La coordination entre les opérateurs de l'action sociale locale apparaît largement perfectible

Le groupe n° 4 a sollicité les différents acteurs de l'action sociale locale, afin de connaître :

- ◆ le nombre de conventions de reconnaissance mutuelle des évaluations entre les opérateurs ;
- ◆ les modalités de coopération locale entre les différentes équipes médico-sociales (EMS) ;
- ◆ le nombre de départements dans lesquels l'évaluation des caisses de retraite est réalisée par les EMS du conseil général.

Sur ces différents points, **il n'a pas été possible de disposer d'une information permettant de bénéficier à la fois d'une vision fine et agrégée des modalités de coopération entre les opérateurs de l'action sociale locale, ce qui amène à penser que celle-ci reste aujourd'hui assez limitée.**

3. L'éclatement de l'action sociale locale à destination des personnes âgées dépendantes soulève plusieurs questions, et appelle *a minima* une meilleure coordination entre ses acteurs

L'organisation actuelle de l'action sociale locale soulève trois enjeux principaux :

- ◆ **la nature et l'organisation des politiques de prévention** de la dépendance des personnes âgées, qui sont fondamentales pour retarder l'entrée en dépendance ;
- ◆ **l'équité du traitement territorial**, de sorte qu'une personne âgée ne soit pas désavantagée en raison de son lieu de résidence ;
- ◆ **le pilotage et la coordination des actions des différents opérateurs**, dans une logique d'efficacité et d'efficience.

Compte tenu de son mandat, il n'appartenait pas au groupe n° 4 d'étudier en profondeur l'efficacité de l'action sociale locale, et notamment des politiques de prévention ; ces questions relevaient en effet du mandat confié au groupe n° 1, dont il conviendra de lire les travaux.

Les échanges du groupe lors de deux réunions techniques consacrées à l'action sociale locale peuvent néanmoins être mentionnés :

- ◆ **concernant les dépenses de prévention :**
 - les actions de prévention sont actuellement mal connues, non évaluées et peu ciblées. Certains considèrent que les actions de prévention doivent être réalisées de manière précoce, sans que ce point de vue soit cependant unanime ; certains plaident également pour que les actions de prévention soient ciblées sur les GIR 5 et 6, tandis que d'autres considèrent qu'une partie des actions à destination des GIR 4 relève également de la prévention ;
 - il n'existe aucune indication objectivée sur le « bon » montant qui devrait être consacré par la Nation à la prévention de la dépendance ;
 - les actions actuelles des caisses de retraite, qui sont pour l'essentiel des dépenses d'aide ménagère, ont évolué ces dernières années. Pour certains, elles gagneraient à être réorientées de manière plus importante vers des actions de prévention, qui sont aujourd'hui très limitées ; par ailleurs, certains membres ont souligné que les montants par tête d'aide ménagère leur semblaient trop faibles, et s'apparentaient à du saupoudrage.

- ◆ **concernant l'équité territoriale :**
 - les moyens financiers consacrés localement à l'action sociale s'expliquent principalement par l'héritage historique ;
 - cette situation pourrait faire courir le risque d'une certaine inégalité territoriale ;
- ◆ **concernant le pilotage et la coordination des actions des différents opérateurs :**
 - le pilotage de l'action sociale locale apparaît trop faible ;
 - les opérateurs travaillent trop souvent de manière isolée, sans coopération avec les autres entités. Une meilleure organisation permettrait notamment à la prévention d'être mieux ciblée, plus efficace et plus efficiente ;
 - les départements ont acquis une expertise et développé un réseau dont on imagine mal la disparition à l'avenir ;
 - il existe des avantages et des inconvénients à un changement de la situation actuelle, notamment en cas d'unification de l'action sociale locale ; aucun modèle ne recueille l'unanimité des membres du groupe.

Les débats tenus lors des réunions du groupe montrent que des évolutions seraient souhaitables en matière de pilotage de l'action sociale locale.

Quel que soit le modèle retenu, **le besoin de pilotage reste en effet un objectif prioritaire, tant pour le bénéfice des personnes âgées dépendantes que des finances publiques.** Pour les actions de prévention, les travaux du groupe n° 1, auquel on se réfère, ont montré que trois modèles de pilotage de ces dépenses étaient envisageables :

- ◆ dans le premier, les départements seraient les seuls responsables de la prévention de la dépendance, avec pour conséquence une compensation financière ;
- ◆ dans le second modèle, les caisses de retraite seraient chargées de l'exercice de cette compétence, ce qui se traduirait par une réorientation de leur politique actuelle d'action sociale ;
- ◆ enfin, dans le dernier modèle, le pilotage de la prévention serait conjointement exercé par les départements et les Agences régionales de santé (ARS).

ANNEXE IV

Les différents systèmes de couverture de la dépendance des personnes âgées à l'étranger

SOMMAIRE

1. LES DIFFÉRENCES ENTRE LES MODÈLES DE COUVERTURE DE LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES SE SONT PROGRESSIVEMENT ESTOMPÉES.....	1
1.1. Trois familles de modèles de la couverture de la dépendance peuvent être isolées.....	1
1.1.1. <i>Les modèles où la couverture de la dépendance relève principalement de la puissance publique.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Les modèles ayant une logique subsidiaire</i>	<i>6</i>
1.1.3. <i>Les modèles d'aide sociale.....</i>	<i>12</i>
1.2. Les différences entre les modèles de couverture de la dépendance se sont toutefois progressivement estompées	14
1.3. En Europe, les montants d'aide publique consacrée à la dépendance varient d'un pays à l'autre, sans toutefois que ces différences s'expliquent par la nature du système	16
2. L'EXAMEN DES DIFFÉRENTS MODÈLES DE COUVERTURE DE LA DÉPENDANCE PERMET D'IDENTIFIER PLUSIEURS PROBLÉMATIQUES FINANCIÈRES	17
2.1. Il existe un arbitrage entre le soutien aux aidants et le soutien à la personne âgée dépendante.....	17
2.2. La plupart des pays prennent en compte le patrimoine des personnes âgées dépendantes.....	18
2.3. La couverture de la dépendance n'est pas totale.....	19
2.4. Les systèmes d'aide publique ne sont pas parfaitement rationalisés et résultent souvent d'ajouts successifs	19
2.5. La plupart des systèmes de couverture de la dépendance présentent un caractère décentralisé poussé	20

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

En fonction du contexte socio-culturel (poids de la famille et de la tradition sociale), de la structure démographique et de la capacité d'offres de soins, **les réponses apportées au risque de dépendance des personnes âgées apparaissent en première analyse assez diverses d'un pays à l'autre¹**.

S'il n'existe pas de classification unique des différents modèles de couverture du risque de dépendance, on peut néanmoins relever qu'ils peuvent être caractérisés suivant :

- ◆ la nature de leur financement et de leur gestion. On distinguera ainsi :
 - le système « bismarckien » (financement par cotisations sociales d'une assurance au seul bénéfice des contributeurs, proportionnalité des prestations et des cotisations au salaire, cogestion par les salariés et les employeurs) ;
 - le système « beveridgien » (financement par l'impôt d'un système universel, géré par l'État, et uniformité des prestations) ;
- ◆ l'étendue du rôle confié à la puissance publique :
 - les prestations peuvent être versées à tous, sans distinction de revenu, selon une logique universelle ;
 - elles peuvent être réservées aux plus modestes.

Au total, trois familles de modèle peuvent être dégagées² :

- ◆ les modèles où la couverture de la dépendance relève principalement de la responsabilité de la puissance publique ;
- ◆ ceux où l'intervention publique intervient en complément, notamment de l'action de la famille et des aidants ;
- ◆ ceux ayant une logique d'aide sociale, couvrant par principe les besoins des plus démunis.

Les différences entre ces modèles ont toutefois tendance à s'estomper depuis plusieurs années.

1. Les différences entre les modèles de couverture de la dépendance des personnes âgées se sont progressivement estompées

1.1. Trois familles de modèles de la couverture de la dépendance peuvent être isolées

1.1.1. Les modèles où la couverture de la dépendance relève principalement de la puissance publique

La première famille de modèle de couverture de la dépendance correspond à des systèmes où la protection contre le risque de dépendance relève, en priorité, de la puissance publique. Parmi les pays les plus représentatifs de ce modèle, on trouve notamment les pays scandinaves, les Pays-Bas et le Japon.

¹ La plupart des informations contenues dans cette note proviennent d'une étude des services économiques à l'étranger de la direction générale du Trésor (*Prise en charge des personnes âgées dépendantes – Étude comparative dans 14 pays*, avril 2010).

² *The Long-Term Care System in Germany*, Discussion Paper n° 1 039, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Erika Schulz, Août 2010.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

En Suède, le système de protection sociale est d'inspiration « beveridgien » : les droits sont universels et financés par des impôts ; chaque individu a des garanties suffisamment élevées, qu'il travaille ou non. Ainsi, le montant de l'aide reçue dépend principalement du revenu, ainsi que du type d'hébergement. Il est calculé en fonction du montant prévu pour couvrir le coût de la vie d'un individu – défini par la législation – et le coût de son hébergement³. Au total, dans ce pays, les soins des personnes âgées sont presque totalement financés par des impôts locaux (85%) et nationaux (environ 10%), tandis que les utilisateurs ne paient seulement qu'une fraction du coût de la dépendance (5-6%).

Encadré 1 : Le modèle suédois de couverture de la dépendance

En Suède, le financement de la dépendance est fondé **essentiellement sur les aides publiques**. En effet, la **part privée** du financement ne représente qu'un peu plus de 10% du financement total, même si le gouvernement cherche de plus en plus à développer ce secteur. Ce financement coûte environ 5 milliards d'euros, soit 3,5% du PIB.

Il n'existe pas d'allocation personnelle d'autonomie, mais plusieurs aides ayant des finalités différentes :

- une **allocation logement est** versée par la caisse de sécurité sociale. Elle est fondée sur le revenu, le prix du loyer, la situation familiale et l'âge. Dans le cas d'un retraité seul de plus de 65 ans, l'aide peut atteindre 93% du prix du loyer si celui-ci est inférieur à 5000 SEK (environ 500 euros). Au maximum, il peut donc toucher jusqu'à 4650 SEK, soit environ 465 € (dans le cas d'un couple, le coût du loyer est divisé par deux, et l'allocation peut atteindre au maximum 93 % du prix du loyer si celui-ci est inférieur à 2500 SEK -environ 250 € par personne) ;
- **l'aide à domicile** comprend notamment le ménage, la lessive, l'assistance pour effectuer des achats, pour aller à la poste ou à la banque, et la préparation des repas. En 2008, la somme payée par un individu pour recevoir une aide à domicile était plafonnée à 1 640 SEK (environ 170 €) par mois ;
- **les aides à la personne** comprennent l'assistance aux repas, l'habillement, les déplacements, l'aide à l'hygiène, et la lutte contre la solitude ;
- **enfin, concernant les soins à domicile**, 19% des personnes âgées qui reçoivent des soins médicaux à la maison ne paient pas de frais à cause de leurs faibles revenus. Le montant des frais est aussi plafonné selon les principes du ticket modérateur. Sur une période d'un an glissante, la personne âgée ne peut payer plus de 900 SEK pour des traitements et plus de 1800 SEK pour la prescription de médicaments. Au-dessus de ces sommes, l'État intervient à 100%.

Globalement, les soins médicaux et les services sociaux sont destinés à tout le monde, **même s'il existe une participation des personnes au financement des services**, variant suivant les municipalités :

- pour les soins à domicile, dans la plupart des cas, les personnes participent financièrement en fonction de leurs revenus et du type d'intervention ;
- pour les personnes âgées résidant en logements spécifiques, y compris les établissements, la municipalité se voit rembourser une somme qui dépend uniquement des revenus des personnes âgées, sans prise en compte de leur besoin ou de leur niveau de dépendance.

Enfin, le revenu minimum dont doit disposer une personne âgée a été fixé à 4 421 SEK (environ 440 €) pour une personne seule et 3 704 SEK (environ 370 €) par personne pour les couples. Les frais d'aide sont pris en charge par la commune de manière à ce que ces minima soient respectés.

Source : DG Trésor.

³ La personne âgée doit néanmoins garder le montant de l'aide avant que des frais ne lui soient prélevés pour ses soins.

De la même manière, le système de couverture de la dépendance repose aux Pays-Bas sur la philosophie sous-jacente d'une responsabilité de l'État pour les personnes âgées et, plus globalement, pour les personnes nécessitant une prise en charge de longue durée⁴ : ainsi, la puissance publique doit « assurer aux personnes souffrant d'une maladie chronique ou de longue durée, de nature physique, intellectuelle ou psychologique, une prise en charge de bonne qualité et à un coût supportable pour la société »⁵. Toutefois, il doit être noté qu'aux Pays-Bas, le système de sécurité sociale est assurée, pour une partie substantielle, par des compagnies privées.

Encadré 2 : Le modèle néerlandais de couverture de la dépendance

Le système néerlandais de couverture de la dépendance des personnes âgées propose des services qui visent majoritairement à leur permettre de rester à domicile et d'améliorer leur participation à la vie sociale. Il repose sur trois compartiments distincts :

- **les soins courants (« cure »), sont couverts depuis le 1er janvier 2006 par la loi sur l'assurance maladie (ZVW).**

Aux Pays-Bas, les compagnies d'assurances maladie privées prennent en charge à la fois l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire.

- **les soins intensifs de longue durée (« care ») sont couverts par la loi sur les dépenses de santé extraordinaires (loi « AWBZ ») de 1968.**

Depuis cette date, toute personne vivant aux Pays-Bas est assurée par un régime d'assurance qui ne couvre pas seulement les soins de longue-durée des personnes âgées, mais en principe, tous les soins chroniques, spécialement les dépenses extraordinaires qui ne pourraient pas être prises en charge par l'assurance maladie privée :

- la loi couvre les soins à domicile et en institution pour les personnes âgées, pour les handicapés physiques et mentaux, et les patients souffrant de maladies psychiatriques chroniques ;
 - pour pouvoir bénéficier de l'assistance-AWBZ, il faut tout souffrir de **problèmes de santé** (affection, maladie somatique, psycho gériatrique, psychiatrique, handicap mental, physique ou sensitif), et avoir raisonnablement besoin du soutien des soins AWBZ **au-delà d'un certain niveau de soins courants qui peut être effectués par l'entourage** ;
- il existe **cinq prestations ou fonctions** qui expriment la demande de soins des personnes concernées :
 - les soins personnels (soins quotidiens, pose de prothèses, exercices) ;
 - le traitement (administration de médicaments ou d'oxygène, pansement des blessures, instructions concernant les traitements et les malades) ;
 - l'assistance thérapeutique (spécialisation médicale et para-médicale) ;
 - l'accompagnement (aide à la mise en place de structures, soutien aux aptitudes pratiques, supervision) ;
 - le séjour (lorsque les soins mentionnés ci-dessus s'accompagnent nécessairement d'un environnement sécurisé de l'habitat, un cadre de vie thérapeutique ou une surveillance permanente). Il doit être noté que depuis le 1er juillet 2007, les patients autorisés à la prestation de séjour peuvent choisir de rester à domicile et de recevoir des soins « en nature »
- les personnes âgées en institution doivent contribuer à leur nourriture et leur logement ; il n'y a toutefois pas de récupération sur patrimoine.
- **le soutien social est couvert par la loi « WMO ».**

Depuis 2007, l'aide à domicile a été retirée de l'AWBZ et intégrée dans la loi « WMO », qui réunit plusieurs régulations. Le soutien social prévu par la loi « WMO ». Elle propose deux types d'aide ménagère pour les personnes qui ont besoin de soutien dans leur vie quotidienne :

⁴ Le système néerlandais ne distingue pas selon l'âge mais bien selon la nature des soins requis. Les chiffres du système des soins longue-durée aux Pays-Bas ne peuvent donc pas être précisément reliés à l'âge des personnes dépendantes.

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31700 hoofdstuk XVI, nr.2

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

- HH1 (aide purement pour les tâches ménagères) ;
- HH2 (aide aussi pour l'organisation du ménage).

L'aide sociale « WMO » couvre entre autres en l'assistance à domicile, le portage de repas à domicile, la mise en place de systèmes d'alarme, l'adaptation du domicile, l'organisation des activités sociales et le transport. Elle régit tous les services d'aide à la personne et offre un guichet unique aux résidents des communes. Les municipalités sont responsables de l'exécution de cette loi.

Source : DG Trésor.

Dans le cas du Japon, l'assurance dépendance pour personnes âgées est un système public introduit en 2000. Les personnes âgées peuvent bénéficier de soins médicaux et de services à domicile (visites, soutien dans les tâches quotidiennes aux personnes à mobilité réduite, hospitalisations à domicile...) ou dans des établissements spécialisés, en fonction de leur niveau de dépendance.

Le financement de cette assurance dépendance, qui représente environ 1,5% du PIB en 2010 (soit 7 000 Mds ¥), est assuré à part égale par l'État (en partie via la hausse en 1997 de 2 points de la taxe sur la consommation, désormais fixée à 5%) et par les assurés eux-mêmes, avec toutefois une distinction suivant leur âge :

- ◆ les personnes âgées de plus de 65 ans (qui représentent 23% de la population, soit 29 millions de personnes aujourd'hui), contribuent à hauteur de 19% au financement du système (85% des cotisations sont directement prélevées sur les prestations retraite – les cotisations mensuelles s'élèvent depuis 2006 à 4 090 yens – 27 euros) ;
- ◆ **les personnes âgées de 40 à 64 ans (qui représentent 33% de la population, soit 43 millions de personnes), contribuent pour 31% au financement de l'assurance dépendance, soit davantage que les personnes âgées de plus de 65 ans.** Au niveau individuel, le prélèvement est en moyenne égal à 0,88% du salaire mensuel dans le secteur privé (soit environ 2 800 ¥ ou 21 €), et à 0,95% du salaire mensuel pour les fonctionnaires. Les non-salariés versent pour leur part une cotisation, d'un montant mensuel moyen de 1 300 ¥ (10 €), au Fonds de remboursement de la sécurité sociale.

Le ticket modérateur à la charge des personnes âgées ne représente pour sa part que 10% des dépenses totales, soit 0,15% du PIB. Il doit être noté que le coût de la dépendance ne pèse pas sur les entreprises.

Tableau 1 : Plafond autorisé d'aide selon le degré de dépendance (Japon, 2010)

	Montant du plafond mensuel
Niveau de prévention 1	50 000 ¥ (400 €)
Niveau de prévention 2	104 000 ¥ (800 €)
Niveau de dépendance 1	166 000 ¥ (1 300 €)
Niveau de dépendance 2	195 000 ¥ (1 500 €)
Niveau de dépendance 3	268 000 ¥ (2 100 €)
Niveau de dépendance 4	306 000 ¥ (2 400 €)
Niveau de dépendance 5	358 000 ¥ (2 800 €)

Source : DG Trésor.

Encadré 3 : Le modèle japonais de couverture de la dépendance

Au Japon, **L'assurance dépendance est universelle**. Elle s'adresse à toutes les personnes dépendantes âgées de plus de 65 ans (limite d'âge ramenée à 40 ans en fonction de l'origine de la dépendance) quel que soit leur niveau de revenu, et ne cible pas particulièrement les personnes lourdement dépendantes (l'assurance dépendance a également pour objectif d'offrir des soins et services de prévention afin de limiter des soins plus lourds à l'avenir).

Le système d'assurance dépendance japonais propose aux bénéficiaires **trois types de services** :

- **Prévention** : le dispositif local de prévention propose un programme de musculation ou de prévention contre la malnutrition dans des *Comprehensive Support Centers* placés sous la responsabilité des collectivités locales ;
- **Soins à domicile ou hébergement de courte durée** : les personnes qui font appel aux prestataires de soins à domicile bénéficient de la visite d'aides-soignants qui peuvent les aider à prendre un bain, préparer le repas ou encore effectuer des exercices de rééducation. Il est également prévu le prêt d'équipement à domicile pour compenser la perte d'autonomie des patients, l'accueil seulement en journée de patients dans des services spécialisés (*day care*) et la possibilité d'un hébergement sur une très courte période (inférieure à un mois) afin de permettre au patient de retrouver une autonomie relative. Les visites nocturnes à domicile sont également assurées dans plus de 200 000 zones, principalement urbaines. Un standard est accessible par téléphone et une voiture peut se rendre sur place. Ce service couvre entre 300 et 400 personnes par zone.
- **Hébergement de longue durée** : les retraités dépendants mais encore relativement autonomes et s'inquiétant pour leur santé peuvent opter pour une maison de retraite qui dispose d'un service destiné aux personnes dépendantes, ou louer un logement aménagé spécifiquement pour les personnes âgées. Les personnes dont le degré de dépendance est plus élevé et qui souhaitent bénéficier de soins rééducatifs avant de rentrer chez eux peuvent choisir d'entrer dans des unités de soins dont la durée d'hébergement s'étend jusqu'à 24 mois. Enfin, les retraités dépendants peuvent décider de séjourner durablement dans des maisons de retraite spécialisées dans la prise en charge de la dépendance.

Il doit être noté que jusqu'en 2006, les frais de restauration et d'hébergement en cas d'hospitalisation étaient remboursés partiellement. Afin d'inciter les patients à faire davantage appel aux soins et services à domicile, moins coûteux, **ces frais de restauration et d'hébergement sont depuis la réforme de 2006 à l'entière charge du patient**.

Selon les statistiques du Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, **trois quarts des soins de dépendance sont traités à domicile, le quart restant dans des institutions spécialisées**.

Pour les personnes les plus modestes, d'autres aides sont prévues :

- **Au niveau local**, il existe plusieurs aides supplémentaires dont la forme varie selon les collectivités locales (allègement du niveau des cotisations au titre de l'assurance dépendance, subventions venant abaisser le montant des prestations d'assurance dépendance, prestations et services supplémentaires ...). Les dispositifs prévus par les articles 18 et 62 de la loi sur le système d'assurance dépendance autorisent également les collectivités locales (plus particulièrement les villes et villages) à relever le plafond mensuel de remboursement des services prévus au titre de la dépendance et de la prévention. L'adoption de tels dispositifs n'est toutefois pas systématique auprès des collectivités locales dans la mesure où leur mise en place se solde généralement par une hausse du niveau des cotisations.
- **Au niveau national**, un dispositif d'assistance publique, le « *Seikatsu Hogo* », garantit un revenu minimum. Le *Seikatsu Hogo*, qui n'est pas spécifique aux personnes âgées dépendantes, est régi par la *Daily Life Security Law*. Ce dispositif gère les aides, majoritairement financières, qui sont versées par les collectivités locales, et qui se répartissent en huit catégories (vie quotidienne, éducation, logement, médical, dépendance, accouchement, soutien à l'entrepreneuriat et enterrement). Le montant de l'aide varie selon la composition du foyer, du revenu et des actifs détenus par le demandeur de l'aide (y compris des ressources provenant de la sécurité sociale – retraites notamment) et du lieu de résidence du demandeur. Il vient avant tout compléter les ressources du foyer si elles sont en dessous d'un certain seuil fixé par le Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales.

Source : DG Trésor.

1.1.2. Les modèles ayant une logique subsidiaire

Dans la seconde catégorie de modèles, l'action de la puissance publique intervient en complément de la mobilisation, par la personne âgée dépendante, de ses revenus, de son patrimoine et de l'apport de ses aidants.

Dans le cas allemand, une 5^{ème} branche de protection sociale, et une assurance-dépendance obligatoire, ont été instituées au sein de la branche assurance-maladie. Toutefois, cette assurance ne finance pas tous les coûts de la dépendance :

- ◆ elle ne couvre que les frais médico-sociaux de la dépendance ; les frais annexes (hébergement, nourriture etc.) restent à la charge de la personne âgée ;
- ◆ les montants sont limités par des plafonds, qui dans les faits ne permettent pas une couverture totale de la dépendance ; ainsi, les prestations en établissement s'établissent au maximum à 1 918 € au maximum en 2010 pour les cas extrêmes (cf. tableau n° 2), alors que le coût en établissement varie, selon le ministère fédéral de la Santé, entre 3 000 et 5 000 € par mois ;
- ◆ enfin, l'aide sociale intervient de manière subsidiaire aux revenus des bénéficiaires, et à ceux de leurs obligés alimentaires.

Tableau 2 : Prestations dépendance en Allemagne (2010, € par mois)

	Soins à domicile		Soins partiellement hospitaliers	Soins en établissements hospitaliers	Soins de courte durée
	En nature pour les soins délivrés par les professionnels sociaux	En espèces pour les soins délivrés pour les proches			
Degré I (dépendance importante)	440 €	225 €	440 €	1 023 €	Jusqu'à 1 510 €
Degré II (dépendance sévère)	1 040 €	430 €	1 040 €	1 279 €	
Degré III (dépendance très sévère)	1 510 € (relèvement possible du plafond jusqu'à 1 918 €)	685 €	1 510 €	1 510 € (relèvement possible du plafond jusqu'à 1 825 €)	

Source : DG Trésor.

Encadré 4 : Le modèle allemand de couverture de la dépendance

En Allemagne, une 5^{ème} branche du système de sécurité sociale a été introduite en 1995 pour couvrir le risque de dépendance ; celle-ci, qui est placée « sous le toit » de la caisse d'assurance-maladie, ne couvre cependant pas toutes les dépenses de la personne âgée dépendante :

- en premier lieu, **les caisses de dépendance prennent en charge les dépenses socio-médicales**, secondées par les caisses d'assurance-maladie lors de maladies graves très coûteuses (cancer, patients en coma éveillé dans les centres de soins...). **La personne dépendante doit financer ses coûts de logement et dépenses quotidiennes – qu'elle soit à domicile ou placée dans un établissement ;**
- en second lieu, **le principe fondamental de l'assurance-dépendance allemande repose sur la prise en charge d'un forfait**, et non de l'intégralité des frais. Toutefois la loi prévoit une prise en charge supplémentaire (jusqu'à 2400 € annuellement) lors d'une dépendance particulièrement grave.

Dans le cas où la personne âgée ne peut financer ses coûts de logement et ses dépenses quotidiennes :

- la solidarité familiale est sollicitée à travers l'obligation alimentaire vis-à-vis des ascendants ;
- si celle-ci ne suffit pas, l'aide sociale⁶ peut venir en aide à la personne âgée dépendante (chapitre 7 du livre XII du Code social) ; celle-ci est explicitement ciblée sur les revenus les plus modestes. **La personne dépendante doit d'abord mobiliser ses ressources propres (retraites ou autres sources financières, liquider un contrat d'assurance-vie ...), et son patrimoine s'il dépasse une certaine valeur.** Ces questions relèvent en Allemagne de la jurisprudence.

Concernant les établissements de soin de dépendance, un système de financement dual prévaut :

- les coûts d'investissement des établissements de soin sont à la charge des Länder ;
- les dépenses courantes de ces établissements et les coûts des soins de dépendance sont à la charge des organismes d'assurance ou de la personne dépendante.

En termes de financement, plusieurs éléments doivent être soulignés :

- **l'assurance-dépendance ne bénéficie pas de subventions de la part de l'État fédéral.** Il s'agit d'une assurance obligatoire financée :
 - par les cotisations à l'assurance-dépendance sur les salaires ou retraites (le taux de cotisation financé à part égale par l'assuré et l'employeur s'élève globalement à 1,95% du salaire). Dans le cas où le salarié n'a pas d'enfant, une cotisation supplémentaire de 0,25% est portée à sa charge ;
 - par une contribution de l'Agence fédérale du travail pour les chômeurs ;
 - par la suppression d'un jour de congé lors de la mise en oeuvre de l'assurance-dépendance (le rendement de cette mesure a été estimé à 4,5 Mds€ à l'époque, soit environ 25% du coût du régime).
- **Le financement de l'aide sociale dans sa partie plus universelle (aides à la vie de tous les jours...) relève des communes**, tandis que les dépenses de l'aide sociale plus ciblées (aides au titre de la dépendance stricto sensu) sont financées en partie par les communes et en partie par les Länder (l'organisation financière diffère selon les Länder) ; le financement se fait alors sur la base des recettes d'impôts et de redistributions dans le cadre de péréquation financière interne à un Land.

Source : DG Trésor.

En Espagne, le système de prise en charge de la dépendance des personnes âgées s'inscrit également dans une logique de subsidiarité, même si celle-ci est plus marquée que dans le cas allemand. Ainsi, la couverture de la dépendance repose sur trois piliers⁷ :

⁶ Depuis la mise en oeuvre de l'assurance-dépendance, les dépenses d'aide sociale ont fortement diminué.

⁷ Il n'existe pas de statistiques sur la répartition des dépenses de dépendance entre les différents acteurs. Toutefois, 1,9 millions de personnes disposent d'un contrat d'assurance privée.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

- ◆ une aide publique (organisée pour l'essentiel par la loi de Promotion de l'autonomie personnelle et d'attention aux personnes en situation de dépendance) ;
- ◆ un financement privé (encore minoritaire mais qui devrait être amenée à se développer dans les prochaines années) ;
- ◆ le soutien informel apporté par la famille, les amis et les voisins. L'importance du soutien informel aux personnes âgées dépendantes est à souligner dans le cas de l'Espagne où la société se caractérise par un lien familial particulièrement fort.

Les plafonds d'aide sont établis chaque année ; ils sont moins élevés qu'en Allemagne ou qu'en France :

Tableau 3 : Plafond d'aide en Espagne selon le degré de dépendance (2010, € par mois)

	Prestation pour le paiement d'un service	Prestation économique pour prise en charge par l'entourage familial	Prestation d'assistance personnalisée
Degré III niveau 2	833,96 €	520,69 €	833,96 €
Degré III niveau 1	625,47 €	416,98 €	625,47 €
Degré II niveau 2	462,18 €	337,25 €	-
Degré II niveau 1	401,20 €	300,90 €	-

Source : DG Trésor.

Encadré 5 : Le modèle espagnol de couverture de la dépendance

La hausse du nombre de personnes en situation de dépendance en Espagne est à l'origine de l'adoption de la loi 39/2006 de Promotion de l'autonomie personnelle et d'attention aux personnes en situation de dépendance :

- les personnes en situation de dépendance peuvent désormais accéder de droit à un certain nombre de services ainsi qu'à des prestations économiques en fonction de leur degré de dépendance. En particulier, la prise en charge de l'individu par la famille suppose le versement d'une prestation monétaire et d'une reconnaissance d'emploi (inscription à la Sécurité sociale du parent preneur en charge de la personne dépendante) ;
- le SAAD (Système pour l'autonomie et l'attention à la dépendance) devient une nouvelle modalité de protection sociale, qui élargit et complète l'action de l'État et du système de Sécurité sociale. Il offre à la personne âgée dépendante :
 - cinq services (prévention des situations de dépendance et promotion de l'autonomie ; téléassistance ; aide à domicile ; centre de jour et de nuit ; accueil en résidence) ;
 - trois prestations économiques (prestation économique pour le paiement d'un service ; prestation économique pour prise en charge de l'entourage familial ; prestation économique d'assistance personnalisée).

Selon les données recueillies au 1er février 2010, plus d'un demi million de personnes (505 098) sont bénéficiaires des prestations mises en place par la loi de dépendance. Parmi toutes les prestations, la prestation économique de soins dans l'entourage familial est la plus sollicitée (presque 50%).

Conformément à l'article 33 de la loi de dépendance, le montant de l'aide est déterminé en fonction des ressources économiques du bénéficiaire. Concrètement, le montant de l'aide versée au bénéficiaire dépend de deux aspects : le degré de dépendance et les ressources économiques de la personne. Ainsi, des plafonds de cofinancement des services d'attention à la dépendance ont été mis en place : la participation du bénéficiaire peut atteindre 90% pour le service de résidence, et 65% pour les autres services proposés.

Source : DG Trésor.

Dans le système américain, il doit être relevé que la couverture publique intervient en complément de plusieurs ressources : d'une part, l'action des aidants, d'autre part, l'obligation alimentaire des familles et, enfin, la mobilisation du patrimoine :

Encadré 6 : Le modèle américain de couverture de la dépendance

La forme de soutien envers les personnes âgées dépendantes aux États-Unis la plus répandue est encore le soutien familial. Cette forme de soutien est d'ailleurs encouragée par la puissance publique : ainsi, le « *Family and Medical Leave Act* » a introduit un congé - non rémunéré- de 12 semaines que les salariés peuvent prendre pour se consacrer à un enfant de moins de 13 ans ou à un parent dépendant.

Pendant, les personnes âgées occupent une place éminente au sein du « *Welfare* » américain :

- en 1965, les États-Unis se sont dotés avec le « **Older Americans Act** » (OAA) d'une législation reconnaissant le devoir d'assistance de la société vis-à-vis des personnes âgées, et leur droit à vivre dignement ;
- l'assurance-santé des plus de 65 ans est prise en charge par le **MEDICARE** ;
- le **MEDICAID** (assurance santé pour les plus démunis, les femmes enceintes et les enfants dans les familles à faibles ressources), également institué en 1965, finance des services de soins de longue durée pour environ un tiers du budget (95 sur 300 milliards de dollars) ;
- le système de Sécurité Sociale, mis en place durant le New Deal, assure le versement de pensions à la quasi-totalité des retraités américains.

Les soins de longue durée étaient évalués en 2009 à 200 Mds\$; la répartition des coûts est la suivante :

- **MEDICAID** en couvre la moitié ;
- **MEDICARE** 20% ;
- les assurances privées 7% ;
- Le solde (environ 20%) correspond à la part de ces dépenses **directement prises en charge par les personnes âgées et leurs familles.**

Pour les services à domicile ou résidentiels, selon les chiffres de l'AARP⁸ :

- MEDICAID ne couvre en moyenne que 11% du coût ;
- 67% des montants sont financés par l'épargne des bénéficiaires ;
- 8% par celle de la famille ;
- 2% seulement du coût est couvert par un contrat d'assurance.

Concernant les différentes sources de financement, les éléments suivants peuvent être soulignés :

- L'« **Older Americans Act** » :

L'OAA met en place à la fois les institutions et les programmes d'assistance dont bénéficient les personnes âgées. Les objectifs généraux qu'elle énonce dans son titre I (amélioration du niveau de vie, protection de la santé, assistance et services) n'ont qu'une portée politique, mais la Cour Suprême, en développant dans son arrêt *Olmstead* (1999) une acception rigoureuse des notions de respect de la dignité et de l'autonomie des personnes handicapées contenues dans le « *American Disability Act* » (1990), a érigé en obligation juridique l'assistance aux personnes âgées dépendantes à travers des services de soins les moins intrusifs possibles dans leur vie privée.

Une caractéristique importante des services organisés par le OAA réside dans leur **universalité**. Aucune sélection n'est autorisée, y compris, en principe, selon le revenu, même si la **grande majorité des bénéficiaires ont peu de ressources** (le tiers des bénéficiaires vivent en dessous du seuil de pauvreté – 10500 dollars annuels).

Les participants sont invités à contribuer à titre volontaire à ces programmes, selon leurs moyens. Il arrive parfois, dans certains États, que les agences imposent une participation financière mais le service ne peut être refusé sur cette seule base.

⁸ L'AARP est la principale association pour les personnes âgées aux États-Unis.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

▪ **MEDICAID :**

Le programme **MEDICAID** a comme objectif principal la fourniture aux personnes aux faibles ressources d'une couverture santé. Il est cependant devenu depuis les années 1980 **une source majeure sinon exclusive de financement public pour les soins de longue durée et de la prise en charge des personnes dépendantes.**

Jusqu'à la fin des années 1970, MEDICAID prenait en charge de façon exclusive l'accueil et le traitement des personnes dépendantes dans des institutions spécialisées (*nursing home, nursing facilities*). Ces institutions sont encore des structures fortement médicalisées, et sont souvent l'extension gériatrique de centres hospitaliers.

L'éligibilité est fonction du **revenu** (selon les États entre 100 et 300 % du niveau du « *Supplemental Security Income* », qui s'élève à moins de 650 dollars par mois pour une personne seule – moins que le seuil de pauvreté fixé quant à lui à 10.500 dollars par an par personne) et du degré de handicap (ne pas être en mesure d'effectuer 2 ou 3 actes vitaux quotidiens). **Au-delà d'un patrimoine de plus de 750 000 dollars, l'éligibilité à MEDICAID est exclue au plan fédéral** (toutefois, la moitié des États fixent des conditions plus strictes). Au décès d'un bénéficiaire, MEDICAID récupère néanmoins la valeur du patrimoine laissé en héritage (sauf en cas de conjoint survivant ou d'enfant handicapé).

▪ **MEDICARE :**

MEDICARE est en partie financé par des impôts prévus par la loi de contribution au système fédéral d'aide à l'emploi et à la santé de 1954. Pour les salariés, la cotisation représente 2.9% du salaire (la moitié est payée par le salarié, l'autre par l'employeur).

▪ **Social Security :**

la **Social Security**, le programme d'assurance sociale qui concerne les retraités, les handicapés et les vétérans est administré par la Social Security Administration ou SSA, une agence indépendante du gouvernement fédéral des États-Unis, financé par des fonds fédéraux.

▪ **Les assurances privées :**

Les assurances privées couvrant la dépendance (*Long-term Care Insurance*) jouent un rôle limité au plan général (7% des dépenses en soins de longue durée); toutefois, pour les personnes en bénéficiant, ces assurances prennent en revanche une portion significative (60 à 75%) des dépenses occasionnées par la dépendance.

Un peu plus de 7 millions de contrats d'assurance de ce type existent aujourd'hui aux États-unis. Parmi ces contrats se trouvent également des assurances vies Classiques (« *Life insurance policy* ») prévoyant des clauses spécifiques relatives à la dépendance (« *Living benefits* »). Ces assurances prévoient généralement une intervention au-delà d'une franchise de dépenses quotidiennes de 100 à 150 \$ par jour, lorsque l'assuré rencontre des difficultés dans au moins deux ou trois gestes de la vie quotidienne. Ces conditions sont comparables à celles prévues par le programme MEDICAID.

Source : DG Trésor.

En Italie, le caractère subsidiaire de l'aide est également perceptible. Ainsi, selon une étude de l'université Bocconi, le coût d'une personne dépendante en Italie est de près de 18 000 € par an. Malgré une répartition sensiblement différente des données de l'ISTAT⁹ et l'ASSR¹⁰, il est mis en évidence le rôle prépondérant des familles qui prennent en charge à elles seules 38% de ce montant, soit près de 7 000 euros par an. Selon cette étude, la décomposition du financement des soins pour une personne âgée en Italie est la suivante :

Tableau 4 : Répartition moyenne des frais liés à la dépendance en Italie (2009)

	€ par an	% du total
État (INPS)	7 191	39,8%
Région (ASL)	2 743	15,2%
Communes	582	3,2%
Provinces	16	0,1%
Autres	43	0,2%

⁹ Institut national de statistiques italien.

¹⁰ Agence nationale pour les services sanitaires régionaux.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

	€ par an	% du total
<i>Total public</i>	10 575	58,6%
Secteur associatif	583	3,2%
Famille	6 890	38,2%
<i>Total privé</i>	7 473	41,4%
Total	18 048	100,0%

Source : Université Bocconi.

Encadré 7 : Le modèle italien de couverture de la dépendance

On distingue différents types d'aides publiques. Au niveau national, ces transferts sont représentés par l'indemnité d'accompagnement pour les invalides civils et, au niveau local, par les allocations pour soins.

- **l'indemnité d'accompagnement** est une contribution économique instituée en 1980. Elle est délivrée par l'INPS¹¹ sur requête et certification d'une commission sanitaire des différents points suivants : être handicapé à 100% et incapable de réaliser de manière autonome les actes de la vie quotidienne liés à son âge, ou de se déplacer sans l'aide permanente d'une personne, ne pas être hospitalisé gratuitement en institut. Elle présente les particularités suivantes :
 - il s'agit d'une aide universelle qui fait abstraction de l'âge et du revenu du requérant ;
 - son montant est réévalué chaque année (**472,04 € par mois en 2009**) ;
 - elle est accordée directement au bénéficiaire qui peut en disposer sans restriction d'usage. Les personnes âgées représentent toutefois près de 90% des bénéficiaires de cette aide. Elle concerne 9,5% des personnes de 65 ans et plus, et représente la mesure de soutien aux personnes âgées la plus importante à la fois pour le nombre de bénéficiaires et les fonds qui y sont alloués ;
 - 6,3 Mds€ en 2008 ont été consacrés à cette aide, soit près de la moitié des dépenses publiques destinées aux personnes âgées, dépassant largement par bénéficiaire le rôle dévolu à l'assistance à domicile ;
 - cette allocation laisse néanmoins de côté une part importante de personnes âgées. Par exemple, 3 personnes sur 8 demeurant à leur domicile ne reçoivent pas l'indemnité et seuls 2% des personnes âgées non astreintes à domicile perçoivent l'indemnité. Par ailleurs, le niveau fixe de l'indemnité est faible et une réflexion sur la possibilité de faire varier le montant selon le niveau de dépendance est engagée.
- **les allocations de soins** sont des contributions économiques fournies par les collectivités locales (régions, provinces, communes) et par l'ASL aux personnes dépendantes ou à leurs familles, pour soutenir financièrement les dépenses d'assistance dérivant de l'activité de soins.
 - c'est une allocation destinée principalement à la rémunération des « aides à domicile », afin de favoriser surtout la régularisation de la position contractuelle ;
 - elles sont délivrées aux familles à partir d'un certain seuil de revenus, mais sans distinction d'âge ; elles ne sont pas proportionnelles aux revenus ;
 - elles sont aussi distribuées sans liens de destination ;
 - elles sont accordées de manière diverses selon les régions (elles ont ainsi divers noms selon les régions : allocations d'hospitalisation dans la Province de Bolzano, allocation de soin en Vénétie, allocation de soins pour personnes âgées en Emilie Romagne...) ;
 - ces aides se sont développées dans les années 1990, quand la mesure a pris une fonction de maintien à domicile.. Elles sont notamment financées par les régions.
- en plus des allocations de soins, il existe des avantages fiscaux à l'embauche d'assistants à domicile. Pour une personne disposant d'un revenu annuel inférieur à 40 000 €, une déduction de 19% sur une limite de dépenses de 2 100 € est consentie pour l'assistance aux personnes âgées dépendantes. Ce montant est déduit de l'impôt sur le revenu total dû par la personne ayant rémunéré l'assistant à domicile.

En termes de financement, il doit être noté les éléments suivants :

¹¹ Institut national de prévoyance et de solidarité.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

- l'indemnité d'accompagnement est financée par l'impôt ;
- les allocations de soins sont financées par les collectivités locales, principalement les Régions à partir de leurs ressources générales (pas d'existence d'un impôt *ad hoc*).

Source : DG Trésor.

1.1.3. Les modèles d'aide sociale

Le dernier modèle, que l'on peut qualifier de modèle « d'aide sociale », est caractéristique du Royaume-Uni. Dans ce pays, la prise en charge de la dépendance relève essentiellement des individus eux-mêmes et de la solidarité familiale. **L'État, via les collectivités locales¹², concentre en effet son intervention pour les personnes aux revenus les plus modestes.** Il existe néanmoins une aide universelle, l'« *Attendance Allowance* », ouverte à toutes les personnes dépendantes mais d'un faible montant, ainsi qu'une aide limitée pour les aidants familiaux, la « *Carers' Allowance* ».

Au total, selon les projections réalisées par des chercheurs⁷⁰ de la *London School of Economics* (LSE)¹³, **les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance, qui représenteront 1,5 point de PIB en 2012, reposent pour 0,9 % de PIB sur la dépense publique et sur 0,6 % de PIB sur la dépense privée.**

Encadré 8 : Le modèle britannique de couverture de la dépendance

Au Royaume-Uni, les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier de trois types d'aide :

- **L'allocation nationale appelée « *Attendance Allowance* » est universelle**, ouverte aux personnes de plus de 65 ans et qui ont besoin d'aide dans leur vie quotidienne (pour le lever, la toilette, les courses, les repas, etc.) **et non soumise à conditions de ressources.** Cette allocation (versée après six mois de délai de carence) est de 191£/mois (soit 215€/mois) en 2009 pour les personnes qui ont besoin d'aide seulement la journée et de 288£/mois (soit 323€) pour celles qui ont besoin d'aide jour et nuit. Cette aide peut éventuellement se combiner avec celle des collectivités locales (« *Councils* ») ;
- **les collectivités locales** peuvent éventuellement prendre en charge tout ou partie des frais liés à la dépendance d'une personne âgée. Le niveau de l'aide des collectivités locales varie d'une collectivité à l'autre (aléa qualifié ici de « *Postcode Lottery* ») et **est fonction des besoins de la personne, de sa situation familiale et de son patrimoine total (y compris la valeur de sa résidence principale dont elle est propriétaire).** Les conditions de ressources sont actuellement très strictes et les aides limitées aux personnes à très faibles ressources ;
- enfin, il existe une aide aux soins médicaux pour les personnes en établissement qui ont besoin, par exemple, de soins infirmiers. Cette aide est cumulable avec les autres dispositifs et s'élève à 101£/semaine ; pour les autres prestations médicales, c'est le système universel gratuit du Service National de Santé (*National Health Service, NHS*) qui est à l'oeuvre.

S'agissant de la prise en charge des frais liés aux maisons de retraite, si le patrimoine total de la personne concernée (y compris la résidence principale, sauf si son partenaire continue d'y vivre) dépasse 23 000£ (soit 27 000€), aucune aide n'est prévue par les collectivités locales. Seule l'« *Attendance Allowance* » peut venir aider à la prise en charge du coût de la maison de retraite.

La participation des individus dépend de leurs revenus et de leur capital :

- en dessous d'un patrimoine estimé à 13 500£, tous les revenus dont la personne dispose (retraites, placements ou allocations) servent à payer les frais de la maison de retraite à l'exception de 21,90£/semaine considéré comme de l'« argent de poche » (« *Personal Expenses Allowance* »). La collectivité locale complète ce qu'il reste à payer à la maison de retraite ;
- entre 13 500£ et 23 000£ de patrimoine, tous les revenus dont la personne dispose servent à payer la maison de retraite plus 1£/semaine pour chaque tranche de 250£ de patrimoine compris entre 13 500£ et 23 000£. Ainsi, si la personne a un patrimoine estimé à 20 000£, elle payera en plus de

¹² Au Royaume-Uni, les collectivités locales sont essentiellement financées par des transferts de l'État.

¹³ *Future demand for long-term care, 2002 to 2041 : Projections of demand for older people in England*, LSE, 2006.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

ses revenus, 38€/semaine (23 000€ - 13 500€). La collectivité locale complète ce qu'il reste à payer à la maison de retraite ;

- les individus dont le patrimoine dépasse 23 000€ paient la totalité des frais de la maison de retraite jusqu'à ce que leur capital descende en dessous de 23 000€.

Source : DG Trésor.

La Suisse est un autre exemple de pays où l'action sociale est prégnante. Toutefois, dans ce pays, la couverture de l'« impotence » ou de l'« invalidité »¹⁴ des personnes âgées est moins développée qu'au Royaume-Uni.

Encadré 9 : Le modèle suisse de couverture de la dépendance

En Suisse, la solidarité familiale semble rester l'instrument essentiel de la prise en charge de la dépendance. Les personnes âgées « impotentes » ou « invalides » peuvent toutefois bénéficier des aides publiques générales suivantes :

- plusieurs prestations, qui ne sont pas toutes au bénéfice spécifique des personnes âgées, sont octroyées dans le cadre de l'**AVS (Assurance vieillesse survivant)** :
 - les **retraites** : elles sont versées aux hommes à 65 ans et aux femmes à 64 ans.
 - les rentes de veuf/veuve
 - les rentes d'orphelin
 - les **allocations pour impotence, à condition d'être bénéficiaire d'une retraite pour avoir droit à cette allocation en cas d'impotence grave ou moyenne**. Elle est octroyée sans condition de ressource et **n'est donc pas ciblée sur les revenus les plus modestes**.
- il existe en outre des prestations complémentaires (PC) à l'AVS ou à l'Assurance Invalidité (AI), lorsque les rentes et revenus ne permettent pas de couvrir les besoins vitaux. Ces PC, qui ne sont pas liées au grand âge et à la dépendance, relèvent de deux catégories :
 - **la prestation complémentaire annuelle, versée mensuellement** (le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la différence entre les dépenses reconnues et les revenus déterminants. Pour l'établir, il importe de distinguer entre les personnes qui vivent à domicile et celles qui sont pensionnaires d'un établissement).
 - le remboursement des frais de maladie et d'invalidité

Pour bénéficier des PC, des conditions doivent être remplies :

- recevoir une rente AVS/AI - dans certains cas, des personnes qui ne reçoivent pas de rente AVS ou AI parce qu'elles n'ont pas cotisé suffisamment longtemps peuvent recevoir des PC - ;
- avoir le domicile et la résidence habituelle en Suisse ;
- disposer d'un revenu insuffisant pour couvrir les dépenses reconnues représentées par le loyer, les primes d'assurance-maladie, les besoins vitaux, etc.... **Les PC sont donc ciblées sur les personnes ayant un revenu modeste.**

Source : DG Trésor.

¹⁴ Il n'y a pas, actuellement, de concept réservé au traitement des personnes dépendantes. **Le concept d'« impotence »** est utilisé par l'Assurance Vieillesse et Survivant (AVS, institution publique des retraites équivalent de la CNAV en France) pour traiter des personnes en situation de perte d'autonomie. Est impotente la personne qui a besoin d'une aide régulière d'autrui pour accomplir certains actes ordinaires de la vie comme se vêtir, aller aux toilettes, se nourrir etc. **Le concept d'« invalidité »** est également utilisé par l'Assurance Invalidité (AI).

1.2. Les différences entre les modèles de couverture de la dépendance se sont toutefois progressivement estompées

Si les différences entre les modèles de couverture de la dépendance des personnes âgées apparaissent, en première analyse, comme assez marquées, elles ne doivent néanmoins pas être surestimées. En effet, on assiste dans les faits, en raison du vieillissement de la population, à une plus grande convergence des différents modèles.

En premier lieu, les modèles de couverture publique, universels et généreux, sont de plus en plus critiqués pour leur coût important. Compte tenu du vieillissement de la population, des projets de réforme plus ou moins aboutis visent à réduire le coût de ces systèmes, et à introduire une plus grande participation des personnes âgées dépendantes, soit directement, soit via des assurances privées :

- ◆ **aux Pays-Bas, l'un des objectifs de la loi WMO (2007) était de freiner les dépenses au titre de (assurance maladie) ;** cependant, le système actuel souffre des mêmes maux que l'ancien système d'assurance maladie courante. Dirigé par l'offre, souffrant d'un niveau d'efficacité et d'innovation trop bas, **le marché** questions de qualité et la croissance explosive des coûts sont depuis quelques années au coeur du débat politique ;
- ◆ **en Suède**, en raison des coûts particulièrement élevés du système de prise en charge de la dépendance, et des projections démographiques qui laissent apparaître une augmentation des besoins de financement, **un transfert graduel des coûts vers l'utilisateur est prévu dans le futur**, en termes d'accroissement des co-paiements ou d'une part accrue des services payés directement par l'utilisateur. Ce développement va aussi de pair avec la tendance vers une libéralisation du marché des soins des personnes âgées ;
- ◆ **en Allemagne, la coalition prépare une réforme de l'assurance dépendance pour 2011 ; il pourrait être proposé l'ajout d'élément de capitalisation en complément de l'assurance de base**, afin de ne pas faire reposer sur l'assurance dépendance les augmentations de prestations à venir¹⁵.

Il doit d'ailleurs être noté que les pays réputés assurer une couverture large de la dépendance ne solvabilisent pas intégralement les bénéficiaires de l'aide publique :

- ◆ en Allemagne, si les prestations en établissements pouvaient atteindre, en 2010, jusqu'à 1 918 € pour les cas extrêmes (soit plus qu'en France), celles-ci n'évitent pas des restes à charge importants, puisque le prix mensuel d'une place en établissement varie entre 3 000 et 5 000 € par mois ;
- ◆ de même, dans ce pays, les dépenses d'hébergement ou de nourriture ne sont pas prises en charge.

En second lieu, les modèles où l'essentiel du coût de la dépendance reposait sur les familles ou sur le patrimoine des personnes âgées sont progressivement devenus plus généreux :

- ◆ aux États-unis, la Chambre des Représentants et le Sénat ont voté chacun des dispositions mettant en place un programme public volontaire et national d'assurance dépendance (« *Class Act* ») dans le cadre de la réforme de l'assurance santé. Ce programme couvre la perte d'autonomie et le recours à des services non médicaux résidentiels, à domicile (aménagement du logement, technologies facilitant l'assistance à distance, aides à la personne, transport) ou en « *nursing home* » ;

¹⁵ Cet ajout prendrait la forme d'une souscription obligatoire à une assurance complémentaire gérée par une compagnie privée.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

Encadré 10 : Le « Class Act » américain

Le « Class Act » jette les bases d'une assurance publique fédérale ; sa finalisation est prévue d'ici le 1^{er} octobre 2012.

L'assurance sera de nature facultative ; les salariés adhèreraient automatiquement au programme (sauf « opt out » de leur part) lorsque l'employeur y participerait, ou à défaut auraient la possibilité d'y adhérer en dehors de leur lieu de travail par une démarche volontaire. Les contributions alimenteraient, au sein d'un fonds dédié (« trustee »), des comptes individuels pour chaque assuré. Le montant des primes serait établi de façon à assurer une solvabilité du fonds sur 75 ans.

Pour être éligible aux prestations, une personne devra avoir **contribué au programme pendant au moins 5 ans**.

Le bénéfice de cette assurance ne serait pas exclusif, mais prévu comme complémentaire aux autres prestations reçues. Il s'ajouterait aux avantages éventuels tirés d'une éligibilité à MEDICAID ou au bénéfice d'une assurance privée souscrite par ailleurs. En cas d'éligibilité à MEDICAID, l'assuré pourrait ainsi conserver le bénéfice d'une partie de son allocation au titre du « Class Act » (5% dans le cas d'un séjour en institution ou 50% dans le cas d'un service résidentiel ou à domicile).

Le montant de l'aide financière serait fonction du degré de handicap, mais le projet de loi a été établi sur une base minimale de 50 dollars par jours.

Source : DG Trésor ; CNSA.

- ◆ au Royaume-Uni, le gouvernement a décidé en 2009 de mener une consultation à ce sujet. Les résultats de cette consultation figurent dans le livre vert « *Shaping the future of Care together* ». Le projet de loi devenu loi le 8 avril (« *The Personal Care at Home Bill 2009-2010* ») comporte trois séries de réformes :
 - les collectivités locales peuvent prendre en charge 100% des dépenses liées à la dépendance pour les 400 000 personnes qui en ont le plus besoin, à leur domicile. A ce jour, les collectivités ne peuvent pas assurer ce service au-delà d'une limite de six semaines ;
 - une prise en charge des frais de la maison de retraite au-delà de la deuxième année à partir de 2014 ;
 - une décision après consultation publique sur les contributions privées pour la mise en place de ce nouveau système « *National Care Service* ».

Le nouveau modèle britannique « *National Care Service* » ne serait pas finalisé avant cinq ans. Une commission nationale regroupant tous les partis politiques devrait décider des options de financement et de la façon dont les individus seraient amenés à y contribuer.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

Encadré 11 : Les options de financement du « National Care Service » britannique

Dans le cadre de la réforme de la couverture dépendance, les trois options de financement suivantes ont été retenues :

- **une approche partenariale**, où le gouvernement et l'individu partagent les frais, le gouvernement prenant en charge entre un quart et un tiers de la dépense (voire plus pour les personnes les plus pauvres). Cette option ne concerne que les frais d'aide à la personne et pas les frais liés à l'hébergement ou aux repas ;
- **une approche assurantielle facultative**, où le gouvernement prend également en charge entre un quart et un tiers de la dépense mais où les individus paieraient via leur assurance entre 20 000 et 25 000 £ maximum de frais. Ce type « d'assurance » pourrait couvrir l'ensemble des frais. La prime d'assurance pourrait être payée de différentes façons, soit avant ou après la mise à la retraite, soit avant ou après le décès ;
- **une assurance obligatoire**, où chaque personne qui en a les moyens payerait 17000 à 20000£ et recevrait en retour une prise en charge entièrement gratuite (estimée à 30 000£). La somme pourrait être versée en une fois ou en plusieurs versements, soit avant ou après la mise à la retraite, soit avant ou après le décès.

Source : DG Trésor.

Enfin, les régimes où la couverture de la dépendance était réservée aux cotisants (régime « bismarckien ») ont tendance à assurer, de plus en plus, une couverture universelle :

- ♦ ainsi, en Allemagne, les personnes qui sont assurées par une caisse d'assurance-maladie privée (9,2 millions de personnes, soit 9% de la population) doivent être - depuis janvier 1995 - obligatoirement assurées aussi contre le risque de dépendance par un organisme privé ; de même, les chômeurs sont également désormais couverts par l'assurance dépendance.

1.3. En Europe, les montants d'aide publique consacrée à la dépendance varient d'un pays à l'autre, sans toutefois que ces différences s'expliquent par la nature du système

Il est toujours délicat de comparer les taux de couverture publique de la dépendance, compte tenu de la nature conventionnelle des périmètres retenus.

Toutefois, on dispose d'une comparaison réalisée en 2009 par les services de la Commission européenne pour les pays de l'Union, sur un périmètre homogène.

Tableau 5 : Poids de la dépense publique consacrée à la dépendance (2007)

Pays	Poids de la dépense publique consacrée à la dépendance (2007)
Belgique	2,7%
Bulgarie	0,2%
République Tchèque	0,2%
Danemark	1,7%
Allemagne	0,9%
Estonie	0,1%
Irlande	0,8%
Grèce	1,4%
Espagne	0,5%
France	1,4%
Italie	1,7%
Chypre	0,0%
Lituanie	0,4%
Lettonie	0,5%

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

Pays	Poids de la dépense publique consacrée à la dépendance (2007)
Luxembourg	1,4%
Hongrie	0,3%
Malte	1,0%
Pays-Bas	3,4%
Autriche	1,3%
Pologne	0,4%
Portugal	0,1%
Roumanie	0,0%
Slovénie	1,1%
Slovaquie	0,2%
Finlande	1,8%
Suède	3,5%
Royaume-Uni	0,8%
Zone euro	1,3%
Moyenne Europe	1,2%

Source : Commission européenne (EPC).

Il ressort de cette étude les points suivants :

- ◆ **le taux de couverture est très variable d'un pays à l'autre** : elle varie de 0,0% (Roumanie), à 3,4% (Pays-Bas) ;
- ◆ **le taux de couverture publique de la France est supérieur à la moyenne européenne (1,4% de PIB, contre une moyenne de 1,2%), ainsi qu'au taux de couverture de l'Allemagne et du Royaume-Uni** ;
- ◆ cependant, pour les « anciens » États membres, la dispersion de la dépense publique est beaucoup plus faible, ce qui est cohérent avec le fait que les modèles de couverture ont tendance à converger ;
- ◆ enfin, **les écarts de couverture, pour les « anciens » États membres, ne s'expliquent pas nécessairement par la nature de leur système**. Ainsi :
 - le Royaume-Uni et l'Allemagne ont un taux de couverture publique proche de 0,9% de PIB ;
 - l'Italie, qui possède un modèle où la couverture publique est complémentaire de l'action des familles, dépense 1,7% de PIB pour ses personnes âgées dépendantes, ce qui est relativement important par rapport aux autres pays ayant ce modèle.

2. L'examen des différents modèles de couverture de la dépendance permet d'identifier plusieurs problématiques financières

2.1. Il existe un arbitrage entre le soutien aux aidants et le soutien à la personne âgée dépendante

Au sein de l'OCDE, l'examen des différents modèles montre qu'il **n'existe pas de réponse unique à la question de l'apport des aidants**. Ainsi, certains pays (comme l'Allemagne, la Belgique ou l'Espagne) offrent des prestations qui peuvent leur bénéficier, à l'inverse d'autres pays (Suède, Royaume-Uni) :

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

- ◆ en Allemagne, la caisse d'assurance-dépendance offre des cours gratuits pour la formation des proches souhaitant s'occuper de la personne dépendante. Elle prend en charge également les pertes de cotisations retraites de proches (parents, voisins...) réduisant leur activité pour s'occuper de la personne dépendante ;
- ◆ en Espagne, parmi toutes les prestations, la prestation économique de soins dans l'entourage familial est la plus sollicitée (50% des personnes âgées dépendantes en bénéficient).

Toutefois, dans les pays où les aidants peuvent bénéficier des prestations de la couverture publique, celle-ci se traduit par des montants versés aux personnes âgées dépendantes plus faibles. En effet :

- ◆ le niveau peu élevé des prestations en espèces traduit le fait qu'elles doivent bénéficier aux aidants, et non à des services ou soins professionnels ;
- ◆ par ailleurs, le rôle supposé des aidants conduit les pouvoirs publics à tolérer des restes à charge généralement très élevés pour les familles ;
- ◆ enfin, le versement de prestations aux aidants met sous contrainte les finances publiques, et réduit de fait toute possibilité de solvabilisation importante, que ce soit pour les soins à domicile ou pour l'hébergement en établissement.

Au total, les plafonds d'aide apparaissent, en Allemagne (cf. tableau n° 2) ou en Espagne (cf. tableau n° 3), plus faible que celui de la France.

2.2. La plupart des pays prennent en compte le patrimoine des personnes âgées dépendantes

Si presque tous les pays de l'OCDE prennent en compte les revenus des personnes âgées dépendantes dans le calcul de leur aide¹⁶, il doit également être souligné que les patrimoines sont également pris en compte, d'une façon ou d'une autre. En effet, à l'exception des modèles scandinaves et japonais, qui se traduisent par un coût macroéconomique important, **la plupart des pays de l'OCDE cherchent à concentrer leur action sociale (ou la solvabilisation de la totalité des dépenses liées à la dépendance) sur les personnes les plus modestes.**

Cette prise en compte du patrimoine peut se traduire de différente manière :

- ◆ l'aide sociale peut être subordonnée à l'obligation alimentaire des descendants, et peut se retourner vers eux pour qu'ils règlent le « reste à charge » que le parent dépendant n'a pu payer (Allemagne, États-unis, Belgique) ;
- ◆ l'aide sociale peut intervenir une fois que le patrimoine du demandeur est inférieur à un certain niveau ; ainsi, en Allemagne, la personne dépendante doit d'abord mobiliser ses ressources propres (retraites ou autres sources financières, liquider un contrat d'assurance-vie ...), et son patrimoine s'il dépasse une certaine valeur, pour les dépenses non prises en charge par les assurances-dépendances ;
- ◆ enfin, elle peut également se traduire par une reprise sur succession (Belgique, certaines communautés d'Espagne, États-unis).

Il doit être relevé que ces différentes méthodes de prise en compte du patrimoine de la personne âgée dépendante ne sont pas exclusives.

¹⁶ À l'exception toutefois de l'« Attendance Allowance » britannique, qui est universelle et forfaitaire (cf. *supra*).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

Tableau 6 : Répartition des pays en fonction de leurs pratiques vis-à-vis du patrimoine des personnes âgées dépendantes

Pays pratiquant l'obligation alimentaire	Pays pratiquant la récupération sur succession	Pays limitant l'aide sociale en deçà d'un niveau de patrimoine	Pays ne pratiquant ni la récupération sur succession, ni la prise en compte du patrimoine, ni l'obligation alimentaire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allemagne ▪ États-unis ▪ Belgique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Belgique ▪ États-unis ▪ Espagne localement (au niveau national, la récupération sur succession n'est pas prévue) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Royaume-Uni 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suède ▪ Japon

Source : DG Trésor.

2.3. La couverture de la dépendance n'est pas totale

Quel que soit le niveau de la couverture publique de la dépendance, celui-ci n'est jamais total au niveau des individus :

- ◆ dans les pays où la couverture est développée et généreuse, comme dans les pays scandinaves, la prise en compte du revenu du demandeur aboutit à ce que celui-ci conserve un reste à charge, même faible (dans le cas de la Suède, celui-ci est compris entre 5 et 10% suivant les postes de la dépendance) ; de même, il peut exister des systèmes de tickets modérateurs (par exemple aux Pays-Bas, celui-ci s'élève en moyenne à 300 € par an pour les soins à domicile) ;
- ◆ dans les pays où la couverture publique est considérée comme complémentaire de celle des aidants, elle se traduit généralement par la prise en charge d'un forfait, et non de l'intégralité des frais (Allemagne) ;
- ◆ enfin, d'une manière générale, la plupart des pays poursuivent une politique de plus grande transparence des coûts (facturation distincte des coûts délivrés pour des soins d'une part, et des coûts d'hébergement ou des dépenses quotidiennes d'autre part), afin de pouvoir mieux couvrir les coûts de soin par les organismes d'assurance, et laisser à la charge de la personne dépendante et de sa famille les autres coûts (Allemagne, Pays-Bas).

2.4. Les systèmes d'aide publique ne sont pas parfaitement rationalisés et résultent souvent d'ajouts successifs

L'observation des différents systèmes publics de prise en charge de la dépendance révèle que ceux-ci sont rarement simples, lisibles et rationnels (cf. *supra*) :

- ◆ ceux-ci ont souvent été constitués par touches successives, sans que les dispositifs les plus anciens ne disparaissent nécessairement (États-unis, Pays-Bas, Royaume-Uni) ;
- ◆ l'articulation entre la couverture assurantielle et l'aide publique n'est pas toujours claire, et relève parfois même de la jurisprudence (Allemagne) ;
- ◆ dans les États fédéraux, l'articulation des compétences entre les différentes strates reste perfectible (États-unis, Italie, Espagne, Belgique) ;

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IV – Les différents systèmes de couverture de la dépendance à l'étranger

- ◆ enfin, des aides de différentes catégories (prestations en nature, prestations en espèces, dépenses fiscales) coexistent la plupart du temps, ce qui rend les dispositifs peu lisibles pour leurs bénéficiaires (Allemagne, Canada, Italie).

2.5. La plupart des systèmes de couverture de la dépendance présentent un caractère décentralisé poussé

Enfin, il doit être noté que la prise en charge de la dépendance est en général décentralisée, avec toutefois des modalités de participation financière des collectivités locales assez différentes d'un pays à l'autre :

- ◆ en Allemagne, les dépenses non prises en charge par les cotisations de l'assurance dépendance sont prises en charge par l'aide sociale, qui est financée dans sa partie la plus commune (aide ménagère) par les communes, et pour les aides plus ciblées sur la dépendance par les communes et les Länder ; de même, les coûts d'investissements dans les établissements de soins sont financés par les Länder. Le financement se fait sur la base des recettes d'impôts et de redistributions dans le cadre de péréquation financière interne à un Land ;
- ◆ en Suède, la prise en charge des personnes âgées est caractérisée par une forte décentralisation, et est gérée par les communes. Depuis la réforme Ädel de 1992, ce sont les municipalités qui ont la responsabilité d'assurer les services d'aide aux personnes âgées, handicapées et dépendantes, qu'elles financent grâce à l'impôt sur le revenu qu'elles prélèvent. Selon les derniers chiffres, les dépenses des communes s'élevaient à 87 milliards SEK, ce qui représente près de 20% de leur budget total. En ce qui concerne les soins médicaux, ce sont les conseils régionaux qui en ont la charge. Les régions financent aussi leur action grâce à l'impôt sur le revenu, ce qui représente environ 3% du PIB pour les soins pour les personnes de plus de 65 ans ;
- ◆ en Espagne, l'État central définit un montant minimum de protection qui est garanti aux communautés autonomes ; celles-ci doivent le compléter en fonction du niveau de dépendance des demandeurs voire, le cas échéant, mettre en place une aide extra-légale ;

Tableau 7 : Montants versés par l'État central espagnol aux communautés, par personne dépendante (2010)

	Montant mensuel versé par l'État central aux communautés autonomes (€ par personne dépendante)
Degré III niveau 2	266,57
Degré III niveau 1	181,26
Degré II niveau 2	103,02
Degré II niveau 1	70,70

Source : DG Trésor.

- ◆ en Italie, les allocations de soin sont financées par les collectivités locales (principalement les régions) sur leurs ressources propres, tandis que l'indemnité d'accompagnement est financée par l'impôt national.

ANNEXE V

L'Aide sociale à l'hébergement (ASH)

SOMMAIRE

1. L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT (ASH) EST MAL CONNUE, TANT DU POINT DE VUE STATISTIQUE QUE DANS SES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT.....	2
1.1. L'ASH est à la fois une avance et une prestation permettant de solvabiliser en totalité les dépenses d'établissement de ses bénéficiaires.....	2
1.2. Les modalités de gestion de l'ASH apparaissent complexes	3
1.3. Si le nombre de bénéficiaires de l'ASH est relativement stable, son montant net est en augmentation et représente désormais 1,2 Md€	4
1.4. Les montants récupérés représentent près de la moitié de l'ASH brute	5
1.5. Plusieurs rapports pointent certaines difficultés de mise en œuvre de l'ASH	7
2. L'ENQUÊTE CONJOINTE RÉALISÉE PAR LE GROUPE N° 4, LE SECRÉTARIAT DU HCF ET L'IGAS APPORTE DES ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCE NOUVEAUX SUR L'ASH.....	9
2.1. Plus de la moitié des départements ont répondu au questionnaire	9
2.2. Le taux de renouvellement annuel de la population des bénéficiaires de l'ASH est d'environ 20%.....	10
2.3. Près des trois-quarts des montants récupérés sont constitués des ressources des résidents	10
2.4. L'étude des ressources des résidents montre que l'ASH bénéficie principalement aux premiers déciles de revenu.....	11
2.5. Presque tous les départements laissent aux résidents le minimum légal de 1% du minimum vieillesse	11
2.6. La récupération sur successions fait l'objet de pratiques différentes d'un département à l'autre.....	12
2.7. Comme pour la récupération sur succession, les pratiques en matière d'obligation alimentaire sont très variables d'un département à l'autre	13
2.7.1. <i>Moins d'un tiers des bénéficiaires de l'ASH auraient des obligés alimentaires payant</i>	<i>13</i>
2.7.2. <i>La moyenne de l'obligation alimentaire se situerait autour de 110 € par mois.....</i>	<i>14</i>
2.7.3. <i>Plus difficile à établir, le taux de recours au juge des affaires familiales s'élèverait à 20%.....</i>	<i>14</i>
2.7.4. <i>Plusieurs cas-types indiquent que l'intensité de l'effort demandé aux obligés alimentaires serait en moyenne plutôt faible, mais assez inégal d'un département à l'autre</i>	<i>15</i>

Alors qu'elle joue un rôle important dans la solvabilisation des personnes âgées dépendantes résidant en établissement, **l'Aide sociale à l'hébergement (ASH) est aujourd'hui mal connue, tant du point de vue statistique que dans ses modalités de fonctionnement**, très différentes d'un département à l'autre.

Par conséquent, le groupe n° 4 a élaboré, en partenariat avec l'Assemblée des départements de France (ADF), le secrétariat général du Haut conseil de la famille (HCF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) un questionnaire destiné à mieux connaître l'ASH. Envoyé à tous les conseils généraux en avril 2011, ce questionnaire a pu être exploité avant la fin des travaux du groupe.

La première section de cette annexe présente l'ASH. La seconde section synthétise les principaux enseignements tirés du questionnaire envoyé aux conseils généraux.

1. L'Aide sociale à l'hébergement (ASH) est mal connue, tant du point de vue statistique que dans ses modalités de fonctionnement

1.1. L'ASH est à la fois une avance et une prestation permettant de solvabiliser en totalité les dépenses d'établissement de ses bénéficiaires

L'Aide sociale à l'hébergement (ASH), qui est attribuée par les départements, vise à prendre en charge les frais d'hébergement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans accueillies dans les établissements médicosociaux habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale¹.

L'article 34 de la loi 83-663 du 22 juillet 1983 précise que, dans les conditions définies par la législation et la réglementation sociale, le Conseil Général adopte un règlement départemental d'aide sociale définissant les règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale du département. **Il peut décider des conditions et des montants plus favorables que ceux prévus par la législation et la réglementation en vigueur.**

L'ASH est attribuée **sous condition de ressources du demandeur et de ses obligés alimentaires. Elle repose sur le principe de subsidiarité**, intervenant :

- ◆ soit en complément de la participation des demandeurs et des obligés alimentaires si celle-ci est insuffisante ;
- ◆ soit en totalité s'il n'y a pas d'obligés alimentaires ou si ceux-ci sont insolvables.

Pour établir l'éligibilité de l'aide, le Conseil général prend donc en compte les ressources du demandeur et les ressources des obligés alimentaires. Si le demandeur est déclaré éligible, le Conseil général procède alors à un calcul de l'aide :

- ◆ d'une part, il définit les dépenses éligibles à l'ASH ;
- ◆ d'autre part, il définit le montant de l'aide, sachant que :
 - 90 % des ressources du demandeur peuvent être mobilisées, à condition toutefois que celui-ci dispose, après contribution, d'au moins 1% du montant annuel du minimum vieillesse (soit 85,07 € au 1^{er} avril 2010) ;
 - la contribution des obligés alimentaires est établie en tenant compte de leur situation familiale, de leurs charges, de leurs revenus, sur la base d'un barème départemental.

¹ Les modalités de gestion de l'aide sociale, dont l'ASH fait partie, sont définies par les articles L 132-1 à 4, L 132-6, L 132-8 et 9 du Code de l'action sociale et des familles.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

Par ailleurs, en contrepartie de l'octroi de l'aide, le Conseil général grève théoriquement d'une hypothèque légale les biens immobiliers du demandeur dont la valeur est supérieure à 1 500 €. Au décès du bénéficiaire de l'ASH, les sommes versées **font l'objet d'une récupération sur la succession opérée par le Conseil général, au premier euro et dans la limite de 90 % de l'actif net successoral**. Par ailleurs, les donations du bénéficiaire de l'aide réalisées dans les dix années précédentes font également l'objet d'une récupération, afin d'éviter que les demandeurs n'optimisent leur patrimoine, ou n'organisent leur insolvabilité.

L'attribution de l'ASH et de son montant repose donc deux principes :

- ◆ la solidarité intergénérationnelle ;
- ◆ la prise en compte *ex post* du patrimoine du bénéficiaire.

Encadré 1 : La prise en compte du patrimoine dans le calcul des aides

Pour ses partisans, la prise en compte du patrimoine de la personne âgée dans le calcul de l'aide se justifie pour des raisons d'équité ; en effet, l'attribution et le calcul de l'aide sont plus justes, dans la mesure où la richesse réelle des personnes âgées est prise en compte.

Dans le cas où l'on souhaite prendre en compte le patrimoine dans la détermination d'une aide, deux possibilités théoriques sont offertes :

- soit le patrimoine est pris en compte *ex-ante*, c'est-à-dire à l'ouverture des droits, en l'intégrant à la base de calcul de l'aide ; par exemple, pour un propriétaire, une telle prise en compte pourrait se traduire en imputant un loyer fictif dans l'assiette ressources ;
- soit celui-ci est pris en compte *ex-post*, c'est-à-dire après le décès du bénéficiaire de l'aide, au moyen d'une récupération sur succession ou d'un gage patrimonial. L'APA appartient à cette seconde catégorie.

D'un point de vue théorique, la prise en compte du patrimoine *ex-post* est la modalité la plus favorable à la personne âgée, puisqu'elle équivaut à ce qu'elle bénéficie d'un « prêt à taux zéro », et ne soit pas obligée de liquider dans la précipitation son patrimoine ; néanmoins, elle est paradoxalement jugée moins acceptable que la prise en compte *ex-ante*.

Au total, l'ASH possède un caractère mixte :

- ◆ elle consiste pour partie en une avance du Conseil général au bénéficiaire de l'aide, voire dans certains cas à ses obligés alimentaires (cf. *infra*) ; elle est dans ces conditions assimilable à un « prêt à taux zéro » attribuée par la collectivité, permettant à une personne âgée d'être temporairement solvabilisée ;
- ◆ elle est également pour partie une prestation pour la part qui excédera *in fine* les récupérations.

1.2. Les modalités de gestion de l'ASH apparaissent complexes

En théorie, le circuit de trésorerie qui s'établit entre les quatre acteurs - conseil général, résident, obligés alimentaires et établissement- est le suivant :

- ◆ le résident doit s'acquitter directement de sa participation aux frais d'hébergement auprès de l'établissement, en mobilisant ses revenus et ses aides ;
- ◆ le Conseil général avance la contribution des obligés alimentaires à l'établissement, et la récupère sur ces derniers.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

Encadré 2 : Le circuit de versement théorique de l'ASH

Dans le schéma de financement prévu par les textes, le montant « brut » de l'ASH comprend :

- l'aide proprement dite (solde ressources - dépenses) + l'avance de trésorerie faite aux obligés et récupérée trimestriellement.

Quant au montant « net », il est égal :

- au solde (ressources - dépenses) avancé + l'avance de trésorerie aux obligés - le recours sur légataires et donataires - la récupération de l'avance aux obligés.

Source : DREES.

Cependant, une exception relative au paiement direct du résident à l'établissement est prévue par le Code de l'action sociale et des familles² : le conseil général peut également avancer la participation du résident à l'établissement, à charge pour ce dernier de percevoir les ressources du résident et de rembourser le Conseil général.

Encadré 3 : Le circuit alternatif de versement de l'ASH

Dans ce cas de figure, le montant brut inclut donc aussi la participation du résident avancée par le CG et l'ASH nette est alors égale à :

- l'aide *stricto sensu* + l'avance sur participation des obligés et des résidents - le recours auprès des légataires et donataires - la récupération des avances auprès des obligés et des résidents.

Source : DREES.

1.3. Si le nombre de bénéficiaires de l'ASH est relativement stable, son montant net est en augmentation et représente désormais 1,2 Md€

En 2009, l'ASH a été versée à 115 000 personnes en établissement et à 1 480 personnes âgées logées en familles d'accueil ; ce nombre est relativement stable depuis 2000.

Selon les données de l'ODAS (Observatoire de l'action sociale départementale), la dépense totale nette à la charge des départements est passée de moins de 900 M€ en 2000 à près de 1,2 Md€ en 2009. En se fondant sur les Programmes de qualité et d'efficacité (PQE) de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011, la direction du budget évalue pour sa part les dépenses d'ASH à 1,7 Md€ en 2009.

L'augmentation du coût net de l'ASH traduit la progression du « tarif hébergement » sur la période.

Tableau 1 : Évolution des dépenses nettes d'ASH (Md€) et du nombre de bénéficiaires

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépense nette d'ASH (Md€)	0,88	0,82	0,7	0,84	0,91	0,94	1,04	1,12	1,17	1,2
Dépense nette d'ASH en euros courants (Md€ de 2000)	0,88	0,81	0,68	0,80	0,85	0,86	0,93	0,99	1,01	1,01
Bénéficiaires	117 300	116 800	112 800	112 400	112 600	113 203	112 388	114 628	115 309	115 684

Source : Observatoire de l'action sociale départementale (ODAS), calculs du rapporteur.

La dépense nette d'ASH par personne s'est élevée en 2009 à 1037,3€ ; en euros constants de 2000, cette dépense est de 874,9 €, contre 750,2 € en 2000, soit une hausse de près de 17%.

² Article L 132-4, R 132-2 à R 132-6 du CASF.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

Tableau 2 : Évolution de la dépense moyenne d'ASH nette par bénéficiaire

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépense moyenne	750,2	702,1	620,6	747,3	808,2	830,4	925,4	977,1	1 014,6	1 037,3
Dépense moyenne en euros courants (€ de 2000)	750,2	690,3	599,9	709,1	751,0	755,8	827,4	859,8	879,7	874,9

Source : Calculs du rapporteur.

1.4. Les montants récupérés représentent près de la moitié de l'ASH brute

À partir de son enquête annuelle sur l'aide départementale, la direction de la recherche des études et des statistiques (DREES) a établi, pour 64 départements³, les éléments suivants :

- ◆ un tiers des départements (soit 21) pratiquent une avance réduite aux seuls obligés alimentaires ; la majorité des départements pratiquent donc une avance « élargie », pour les obligés alimentaires et les bénéficiaires de l'aide ;
- ◆ le montant des produits récupérés sur les bénéficiaires, les obligés alimentaires et les successions représentent près de 57% des montants bruts d'ASH ;
- ◆ des trois modalités de récupération dont peut et doit faire usage le Conseil général (sur les ressources du bénéficiaire, sur les obligés alimentaires, sur la succession), c'est de loin la première qui est la plus mobilisée : elle représente 43% des dépenses brutes d'aide sociale.

Au total, les montants récupérés sont donc significatifs au niveau national.

Au niveau des bénéficiaires de l'ASH, les montants de reprise sur succession ou sur obligés alimentaires apparaissent plus faibles (en moyenne de l'ordre de 1 200 € par an dans les deux cas - les résultats du questionnaire font cependant apparaître des montants sensiblement différents, cf. supra), sans qu'il soit totalement possible d'expliquer ce phénomène :

- ◆ les Conseils généraux peuvent mettre en œuvre des mesures discrétionnaires plus favorables aux bénéficiaires de l'ASH et à leurs obligés alimentaires ;
- ◆ les Conseils généraux peuvent rencontrer des difficultés de recouvrement, ou faire face à des coûts de gestion élevés, notamment lors des reprises sur succession ;
- ◆ le patrimoine de la personne âgée, ou les revenus de ses obligés alimentaires, peuvent être trop faibles pour faire l'objet d'une récupération.

³ Sur les 95 départements interrogés, seuls 64 ont fourni des réponses exploitables.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

Tableau 3 : Estimation des montants d'ASH (2009, €)

	Dépenses brutes d'ASH	Produits				Dépense ASH nette
		Récupération sur obligés alimentaires	Récupération sur bénéficiaires	Recours sur succession	Total des produits	
Total des 64 départements	1 306 726 919	93 490 036	559 159 621	88 215 695	740 865 352	565 861 567
Part dans la dépense totale	100%	7%	43%	7%	57%	43%

Source : DREES.

1.5. Plusieurs rapports pointent certaines difficultés de mise en œuvre de l'ASH

La notion de dette alimentaire au sein d'une famille est ancienne, héritée du droit romain⁴. **Cette obligation, prévue par le Code civil, traduit l'importance que la société attache à l'existence d'une solidarité familiale.**

Cependant, plusieurs rapports soulignent que l'ASH peut rencontrer certaines difficultés de mise en œuvre.

◆ **Le taux de recours à l'ASH devrait être en théorie plus important :**

De manière assez logique, les études de la DREES montrent que les bénéficiaires de l'ASH sont concentrés parmi les résidents dont le niveau de vie est faible. **L'ASH permet donc à des personnes aux revenus modestes, ou dont le patrimoine est peu liquide, de ne pas être exclues d'un hébergement en établissement.** De même, le fait qu'elle soit attribuée sous condition de ressources lui assure un caractère équitable, en la réservant aux personnes les moins fortunées.

Cependant, la DREES relève que près de 60% des personnes ayant un revenu inférieur à 1 000 € par mois ne bénéficient pas actuellement de l'aide sociale. Pour ces personnes, la dépense moyenne brute⁵ s'élève à 1 938 € par mois, ce qui excède largement leurs ressources, y compris en incluant les aides au logement.

La modestie du taux de pénétration de l'ASH peut-être liée :

- ◆ au recours par les résidents à leur épargne et aux aides que leur apportent leurs proches ;
- ◆ à leur réticence à exposer leurs proches à la mise en jeu de l'obligation alimentaire, ou à un rejet du recours sur succession ;
- ◆ à leur refus de recourir à une aide perçue comme stigmatisante.
- ◆ à la limitation du parc habilité à recevoir des résidents éligibles à l'ASH.

⁴ *L'obligation alimentaire : des formes de solidarité à réinventer*, Rapport du CESE, Christiane Basset, 2008.

⁵ C'est-à-dire avant prise en compte de l'ASH, de l'APA et des aides fiscales.

Encadré 4 : Le parc habilité à l'aide sociale à l'hébergement

L'admission à l'aide sociale ne peut être prononcée que pour l'accueil en établissement habilité par le Président du Conseil général qui fixe annuellement le prix de journée supporté par l'aide sociale.

Tous les établissements d'accueil pour personnes âgées ne sont habilités à l'aide sociale. Il existe trois types d'établissement :

- les établissements **totale**ment habilités à l'aide sociale, qui pourront recevoir autant de résidents bénéficiaires de l'aide sociale que de places autorisées ;
- les établissements **partiel**lement habilités à l'aide sociale, qui ne pourront recevoir qu'une cote part de résidents assujettis à l'aide sociale ;
- enfin, les établissements **non** habilités à l'aide sociale, **notamment les établissements privés à but lucratif**, qui ne pourront recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale, à l'exception des résidents ayant séjournés plus de 5 ans dans l'établissement.

La segmentation du parc pourrait se traduire par des inégalités territoriales en matière d'accès à un établissement de qualité.

Quelle que soit la raison de ce renoncement, il apparaît contraire à ce que la rationalité économique prévoit : en effet, compte tenu du plafonnement de la reprise sur succession, et du fait que l'ASH soit un « prêt à taux zéro », une personne âgée ayant des revenus faibles à tout intérêt à solliciter l'ASH dès lors qu'elle est éligible.

◆ **L'ASH est gérée de manière différenciée sur le territoire :**

Chaque Département fixe dans son règlement départemental d'aide sociale (RDAS) les modalités de mise en oeuvre de l'aide sociale départementale et instaure de fait des pratiques pouvant s'avérer très disparates d'un département à l'autre. Comme le révèle le questionnaire envoyé par le groupe n° 4 aux départements, certaines pratiques semblent différer d'un département à l'autre (cf. *infra*) :

- ◆ la nature des dépenses éligibles n'est pas la même ; ainsi, selon la DREES, certains départements prennent en compte, en plus du tarif hébergement, le talon de l'APA (c'est-à-dire le tarif dépendance GIR 5-6) ;
- ◆ certains départements ne prennent en compte que 70% des ressources déclarées des demandeurs, et non 90% ; ce type de pratique s'apparente à l'attribution, aux bénéficiaires de l'ASH, d'aides extra-légales ;
- ◆ l'intégration des petits-enfants dans le cercle des obligés alimentaires n'est pas systématique ;
- ◆ le barème de calcul de la contribution des obligés alimentaires diffère d'un département à l'autre ; par ailleurs, certains départements n'en ont pas.
- ◆ l'intensité du recours sur succession n'est pas identique sur tout le territoire.

Au total, ces modalités diverses entraînent des conditions d'application et de mise en oeuvre aboutissant à une sollicitation financière de la personne âgée et de ses obligés alimentaires variable d'un département à l'autre (cf. section 2 *infra*).

◆ **L'application de l'obligation alimentaire s'avère complexe :**

L'application de l'obligation alimentaire peut s'avérer problématique pour le Conseil général et le bénéficiaire, se traduisant parfois par un contentieux judiciaire (cf. section 2 *infra*). Celui-ci, qui fait intervenir deux juges (administratif pour le montant de l'aide sociale et judiciaire pour la détermination du montant de l'obligation alimentaire de chacun des débiteurs), peut s'avérer complexe à gérer.

En outre, la récupération opérée par les départements les oblige à mobiliser des moyens humains et matériels afin de la rendre effective ; ceux-ci ne sont toutefois pas connus avec précision.

Enfin, pour les obligés alimentaires, certaines difficultés peuvent apparaître dès lors que l'un d'entre eux refuse de financer solidairement la dépendance de son ascendant. L'intervention du juge des affaires familiales, compétent pour ce type de contentieux, peut alors prendre du temps.

2. L'enquête conjointe réalisée par le groupe n° 4, le secrétariat du HCF et l'IGAS apporte des éléments de connaissance nouveaux sur l'ASH

Les données disponibles sur la gestion de l'ASH, sur son calcul, sur le recours à l'obligation alimentaire et à la récupération sur succession étant lacunaires, le groupe n° 4 a choisi de porter une attention particulière à cette aide en raison de son importance pour le financement de la partie hébergement de l'accueil en établissement.

Dans ce cadre, le groupe, en partenariat avec l'IGAS, le secrétariat général du HCF et l'ADF, a élaboré un questionnaire⁶ visant à interroger l'ensemble des départements français sur leurs pratiques en matière d'ASH.

La section suivante présente les principaux résultats de cette enquête⁷.

2.1. Plus de la moitié des départements ont répondu au questionnaire

Le questionnaire a fait l'objet de réponse de la part de 51 départements⁸, soit plus de la moitié des départements français. La mission de l'IGAS a en outre complété certaines rubriques à partir des données qu'elle a collectées dans trois départements qu'elle a visités et qui n'avaient pas répondu au questionnaire⁹. Les 54 départements sont répartis sur l'ensemble des grandes régions de France, et comprennent aussi bien des départements très urbains comme des départements plus ruraux. On peut toutefois noter que quelques grands départements n'ont pas répondu (Nord, Pas-de-Calais, Seine-Saint-Denis).

Les réponses au questionnaire permettent de **disposer d'un échantillon relativement important** :

- ◆ les réponses au questionnaire font état de 65 936 bénéficiaires en 2009 et 65 364 en 2010. Les enquêtes DREES estiment le nombre de bénéficiaires à 115 000, on peut donc considérer que le questionnaire permet de disposer de données sur 57% des bénéficiaires de l'ASH ;

⁶ Le questionnaire envoyé aux conseils généraux est présent en pièce jointe à cette annexe.

⁷ L'exploitation des réponses au questionnaire a été réalisée par les membres de la mission de l'IGAS « *Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement* » et le secrétariat général du HCF.

⁸ Ain, Aisne, Ardèche, Ariège, Aude, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Charente, Charente-Maritime, Cher, Corse du Sud, Côtes d'Armor, Creuse, Dordogne, Eure, Hérault, Ille-et-Vilaine, Isère, Landes, Loire-Atlantique, Loiret, Lot, Lozère, Maine-et-Loire, Manche, Meurthe-et-Moselle, Morbihan, Moselle, Oise, Orne, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Rhône, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Sarthe, Haute-Savoie, Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Somme, Deux-Sèvres, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Vienne, Yonne, Territoire de Belfort, Essonne, Val-de-Marne.

⁹ Cantal, Hauts-de-Seine, Seine-Maritime.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

- ◆ sur le champ de l'enquête, complétée des données fournies par les trois départements visités par la mission IGAS, les dépenses d'ASH s'élèvent en 2009 à 1,238 Md€ en brut (contre 2,12 Md€ pour les données nationales de la DREES) et 457 M€ en net (contre 1,08 Md€ pour les données nationales). L'échantillon porte donc sur 41 à 58% de la dépense d'ASH ;
- ◆ ces chiffres s'élèvent à 1,303 Md€ et 640 M€ en 2010 (du fait de la disponibilité de données pour deux importants départements supplémentaires).

2.2. Le taux de renouvellement annuel de la population des bénéficiaires de l'ASH est d'environ 20%

Les données sur les flux (nouveaux bénéficiaires et nombre de sorties) pour 2009 ne sont pas renseignées pour un grand nombre de départements – ou présentent quelques aberrations¹⁰. Elles ne peuvent être donc rapportées aux effectifs de bénéficiaires que sur les départements qui les ont renseignées :

- ◆ le nombre de nouveaux bénéficiaires de l'ASH (9 539 en 2010) doit être rapporté à 41 345 bénéficiaires, soit 23,1% de nouveaux bénéficiaires chaque année ;
- ◆ le nombre de sorties (5 714 en 2010, après redressement) doit être rapporté à 31 627, soit 18,1% de sorties.

On peut ainsi considérer qu'environ un cinquième de la population des bénéficiaires est renouvelé chaque année.

2.3. Près des trois-quarts des montants récupérés sont constitués des ressources des résidents

Les données sur les montants récupérés ne sont pas intégralement ventilées entre récupérations sur les ressources des résidents, récupérations sur les successions et donations, et contribution des obligés alimentaires.

Sur les départements ayant ventilé les récupérations (47 en 2009, 50 en 2010), elles se répartissent ainsi :

Tableau 4 : Répartition des montants récupérés sur les départements l'ayant indiquée

	2009 (M€)	2009 (%)	2010 (M€)	2010 (%)
Ressources des résidents	413,0	75,4%	444,9	73,9%
Obligation alimentaire	45,8	8,4%	53,2	8,9%
Patrimoine	88,9	16,2%	104,1	17,3%
Total	547,7	-	602,2	-

Source : Enquête groupe n° 4 – HCF – IGAS sur l'ASH 2011.

En extrapolant la moyenne des données 2009 et 2010, qui portent sur 52 à 58% de la dépense nette et des montants récupérés, au niveau national, on obtiendrait la ventilation suivante du 1,041 Md€ de récupérations constaté en 2009 :

¹⁰ Par exemple, un nombre de décès très nettement supérieurs au nombre de sorties : dans ce cas, on a considéré que le département avait compté les décès indépendamment de sorties, et le nombre de sorties est redressé en ajoutant les décès.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

Tableau 5 : Estimation de la répartition nationale des ressources récupérées par extrapolation des données de l'enquête (2009)

	M€
Ressources des résidents	777
Obligés alimentaires	90
Patrimoine	174
Total	1 041

Source : Enquête groupe n° 4 – HCF – IGAS sur l'ASH 2011.

Parmi ces départements, trois se distinguent (Haute-Saône, Loire-Atlantique et Morbihan) par l'absence de récupération des ressources des résidents, qui peut indiquer que ces départements n'effectuent pas l'avance des dépenses de l'hébergement.

On peut également rapporter les montants récupérés aux dépenses nettes sur le champ des seuls départements ayant ventilé les montants récupérés.

Tableau 6 : Rapport entre montants récupérés et dépenses nettes sur les départements ayant ventilé les montants récupérés

	2009 (M€)	2009(%)	2010 (M€)	2010 (%)
Dépenses nettes	540,1	-	631,6	-
Ressources des résidents	413	76,5 %	444,9	70,4%
Obligation alimentaire	45,8	8,5 %	53,2	8,4%
Patrimoine	88,9	16,5 %	104,1	16,5%

Source : Enquête groupe n° 4 – HCF – IGAS sur l'ASH 2011.

2.4. L'étude des ressources des résidents montre que l'ASH bénéficie principalement aux premiers déciles de revenu

Les données sur le revenu moyen ne sont renseignées que sur 27 départements représentant 39 875 bénéficiaires. Sur ce champ, le revenu moyen du bénéficiaire est de 973 €.

Les données sur la ventilation des bénéficiaires par tranches de revenu moyen ne sont renseignées que sur 27 départements représentant 38 301 bénéficiaires.

Tableau 7 : Répartition des bénéficiaires de l'ASH par tranches de revenu mensuel (2010)

	Inférieur à 700€	Entre 700 et 1000€	Entre 1000 et 1300€	Supérieur à 1300€
Proportion des bénéficiaires	23,1%	44,8%	21,3%	10,8%

Source : Enquête groupe n° 4 – HCF – IGAS sur l'ASH 2011.

2.5. Presque tous les départements laissent aux résidents le minimum légal de 1% du minimum vieillesse

La quasi-totalité des réponses indique que les départements laissent aux bénéficiaires de l'ASH le minimum légal de 1% du minimum vieillesse (85 € ou 89 € par mois selon la date de réponse).

Seuls cinq départements se distinguent en fixant un minimum supérieur :

- ◆ 95,10 € (Paris) ;
- ◆ 96,62 € (Bouches-du-Rhône) ;

- ◆ 125% (Loire-Atlantique), 160% (Somme) et 220% (Rhône) du minimum légal.

2.6. La récupération sur successions fait l'objet de pratiques différentes d'un département à l'autre

Presque tous les départements ayant répondu pratiquent les récupérations sur succession à partir du premier euro de patrimoine. Un département indique un plancher de 100 € ; un autre un seuil de 50 € lorsqu'il s'agit de récupérer la succession auprès d'un tiers et non du notaire.

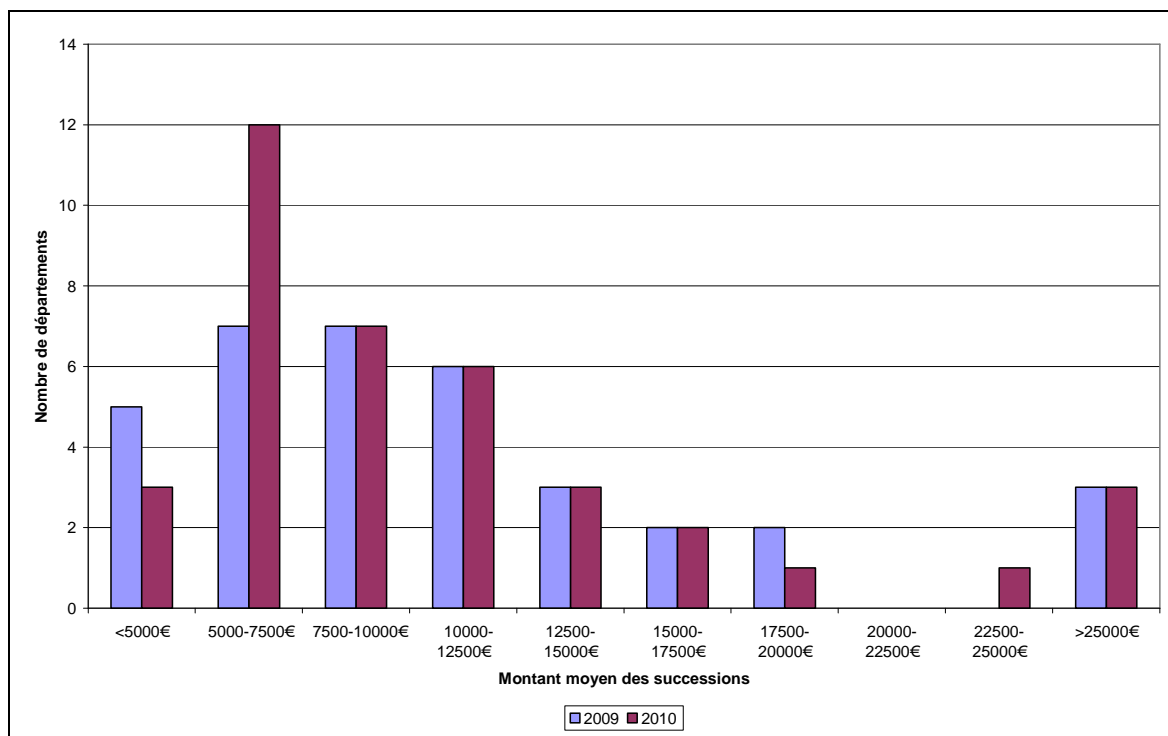
Par ailleurs, les éléments suivants peuvent être relevés :

- ◆ le montant récupéré n'est plafonné que par quatre conseils généraux ;
- ◆ la prise d'hypothèque est systématique pour un bien immobilier à partir de 1 500 € pour la plupart des départements. Un conseil général indique toutefois n'effectuer la prise d'hypothèque qu'« en fonction de la valeur du bien », tandis que six autres ont prévu un seuil supérieur :
 - un à 38 000 € ;
 - deux à 20 000 € ;
 - un à 10 000 € ;
 - un à 5 000 € ;
 - un à 2 500 €.
- ◆ 9 conseils généraux sur 48 déclarent ne pas pratiquer le recours sur les donations. Un autre ne déclare n'intégrer les donations que si le notaire les réintègre dans l'actif successoral ;
- ◆ 6 conseils généraux sur 23 ne pratiquent pas le recours sur assurance-vie.

Sur les 36 départements ayant indiqué le nombre de reprises réelles de successions et un montant moyen de succession, **le montant moyen par succession est de 10 442€ en 2009 et 10 252€ en 2010**. Ces 32 départements représentaient 50 625 bénéficiaires en 2009 et 50 055 en 2010. En appliquant à ces effectifs un taux de sortie de 18%, le nombre de sorties annuel est compris entre 9 000 et 9 100. Le nombre de reprises réelles de successions (7 284 en 2009, 8 303 en 2010) **laisse penser que 8 à 20% des décès ne donnent pas lieu à reprise de succession**.

Enfin, la moyenne des montants récupérés est très dispersée selon les départements, allant de 1 467 € à 50 085 € en 2009.

Graphique 1 : Répartition des départements selon le montant moyen de la récupération sur succession (2009)



Source : Enquête groupe n° 4 – HCF – IGAS sur l'ASH 2011.

2.7. Comme pour la récupération sur succession, les pratiques en matière d'obligation alimentaire sont très variables d'un département à l'autre

2.7.1. Moins d'un tiers des bénéficiaires de l'ASH auraient des obligés alimentaires payant

Le nombre d'obligés alimentaires payant a été renseigné par 44 départements pour l'année 2009, et 45 départements pour l'année 2010. Sur l'ensemble de ces départements, le nombre d'obligés payants est de :

- ◆ 36 111 pour 59 264 résidents en 2009 ;
- ◆ 37 603 pour 59 511 en 2010.

Le nombre moyen d'obligés alimentaires par bénéficiaire de l'ASH est donc compris entre 0,61 et 0,63. Ce ratio est très variable selon les départements, pouvant être inférieur à 0,3 (Haute-Saône, Paris, Ardèche) ou être proche de 2 (Hérault).

Toutefois, le nombre d'obligés alimentaires doit être rapporté au nombre de bénéficiaires ayant **effectivement** des obligés alimentaires mis à contribution. Cette donnée n'est disponible que de façon parcellaire, car seuls neuf départements disposent d'information à ce sujet.

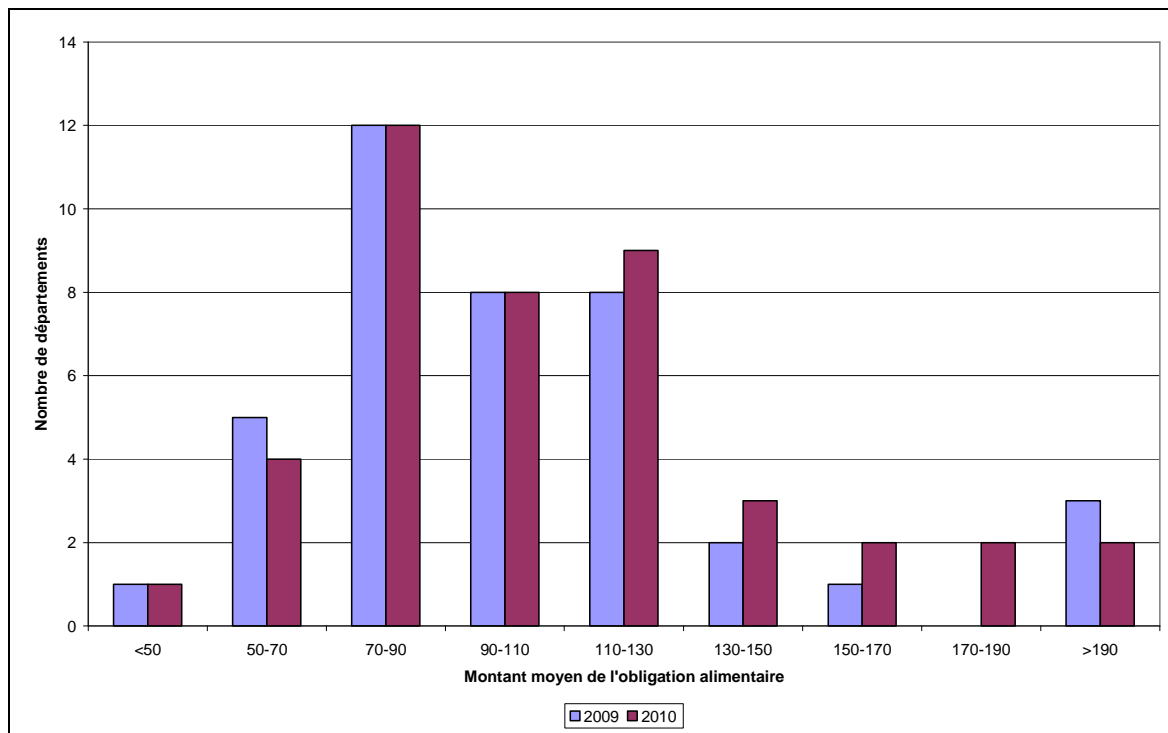
Sur cet échantillon de départements (qui représente 11 538 bénéficiaires de l'ASH en 2009 et 11 589 en 2010, soit 10 % des bénéficiaires de l'ASH au plan national), on constate que **le nombre de bénéficiaires avec obligé alimentaire payant représente seulement 26,6% à 27,2 % (3064 en 2009, 3153 en 2010) des bénéficiaires de l'ASH**. Sur ce champ, le nombre d'obligés alimentaires par bénéficiaire ayant des obligés est en moyenne de 2,23 en 2009 comme en 2010.

2.7.2. La moyenne de l'obligation alimentaire se situerait autour de 110 € par mois

Sur les 41 (en 2009) à 43 départements (en 2010) ayant indiqué un montant moyen d'obligation alimentaire, **la moyenne de l'obligation se situe à 108,9 € en 2009, et à 111,4 € en 2010.**

Les montants sont relativement dispersés.

Graphique 2 : Répartition des départements selon le montant moyen de l'obligation alimentaire



Source : Enquête groupe n° 4 – HCF – IGAS sur l'ASH 2011.

2.7.3. Plus difficile à établir, le taux de recours au juge des affaires familiales s'élèverait à 20%

Les données sur les procédures judiciaires au titre de l'obligation alimentaire (OA) ont été renseignées de façon lacunaire. Seulement 20 départements en 2009 et 24 en 2010 ont indiqué à la fois le nombre de nouveaux obligés et le nombre de nouvelles procédures judiciaires. Sur ces bases comparables, **le rapport entre le nombre des procédures judiciaires et le nombre des obligés est de 11,4% en 2009 et 11,2% en 2010 (350 sur 3065 et 457 sur 4063).** Ce rapport ne constitue qu'une indication du taux de saisine du juge des affaires familiales (JAF) pour l'obligation alimentaire :

- ◆ il peut y avoir un décalage entre les flux de nouvelles obligations alimentaires et les flux de nouvelles saisines, du fait des délais de jugement ;
- ◆ le dénominateur se limite aux seuls obligés alimentaires payants ;

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

- ◆ enfin, l'échantillon est limité. On constate en effet que les deux départements de Paris et des Bouches-du-Rhône, qui n'ont pas indiqué le nombre des nouveaux obligés alimentaires, concentrent à eux seuls autant de saisines du JAF que cet échantillon (485 en 2009, 396 en 2010). Or, à Paris, toute fixation de l'obligation alimentaire fait l'objet d'une saisine du JAF. Si on ajoute à l'échantillon les saisines du JAF de Paris, en considérant qu'elles correspondent à autant de nouveaux obligés alimentaires, le taux de saisine s'élève à 20,2% en 2009 et 17,4% en 2010. Dans les Bouches-du-Rhône, le nombre de saisines semble très élevé au regard du « stock » d'obligés alimentaires : même en appliquant aux effectifs d'obligés alimentaires un taux de renouvellement de 25%, le taux de saisine serait compris entre 15 et 27%.

Le chiffre de 11% constitue donc très certainement un minorant du taux de recours au JAF, celui-ci se situant plus probablement autour de 20%.

2.7.4. Plusieurs cas-types indiquent que l'intensité de l'effort demandé aux obligés alimentaires serait en moyenne plutôt faible, mais assez inégal d'un département à l'autre

Les tableaux suivants permettent d'examiner, sur quelques cas types simples, l'ampleur de la participation demandée aux obligés selon leur niveau de revenu, la composition de leur foyer, et leur situation de logement. Ces tableaux sont réalisés à partir de 44 réponses.

Les principaux constats que l'on peut faire à la lecture de ces tableaux sont les suivants :

- ◆ **les taux d'effort sont en moyenne plutôt faibles**, y compris lorsqu'on les rapporte au revenu par unité de consommation, le cas échéant net de loyer :
 - le taux d'effort moyen ne dépasse 5% du revenu primaire par unité de consommation (uc) et net de loyer qu'au-delà d'un revenu de 2 000 € par mois par uc ;
 - il atteint 11 ou 12% pour un revenu de 3000 € par mois par uc ;
- ◆ **la contribution demandée au titre de l'obligation alimentaire tient compte assez systématiquement du niveau de revenu et de la taille de la famille :**
 - les ménages aux revenus les plus faibles ne sont pas soumis à l'obligation alimentaire dans la majorité des départements, et le taux d'effort est progressif avec le revenu dans tous les départements ;
 - ce constat se retrouve lorsque l'on rapporte le revenu aux unités de consommation afin de tenir compte de la taille de la famille ;
- ◆ **cette contribution tient plus rarement compte de la situation de logement :** seuls 40% des départements différencient le montant de l'obligation alimentaire pour tenir compte des charges spécifiques des locataires ;
- ◆ **il existe cependant d'importantes disparités entre départements :**
 - les départements les plus exigeants avec les obligés alimentaires les soumettent fréquemment à des taux d'effort largement supérieurs à la moyenne (le taux d'effort maximal est supérieur de 10 points à la moyenne des départements pour les revenus inférieurs à 2000 € ; il est supérieur de 15 à 25 points pour un revenu de 3000 € par mois) ;
 - à l'inverse, dans certains départements, une contribution n'est demandée qu'aux obligés alimentaires dont le revenu dépasse un montant significatif (au delà de 2 000 € mensuels pour un célibataire sans charge de logement, au delà de 3 000 € mensuels pour un couple avec deux enfants).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

Tableau 8 : Montants de l'obligation alimentaire mensuelle pour une personne isolée sans enfant, propriétaire de son logement (2010)

	Avec un revenu mensuel de 800 €	Avec un revenu mensuel de 1000€	Avec un revenu mensuel de 1200€	Avec un revenu mensuel de 1500€	Avec un revenu mensuel de 2000€	Avec un revenu mensuel de 3000 €
Moyenne de l'OA	4 €	14 €	31 €	68 €	147 €	342 €
Taux d'effort correspondant à la moyenne (obligation alimentaire / revenu)	1%	1%	3%	5%	7%	11%
Médiane de l'OA	0 €	0 €	18 €	65 €	149 €	327 €
Valeur minimale de l'OA	0 €	0 €	0 €	0 €	50 €	150 €
Valeur maximale de l'OA	81 €	111 €	141 €	186 €	308 €	1 021 €
Taux d'effort maximal	10%	11%	12%	12%	15%	34%

Source : Enquête groupe n° 4 – HCF – IGAS sur l'ASH 2011.

Tableau 9 : Montants de l'obligation alimentaire mensuelle pour une personne isolée sans enfant, locataire (loyer = 400 € par mois) (2010)

	Avec un revenu mensuel de 800 €	Avec un revenu mensuel de 1000€	Avec un revenu mensuel de 1200€	Avec un revenu mensuel de 1500€	Avec un revenu mensuel de 2000€	Avec un revenu mensuel de 3000 €
Moyenne de l'OA	1 €	6 €	16 €	44 €	119 €	306 €
Taux d'effort correspondant à la moyenne (obligation alimentaire / revenu net de loyer)	0%	1%	2%	4%	7%	12%
Médiane de l'OA	0 €	0 €	0 €	43 €	122 €	288 €
Valeur minimale de l'OA	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	150 €
Valeur maximale de l'OA	0 €	52 €	81 €	126 €	201 €	701 €
Taux d'effort maximal	0%	9%	10%	11%	13%	27%

Source : Enquête groupe n° 4 – HCF – IGAS sur l'ASH 2011.

Tableau 10 : Montants de l'obligation alimentaire mensuelle pour une personne mariée avec deux enfants, propriétaire de son logement (2010)

	Avec un revenu mensuel de 800 €	Avec un revenu mensuel de 1000€	Avec un revenu mensuel de 1200€	Avec un revenu mensuel de 1500€	Avec un revenu mensuel de 2000€	Avec un revenu mensuel de 3000 €
Moyenne de l'OA	0 €	1 €	3 €	13 €	40 €	142 €
Taux d'effort correspondant à la moyenne (obligation alimentaire / revenu par uc*)	0%	0%	1%	2%	5%	11%
Médiane de l'OA	0 €	0 €	0 €	0 €	31 €	113 €
Valeur minimale de l'OA	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Valeur maximale de l'OA	0 €	33 €	46 €	75 €	147 €	400 €
Taux d'effort maximal	0%	8%	9%	12%	17%	31%

Source : Enquête groupe n° 4 – HCF – IGAS sur l'ASH 2011.

*Note : On a divisé le revenu par 2,3 afin de tenir compte du conjoint et des enfants, dont l'un est supposé avoir plus de 14 ans.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

Tableau 11 : Montants de l'obligation alimentaire mensuelle pour une personne mariée avec deux enfants, locataire (loyer = 800 € / mois) (2010)

	Avec un revenu mensuel du ménage de 800 €	Avec un revenu mensuel du ménage de 1000€	Avec un revenu mensuel du ménage de 1200€	Avec un revenu mensuel du ménage de 1500€	Avec un revenu mensuel du ménage de 2000€	Avec un revenu mensuel du ménage de 3000 €
Moyenne de l'OA	0 €	0 €	0 €	3 €	17 €	107 €
Taux d'effort correspondant à la moyenne (obligation alimentaire / revenu net de loyer par uc*)	0%	0%	0%	1%	3%	11%
Médiane de l'OA	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	100 €
Valeur minimale de l'OA	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Valeur maximale de l'OA	0 €	0 €	7 €	68 €	118 €	250 €
Taux d'effort maximal	0%	0%	4%	22%	23%	26%

Source : Enquête groupe n° 4 – HCF – IGAS sur l'ASH 2011.

**Note* : On a divisé le revenu par 2,3 afin de tenir compte du conjoint et des enfants, dont l'un est supposé avoir plus de 14 ans.

PIÈCE JOINTE

Questionnaire envoyé aux conseils généraux

Questionnaire aux départements sur l'ASH et sur l'obligation alimentaire

Dans le cadre du débat national sur la dépendance, l'examen des modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) fait l'objet d'une attention particulière en raison de l'importance de cette aide pour le financement de la partie hébergement de l'accueil en établissement.

En effet, les données disponibles sur la gestion de cette allocation sont lacunaires et ne permettent pas de cerner avec précision la diversité des pratiques départementales en matière de calcul du montant de cette allocation, de recours aux obligés alimentaires et d'avance aux usagers.

Dans ce cadre, l'Inspection générale des affaires sociales, le groupe de travail sur la « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées », et le secrétariat général du Haut conseil de la famille (HCF) ont souhaité, en accord avec l'ADF (Assemblée des départements de France) et M. le sénateur Yves Daudigny, membres du groupe n°4, interroger l'ensemble des départements français afin de mieux connaître leurs pratiques en matière d'ASH.

Le présent questionnaire vise donc à éclairer cette question.

1. Évolutions de l'ASH depuis 2009

◆ Évolution du nombre de bénéficiaires de l'ASH depuis 2009 :

Tableau 12 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'ASH depuis 2009

	2009	2010
Nombre total de bénéficiaires de l'ASH		
Nombre de nouveaux bénéficiaires de l'ASH		
Nombre de sorties		
<i>Dont nombre de décès</i>		

◆ Évolution des montants d'ASH depuis 2009 :

Tableau 13 : Évolutions des montants l'ASH depuis 2009 (€)

	2009	2010
Montants bruts d'ASH (1)		
Montants récupérés (2)		
<i>Dont récupération sur bénéficiaires</i>		
<i>Dont récupérations sur obligés alimentaires</i>		
<i>Dont récupération sur succession</i>		
Montants d'ASH nette (1)-(2)		

2. Barème et caractéristiques des bénéficiaires de l'ASH

- ◆ **Concernant le barème appliqué pour l'éligibilité à l'ASH :**
 - quelle assiette des ressources prenez-vous en compte ?

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

Tableau 14 : Ressources prises en compte dans le calcul de l'aide

	Oui	Non
Revenu fiscal de référence		
Revenus du conjoint (en cas de mariage)		
Revenus du conjoint (en cas de PACS)		
Revenu du concubin		
Prestations familiales		
Prestations logement		
Autre (précisez)		

- procédez-vous à un abattement sur cette assiette ressources en fonction de la situation particulière du demandeur ?
- prenez-vous en compte le patrimoine du demandeur ?
- Prenez-vous en compte la situation de logement du demandeur (propriétaire / locataire) ?
- quelle est la proportion de l'assiette ressources qui entre dans le calcul de l'aide ?
- quelle est la somme mensuelle minimale laissée au demandeur de l'ASH ?

◆ **Concernant les ressources mensuelles des bénéficiaires, et leur patrimoine :**

- quel était, en 2010, le niveau moyen des ressources mensuelles des bénéficiaires de l'ASH ?
- avez-vous des statistiques sur le niveau de ressources mensuelles des bénéficiaires de l'ASH ?

Tableau 15 : Niveau de ressources des bénéficiaires de l'ASH (2010)

	2010			
	Inférieures à 700€ / mois	Comprises entre 700 et 1000€ / mois	Comprises entre 1000 et 1300€ / mois	Supérieures à 1 300€ / mois
Part (%) des bénéficiaires dont les ressources (hors obligés alimentaires) sont ...				

- quel est le nombre de propriétaires de leur habitation principale parmi les nouveaux bénéficiaires de l'ASH en 2009 ?

◆ **Quelle est la part des demandes d'ASH refusées en 2009 et 2010 ?**

3. Pratiques en matière de récupération sur succession

◆ **Pratiquez-vous la reprise sur succession ?**

◆ **En cas de réponse positive :**

- à partir de quelle valeur d'actifs pratiquez-vous la reprise sur succession ?
- le montant récupéré est-il plafonné ?
- déposez-vous une hypothèque de manière systématique sur les biens des bénéficiaires de l'ASH ? Si non, à partir de quelle valeur d'actifs ?
- réintégrez vous le montant des donations dans l'actif successoral ?

◆ **Évolution du nombre de reprises sur succession :**

Tableau 16 : Évolution du nombre de reprises sur succession au titre de l'ASH depuis 2009

	2009	2010
Nombre total de reprises réelles sur succession		
Moyenne des montants repris sur succession		
Médiane des montants repris sur succession		

4. Modalités de mise en œuvre de l'obligation alimentaire

◆ **Pratiquez-vous l'obligation alimentaire pour les petits-enfants ?**

◆ **Barème de l'obligation alimentaire :**

- quelle assiette de ressources prenez-vous en compte ?

Tableau 17 : Ressources prises en compte pour le calcul de l'obligation alimentaire au titre de l'ASH

	Oui	Non
Revenu fiscal de référence		
Revenus du conjoint (en cas de mariage)		
Revenus du conjoint (en cas de PACS)		
Revenu du concubin		
Prestations familiales		
Prestations logement		
Autre		

- pratiquez-vous des déductions de cette assiette pour tenir compte de certaines charges ?
- faites-vous une distinction selon le statut d'occupation du logement (locataire / propriétaire) ?

Tableau 18 : Charges déduites des ressources prises en compte pour le calcul de l'obligation alimentaire

	Oui	Non
Loyer		
Remboursement de crédit immobilier		
Remboursement d'un autre crédit		
Impôts		
Autre		

◆ **Évolution du nombre de personnes soumises à l'obligation alimentaire :**

Tableau 19 : Évolution du nombre d'obligés alimentaires au titre de l'ASH depuis 2009

	2009	2010
Nombre total d'obligés alimentaires		
Moyenne des montants mensuels versés par obligé alimentaire		
Médiane des montants mensuels versés par obligé alimentaire		

◆ **Évolution du contentieux relatif à l'obligation alimentaire :**

Tableau 20 : Évolution du contentieux relatif à l'obligation alimentaire au titre de l'ASH depuis 2009

	2009	2010
Nombre de nouveaux obligés alimentaires au titre de l'ASH dans l'année		
Nombre de nouvelles procédures judiciaires en matière d'obligation alimentaire au titre de l'ASH		

5. Simulations de quelques cas de recours à l'obligation alimentaire

- ◆ **Quel serait le montant mensuel théorique de l'obligation alimentaire pour les deux cas suivants :**

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

Tableau 21 : Montant théorique de l'obligation alimentaire pour une personne seule

	Personne seule avec un revenu mensuel de 800 €	Personne seule avec un revenu mensuel de 1000€	Personne seule avec un revenu mensuel de 1200€	Personne seule avec un revenu mensuel de 1500€	Personne seule avec un revenu mensuel de 2000€	Personne seule avec un revenu mensuel de 3000 €
<u>Dans le cas où vous ne tenez pas compte du statut locataire/propriétaire de l'obligé :</u> Montant mensuel de l'obligation alimentaire						
<u>Dans le cas où vous tenez compte du statut locataire/propriétaire de l'obligé :</u> Montant mensuel de l'obligation alimentaire si l'obligé est propriétaire						
<u>Dans le cas où vous tenez compte du statut locataire/propriétaire de l'obligé :</u> Montant mensuel de l'obligation alimentaire si l'obligé est locataire, avec un loyer de 400 € par mois						

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe V – L'Aide sociale à l'hébergement

Tableau 22 : Montant théorique de l'obligation alimentaire pour une personne mariée, avec deux enfants à charge

	Personne mariée, revenu mensuel du ménage de 800 €	Personne mariée, revenu mensuel du ménage de 1000€	Personne mariée, revenu mensuel du ménage de 1200€	Personne mariée, revenu mensuel du ménage de 1500€	Personne mariée, revenu mensuel du ménage de 2000€	Personne mariée, revenu mensuel du ménage de 2500€	Personne mariée, revenu mensuel du ménage de 3000€	Personne mariée, revenu mensuel du ménage de 4000€
Dans le cas où vous ne tenez pas compte du statut locataire/propriétaire de l'obligé : Montant mensuel de l'obligation alimentaire								
Dans le cas où vous tenez compte du statut locataire/propriétaire de l'obligé : Montant mensuel de l'obligation alimentaire si l'obligé est propriétaire								
Dans le cas où vous tenez compte du statut locataire/propriétaire de l'obligé : Montant mensuel de l'obligation alimentaire si l'obligé est locataire, avec un loyer de 800 € par mois								

ANNEXE VI

Présentation de l'assurance-dépendance et des leviers de sa mobilisation

SOMMAIRE

1. LE MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE EST PEU DÉVELOPPÉ ET LAISSE COEXISTER DE NOMBREUX TYPES DE CONTRATS	1
1.1. Plus de cinq millions de personnes sont couvertes par un contrat dépendance.....	1
1.2. Les contrats dépendance présentent une forte hétérogénéité	2
1.2.1. <i>La souscription de la garantie se fait majoritairement via des contrats pour lesquels la dépendance est en inclusion</i>	<i>6</i>
1.2.2. <i>Le montant des cotisations varie de manière assez sensible, notamment en fonction de l'âge de la souscription et de la nature des prestations assurantielles.....</i>	<i>8</i>
1.2.3. <i>La définition de la dépendance repose sur les AVQ ou/et sur la grille AGGIR....</i>	<i>11</i>
1.2.4. <i>L'âge limite de souscription est proche de 75 ans.....</i>	<i>12</i>
1.2.5. <i>Afin d'éviter le risque d'anti-sélection, les contrats prévoient une sélection médicale, un délai de carence pour certaines pathologies et une franchise.....</i>	<i>12</i>
1.3. La méthode de revalorisation de la rente, qui est fondamentale pour garantir à l'assuré le maintien du pouvoir d'achat de sa rente, n'est ni certaine ni lisible.....	13
1.4. Les contrats ne prévoient pas actuellement de système de « transférabilité ».....	14
2. LE DÉVELOPPEMENT D'UNE ASSURANCE PRIVÉE COMPLÉMENTAIRE À L'ACTION PUBLIQUE POURRAIT ÊTRE ENCOURAGÉ SOUS CERTAINES CONDITIONS.....	14
2.1. Une réflexion sur le rôle de l'assurance dans la couverture de la dépendance conduit à s'interroger préalablement sur la place de la puissance publique.....	14
2.2. Si la puissance publique souhaitait voir une offre assurantielle complémentaire à son action se développer, elle pourrait chercher à mieux organiser l'offre actuelle	17
2.2.1. <i>La prestation apportée par les contrats est principalement de nature financière.....</i>	<i>17</i>
2.2.2. <i>Les critères d'évaluation de la dépendance doivent être robustes et stables....</i>	<i>17</i>
2.2.3. <i>La trop forte hétérogénéité des contrats pourrait être réduite au moyen d'une garantie socle labellisée par la puissance publique.....</i>	<i>18</i>
2.2.4. <i>Le mode de revalorisation des rentes devrait être réellement protecteur de l'intérêt des assurés.....</i>	<i>19</i>
2.2.5. <i>Une transférabilité de la garantie dépendance permettrait à l'assuré de pouvoir changer d'assureur en cours de contrat.....</i>	<i>20</i>
2.2.6. <i>Les classes moyennes et les personnes dont l'âge est inférieur à 70 ans sont les populations dont l'intérêt à souscrire est le plus important.....</i>	<i>21</i>
2.3. Une diffusion multi-support de la garantie dépendance pourrait être privilégiée.....	23
2.3.1. <i>Le développement des « contrats secs » viagers est envisageable dans le cadre d'une garantie socle labellisée.....</i>	<i>23</i>
2.3.2. <i>Le développement de la garantie dépendance via la complémentaire santé couvrirait une population importante, mais en gestion annuelle du risque.....</i>	<i>24</i>
2.3.3. <i>Le développement de la garantie dépendance via l'assurance-vie et, plus généralement, des contrats d'épargne, offre une alternative aux contrats « à fonds perdus »</i>	<i>25</i>
2.3.4. <i>Les contrats collectifs peuvent également jouer un rôle important.....</i>	<i>27</i>

2.4. Un encouragement financier général à la souscription serait très coûteux pour les finances publiques	27
2.4.1. <i>La fiscalité actuelle entre les différents produits doit être harmonisée.....</i>	28
2.4.2. <i>La création d'une incitation fiscale à la souscription est généralement très efficace, mais particulièrement coûteuse pour les finances publiques.....</i>	28
2.4.3. <i>Une aide aux ménages les plus modestes doit être privilégiée.....</i>	28

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

Face aux risques de dépendance, les organismes d'assurance peuvent théoriquement intervenir à plusieurs niveaux :

- ◆ en apportant un **complément de ressources** aux personnes dépendantes, généralement sous la forme de rentes viagères permettant notamment de financer le recours à des services à la personne et de diminuer leur reste à charge en établissement ;
- ◆ en **offrant une mutualisation** aux souscripteurs, leur permettant ainsi, contrairement à l'épargne, de ne pas provisionner des montants trop élevés pour couvrir une éventuelle longue durée de vie en dépendance ;
- ◆ en développant des actions de prévention, suffisamment en amont pour retarder la survenance de la dépendance ;
- ◆ en apportant conseils et informations aux personnes dépendantes et à leurs aidants ;
- ◆ en organisant des **prestations diverses pour le maintien de l'autonomie**, directement ou via des acteurs de l'accompagnement et des services (« assistants »).

Les interventions des organismes d'assurance en matière de dépendance peuvent donc s'organiser de manière variée. Elles relèvent à la fois d'un mécanisme assurantiel classique (versement d'une rente, d'un capital d'équipement) et de conseils et de prestations de service.

Après avoir présenté les caractéristiques du marché français de l'assurance dépendance, cette annexe présente les conditions de développement d'une assurance privée complémentaire à l'action publique.

1. Le marché français de l'assurance dépendance est peu développé et laisse coexister de nombreux types de contrats

De manière globale, le marché français de l'assurance dépendance :

- ◆ **est actuellement de petite taille**, même si celui-ci est le second marché mondial derrière les États-Unis ;
- ◆ couvre principalement la **dépendance « élevée »** (par exemple les GIR 1 et 2) ;
- ◆ est majoritairement diffusé **en inclusion à des contrats facultatifs ou obligatoires (en général, il s'agit de contrats de complémentaire santé)**.

1.1. Plus de cinq millions de personnes sont couvertes par un contrat dépendance

En 2010, **le nombre de personnes couvertes par une garantie dépendance était d'environ 5,5 millions de personnes** ; le montant des cotisations encaissées s'est élevé à environ 550 M€, et le montant cumulé des provisions constituées pour la couverture du risque était d'environ 3 650 M€, dont près de 3 000 M€ pour les sociétés d'assurance¹ selon la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA). Par ailleurs, **il y a actuellement 15 000 rentes versées, pour un montant global de 94 M€ et un montant moyen d'environ 520 €.**

Si les premiers contrats dépendance datent du milieu des années 1980, la plupart des contrats actuels sont relativement récents, ayant en général été commercialisés entre 2000 et 2007.

¹ Selon la FFSA, le provisionnement du risque des sociétés d'assurance explique à la fois l'importance de leurs montants de cotisations encaissées et de leurs niveaux de provisionnement.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

Le tableau ci-dessous ventile les données chiffrées connues² en affaires directes par mode de souscription, type de garantie et durée :

Tableau 1 : États des lieux du marché français de la dépendance (2010)

Démarche d'adhésion à la garantie dépendance	Types de garantie	Durée de la garantie	Personnes assurées (milliers)	Cotisations perçues (M€)	Provisions (M€)
Facultatif	Garantie principale	Durée viagère	1 156	421	2 959
	Garantie optionnelle	Durée viagère	155	ND	ND
	Garantie en inclusion	Durée temporaire	27	3	10
Obligatoire	Garantie principale	Durée viagère	600	34	320
		Durée temporaire	20	1	ND
	Garantie en inclusion	Durée viagère	470	25	217
		Durée temporaire	3 056	64	131
Total			5 500	550	3 650

Sources : FNMF, GEMA, FFSA, CTIP.

Note : Les contrats de la MGEN, qui couvrent environ 2 millions et offrent une garantie dépendance en inclusion, sont comptabilisés dans les contrats obligatoires compte tenu du fort taux d'adhésion de la communauté enseignante à cette mutuelle. Toutefois, en toute rigueur, ces contrats devraient être classés dans la catégorie des contrats facultatifs.

Par ailleurs, trois autres éléments méritent d'être relevés :

- ◆ le marché de l'assurance dépendance est un marché de taille modeste par rapport à d'autres marchés, comme par exemple celui de la complémentaire santé³ ;
- ◆ la France possède le second marché mondial après les États-Unis ;
- ◆ le marché ne connaît pas de développement dynamique, en dépit du vieillissement de la population, à tel point que certains économistes parlent « d'énigme de l'assurance dépendance »⁴.

1.2. Les contrats dépendance présentent une forte hétérogénéité

L'examen des principaux contrats « dépendance », effectué par UFC Que Choisir, la direction générale du Trésor ou des membres du groupe n° 4, montre que la couverture de celle-ci est proposée dans le cadre d'**une grande variété de contrats, tant pour le support retenu⁵ que pour la nature de la gestion du risque.**

² Ces données ne sont toutefois pas totalement complètes.

³ Celui-ci peut être estimé à près de 35 Md€.

⁴ *Assurance et développement de l'assurance dépendance*, thèse pour l'obtention du doctorat ès sciences économiques, Manuel Plisson, novembre 2009.

⁵ Contrat « sec » ou garantie accessoire adossée à un contrat santé, de prévoyance, d'assurance-vie, en adhésion facultative ou obligatoire, en garantie viagère ou annuelle.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

Encadré 1 : Échantillons retenus pour l'examen des contrats d'assurance-dépendance

Les analyses suivantes ont été réalisées à partir de plusieurs échantillons :

- un échantillon d'assurances sélectionné par UFC Que Choisir (Safir Plus Autonomie (AG2R La mondiale), CNP Assurances, Plans autonomie (Crédit mutuel CIC), Avenir Autonomie (Groupama), Protectys Autonomie (La Banque Postale Prévoyance), Aviseo Autonomie (MAAF), Garantie Autonomie (MACIF), Cap Futur Autonomie (Malakoff Médéric), MMA Autonomie (MMA), Assurance Dépendance (Prédica), Autonomie Bien-Être (Prévoir), Indépendance Service (UNPMF-Mutex) ;
- un échantillon de mutuelles de la fonction publique sélectionné par la DG Trésor (contrats MNH (Mutuelle de la Fonction publique hospitalière), contrats MFP Prévoyance, contrat MGEN, contrat MGET (équipement et transports)) ;
- un échantillon de mutuelles du GEMA (*Groupement des entreprises mutuelles d'assurances*) sélectionné par la DG Trésor (Aviseo (MAAF), Garantie autonomie (MACIF), Autonomis (Assurance Banque Populaire Prévoyance), AGPM Autonomie (AGPM Assurances)) ;
- un échantillon de sociétés d'assurance adhérentes à la FFSA sélectionné par la DG Trésor (Swiss Life, Assurance dépendance (Crédit Agricole Assurance), Presentalis 2 (Allianz), Aviva, Assurance dépendance (Gan assurances) et Avenir autonomie (Groupama)) ;
- un échantillon d'institutions de prévoyance adhérentes au CTIP (Contrat OCIRP DEPENDANCE, Contrat collectif de la branche des salariés d'Avocats (CREPA)).

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

Tableau 2 : Caractéristiques de douze contrats d'assurance dépendance sélectionnés par UFC Que Choisir (2010)

	Contrat 1	Contrat 2	Contrat 3	Contrat 4	Contrat 5	Contrat 6	Contrat 7	Contrat 8	Contrat 9	Contrat 10	Contrat 11	Contrat 12
Type de contrat	Rente + capital	À fonds perdus	À fonds perdus	À fonds perdus	À fonds perdus	Épargne + rente	À fonds perdus	À fonds perdus	À fonds perdus	À fonds perdus	À fonds perdus	À fonds perdus
Cotisation mensuelle (pour une souscription à 62 ans et une rente viagère annuelle de 600 €)	33,05 € (soit 396,60 € par an) pour une rente de 600 € à 85 ans	46,80 € (561,60 € par an)	38,73 € (464,76 € par an)	23,46 € (274,35 € par an)	29,50 € (354 € par an)	261 € (3132 € par an)	30,01 € (352,44 € par an)	30,93 € (371,16 € par an)	31,31 € (375,78 € par an), avec réduction de 10% la 1 ^{ère} année	28,10 € (337,20 € par an)	35,26 € (43,12 € par an)	37,68 € (452,16 € par an)
Âge limite de souscription	77 ans	-	75 ans	70 ans	75 ans	70 ans	79 ans	74 ans	70 ans	75 ans	75 ans	74 ans
Principales caractéristiques de l'offre	Trois formules : -Rente en cas de dépendance et épargne disponible à 85 ans que l'on peut soit récupérer, soit investir pour doubler la rente initiale - Capital en cas de dépendance partielle, et une protection hospitalisation (50 € / jour) - Les prestations précédentes et une rente en cas de dépendance totale	Une formule unique : -100% de la rente pour les GIR 1 et 2 -50% de al rente pour les GIR 3 -1200 € par an pour les personnes en dépendance légère (une vingtaine de pathologies et séquelles accidentelles -Garantie fracture (300 € par évènement)	Une formule unique : -100% de la rente pour les personnes en GIR 1 et 2, incapables d'effectuer au moins 3 AVQ sur 4 -50% de la rente pour les personnes en GIR 3 et incapables d'effectuer au moins 2 AVQ sur 4	Une formule unique : -Versement de la rente pour les personnes en GIR 1 et 2, et incapables d'effectuer 3 AVQ sur R - Versement de la rente pour les personnes en GIR 1 et 2 et incapables d'effectuer 3 AVQ sur 4, et de 50% de la rente en cas de GIR 3 et 4 et de 2 AVQ sur 3	Deux formules : -Versement de la rente en GIR 1 et 2, et d'un capital équipement en GIR 3 -Versement de la rente en GIR 1 et 2, de 60% en GIR 3, et un capital équipement en GIR 4 avec 3 AVQ sur 6	Une formule unique : -Un capital visé à 75 ans, qui détermine le montant des versements mensuels, plus une rente viagère égale à 20% du capital visé à 75 ans -En cas de décès, le solde de l'épargne constituée est transmis à des bénéficiaires désignés	Une formule unique : -100% de la rente si impossibilité d'effectuer 3 AVQ / 5 -300 € de rente si impossibilité d'effectuer 2 AVQ / 5	Deux formules : - Rente versée en GIR 1 et 2 -Rente versée à 50%, y compris en GIR 3	Deux formules : -100% de la rente en GIR et 2, avec impossibilité d'effectuer 3 AVQ / 4 -50% de la rente en cas de GIR 1 et 2 et 3, et impossibilité d'effectuer 2 AVQ / 4	Deux formules : -100% de la rente et 100% du capital équipement en GIR 1 et 2 -100% de rente et 100% capital équipement en GIR 1 et 2, ou 50% de la rente et 75% du capital équipement en GIR 3 et 4, ou 50% du capital équipement en GIR 5	Trois formules : -Rente viagère totale en GIR 1 et 2 avec 3 AVQ / 5 -Rente viagère totale en GIR 1 et 2 avec 3 AVQ / 5 et 50% de la rente en GIR 3 avec 2 AVQ / 5 -Rente viagère totale en GIR 1 et 2 avec 3 AVQ / 5 et 50% de la rente plus un capital équipement en GIR 3 avec 2 AVQ / 5	Rente à 100% pour GIR 1 et 2 et 3 plus versement d'un capital (six mois de rente) en GIR 4
Existence d'un capital « 1 ^{er} équipement	Oui, selon l'option choisie	Oui, sur option (3000 €)	Oui, sur option (3 fois le montant de la rente mensuelle)	Oui (4000 € maximum)		Oui (un an de rente)	Oui (jusqu'à 7600 €)	Oui, sur option (2000 €)	Non	Oui (3200 € maximum)	Oui (jusqu'à 4500 €)	Oui (six fois le montant de la rente mensuelle)
Autres options	-	Capital	-	-	-	-	-	Indemnité	-	Option décès	Indemnité	-

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

	Contrat 1	Contrat 2	Contrat 3	Contrat 4	Contrat 5	Contrat 6	Contrat 7	Contrat 8	Contrat 9	Contrat 10	Contrat 11	Contrat 12
		équipement						fracture (1500 €)			fracture (1500 €)	
Franchises	Trois mois	Trois mois (franchise relative)	Trois mois	Trois mois	Trois mois (franchise relative)	Trois mois	Trois mois	Trois mois	Trois mois	Trois mois	Trois mois	Versement immédiat
Accès à un service d'assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Aide à l'organisation du maintien à domicile (téléassistance, adaptation du domicile, accompagnement dans les déplacements, recherche de professionnels spécialisés ...)	Oui	Oui	Oui (plus portage gratuit des médicaments)	Oui	Oui (plus une assistance pour les proches en cas de décès)	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Garanties d'assistance pendant et après hospitalisation de l'assuré (prise en charge de la venue d'un proche, aide ménagère au retour, garde des animaux domestiques ...)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui (20h d'aides ménagères au retour après hospitalisation)	Oui
Aide aux aidants / aux proches (information, aide aux démarches administratives, organisation du maintien à domicile)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui

Source : UFC Que Choisir Argent (N° 120 – octobre 2010).

1.2.1. La souscription de la garantie se fait majoritairement via des contrats pour lesquels la dépendance est en inclusion

L'examen des principales caractéristiques des contrats « dépendance » révèle les éléments suivants :

- ◆ **concernant les modalités de souscription :**
 - si les chiffres collectés par les associations professionnelles indiquent qu'en 2010 4,1 millions de contrats, soit 75% de toutes les personnes couvertes, avaient été souscrits en « démarche obligatoire », il doit être noté que les seuls contrats réellement obligatoires sont ceux qui ont été souscrits de manière automatique, *via* un contrat collectif du fait de l'appartenance de l'assuré à une entreprise ou à une branche professionnelle ;
 - le chiffre fourni par les assureurs inclut ainsi 2 millions de contrats MGEN. Or, la garantie offerte par ces contrats est en inclusion aux contrats de complémentaires santé, pour lesquels l'adhésion est facultative. **De ce fait, la garantie dépendance est majoritairement souscrite en démarche facultative ;**
- ◆ **concernant la nature de la garantie :**
 - la garantie est principalement en **inclusion**. Elle est alors automatiquement accordée à la souscription d'un contrat d'assurance (facultatif ou obligatoire) assurant d'autres prestations⁶ (3,5 millions de contrats, soit 65% de tous les contrats) ;
 - la garantie « dépendance » peut aussi être la **garantie principale** du contrat ; elle est donc systématiquement souscrite (1,8 millions de contrats, 32%) ;
 - enfin, de manière plus confidentielle, la garantie peut être **optionnelle**, et être proposée au souscripteur dans un contrat ayant d'autres prestations. Elle peut être choisie à l'adhésion ou ultérieurement, à échéances contractuelles. Cette option est généralement adossée à des contrats d'épargne retraite⁷ (155 000 contrats, soit 3%) ;
- ◆ **concernant la durée de la garantie, et la nature de la gestion du risque (cf. encadré suivant) :**
 - les contrats peuvent offrir une **garantie à durée viagère, avec une gestion provisionnée du risque**. Dès la souscription, la personne assurée est couverte quelle que soit la date de survenance du risque, dans les conditions contractuelles. L'organisme d'assurance s'engage pour une période de garantie potentiellement longue, c'est-à-dire sur la durée de vie du futur assuré (2,4 millions de contrats, soit 43% de tous les contrats) ;
 - ils peuvent être à durée **temporaire, avec une gestion par répartition**. La personne assurée est alors couverte pendant une période déterminée, généralement un an. Au terme de cette période, la garantie peut être renouvelée. Ce type de gestion est majoritaire aujourd'hui en nombre de personnes couvertes (3,1 millions de contrats, soit 56%).

⁶ Cette inclusion est généralement adossée à un contrat de complémentaire santé.

⁷ Un exemple type est un doublement de la rente prévue en cas de dépendance.

Encadré 2 : Caractéristiques des principaux contrats d'assurance dépendance

1/ Très schématiquement, **il existe deux principaux modèles de contrats** d'assurance dépendance, permettant à l'assuré **de couvrir son risque** « dépendance » :

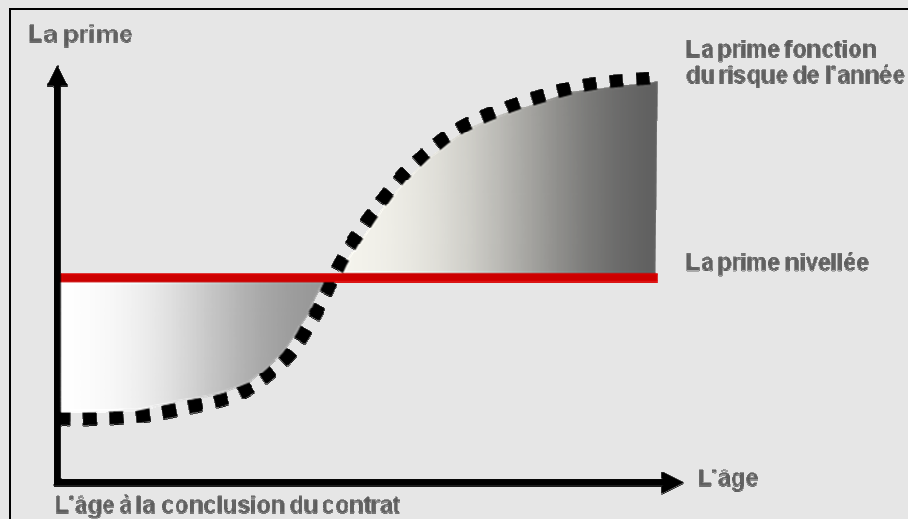
- au moyen d'un contrat spécifique dont l'objet principal est la dépendance. Ces contrats, dits à « adhésion facultative en garantie principale viagère dépendance », sont tarifés sous forme de « primes nivelées » ;
- soit en option ou en inclusion à un contrat dont l'objet principal est différent (par exemple, une assurance santé complémentaire). En général, la tarification de ce type de contrat est basée sur le calcul d'une prime annuelle.

2/ Techniquement, ces contrats relèvent de **deux méthodes de tarification** que l'on peut schématiser dans le graphique ci-dessous :

- **le principe d'une tarification sous forme de prime nivelée** est représenté par la courbe rouge (technique de provisionnement intégral du risque). Tandis que l'assureur perçoit initialement des primes supérieures au risque couvert, il verse dans les dernières années de vie du contrat des rentes supérieures aux montants des primes encaissés ; ce mécanisme justifie la constitution d'un provisionnement (*cf. infra*) ;
- **la tarification annuelle** selon l'âge moyen du groupe est représentée par la courbe en pointillé (technique de semi répartition).

Dans tous les cas existants, les cotisations sont révisables annuellement en fonction de l'évolution du risque.

Graphique 1 : Comparaison entre les deux formes de tarification



3/Ces deux méthodes de tarifications ont pour corollaire **des techniques de gestion du risque différentes** :

- **une gestion provisionnée** : le risque est couvert viagèrement, et les primes des assurés sont gérées à long terme. **Trois modes de provisions** sont constitués pour faire face aux engagements :
 - **les provisions pour rentes en cours de service**, qui sont égales aux montants actualisés probables des rentes à servir au titre de la dépendance, sachant que le risque est réalisé ; elles dépendent de l'âge de l'individu à l'entrée en dépendance ;
 - **les provisions pour risques croissants** : en début de vie du contrat, l'écart entre la prime payée et le niveau de risque est mis en réserve pour alimenter la provision ; cette réserve est ensuite utilisée lorsque le niveau du risque devient supérieur à la cotisation payée ;
 - enfin, **les assureurs constituent parfois des provisions à long terme**, afin de minimiser les ajustements de cotisation. De même, un fonds de revalorisation peut être constitué afin de financer les revalorisations attribuées aux garanties en cas d'érosion monétaire, sous la forme d'une prime unique de revalorisation venant compléter les provisions techniques ;

- **une gestion par répartition** : les primes des assurés de l'exercice sont immédiatement réaffectées au paiement des sinistres du même exercice. Avec ce type de gestion, les assurés bénéficient d'une garantie « annuelle »⁸.

1.2.2. Le montant des cotisations varie de manière assez sensible, notamment en fonction de l'âge de la souscription et de la nature des prestations assurantielles

◆ Les contrats sélectionnés par UFC-Que Choisir :

L'examen des contrats sélectionnés par UFC Que Choisir montre que les niveaux de cotisations mensuelles, pour une rente mensuelle de 600 € souscrite à 62 ans, varient fortement :

- ◆ **celles-ci sont comprises entre de 23,46 € à 46,80 €, soit du simple au double ; en moyenne**, la cotisation mensuelle s'élève à 35 € ;
- ◆ **pour le contrat d'épargne, celle-ci s'élève à 261 €.**

Au-delà des différences entre les niveaux de rente, les écarts de cotisations peuvent en théorie s'expliquer :

- ◆ par la définition du risque. Ainsi, une couverture exclusive de la dépendance « lourde » est moins onéreuse que celle de la dépendance entendue au sens large ;
- ◆ par l'existence ou non de prestations annexes au contrat (par exemple, des garanties d'assistance en cas d'hospitalisation) ;

Encadré 3 : Les prestations annexes aux contrats dépendance

Aux contrats dépendance sont associés des contrats d'assistance proposés. Si la liste des offres de ces contrats est longue, la nature et l'effectivité de celles-ci ne font pas l'objet d'une norme commune :

- Prestations « vie pratique » (recherche de professionnels, établissements, démarches, informations) (en inclusion) ;
- Bilan de prévention (informations pour le maintien à domicile, matériels, aménagements... (en inclusion) ;
- Téléassistance (recherche de prestataires, mises en service) (inclus) ;
- Bilan prévention mémoire ;
- Livraison repas, médicaments (inclus) ;
- Aides aux déplacements (en option) ;
- Coiffeur à domicile (inclus ou en option).

Aucune information n'est toutefois disponible quant à l'évolution du coût de ces prestations.

- ◆ par l'existence ou non de versements en capital (ceux-ci ne sont pas automatiquement prévus, et peuvent aller jusqu'à 7 600 €) ;
- ◆ par la nature de la gestion du risque : **les contrats par capitalisation sont plus onéreux que les contrats par répartition** ;
- ◆ par la nature des contrats (les contrats d'épargne sont plus onéreux que les contrats « à fonds perdus ») ;
- ◆ par des « mutualités⁹ » différentes ;

⁸ La personne assurée est couverte pendant une période déterminée, en général un an.

⁹ Plus la « mutualité » des assurés est de taille importante, et possède une population jeune, plus le montant de la cotisation est faible.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

- ◆ par des frais de gestion et une rémunération du capital différents.

- ◆ **Les mutuelles de la fonction publique :**

Les mutuelles de la fonction publique (MFP) présentent pour leur part certaines spécificités :

- ◆ **les garanties dépendance proposées par les mutuelles MFP** concernent quasiment tous des contrats en durée annuelle à adhésion en inclusion à une couverture complémentaire santé. La garantie dépendance est obligatoire lorsque la personne adhère au contrat santé, qui lui est facultatif. **Le montant des rentes mensuelles est bas, de l'ordre de 250 € par mois pour une rente à domicile et de 500 € par mois pour une rente en établissement ;**
- ◆ **la garantie dépendance de la MGEN (Mutuelle générale de l'éducation nationale)** possède une place particulière, dans la mesure où elle concerne plus de 2 millions de personnes et qu'elle a été mise en 2010. Cette couverture est accessoire à la couverture complémentaire santé, et obligatoire pour tous les adhérents qui choisissent d'adhérer à cette complémentaire santé. **Le montant de la cotisation, de 12,6 € par an en moyenne, est fixé en fonction du revenu et assure une rente en cas de dépendance de 120 € par mois ;**
- ◆ **La Mutuelle Générale (MG)** a mis en place une garantie dépendance lourde en 2002 d'un montant de 300 € mensuels qui concerne aujourd'hui 450 000 assurés. Il s'agit, comme à la MGEN, d'une garantie en inclusion avec la garantie santé et des garanties prévoyance capital décès, incapacité, invalidité, capital invalidité et frais d'obsèques. Les cotisations évoluent en fonction de l'âge.

- ◆ **Les mutuelles du GEMA :**

Concernant les mutuelles du GEMA (Groupement des entreprises mutuelles d'assurances), on peut relever que :

- ◆ six contrats de l'échantillon sont des contrats de prévoyance, et un seul un contrat d'épargne ;
- ◆ le montant de la rente est assez variable suivant la nature des contrats :
 - pour le contrat d'épargne, le montant mensuel de la rente varie entre 200 € et 1 675 € ;
 - pour les contrats de prévoyance, les montants varient entre 300 € et 3000 € ;
- ◆ **la tarification est croissante avec l'âge de souscription ;**
- ◆ des écarts importants sont constatés dans les tarifs (souvent du simple au double) :
 - les prestations annexes ne sont pas identiques pour tous les contrats, sans que ces différences expliquent tous les écarts de tarification ;
 - s'agissant du contrat d'épargne, **la différence s'explique par le fait que l'assuré va récupérer une partie des fonds versés ;**

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

Tableau 3 : Montants de cotisations annuelles de contrats de mutuelles du GEMA (€ par an)

	Minimum	Maximum	Contrat d'épargne
Souscription à 50 ans			
Rente de 300 €/mois	116 €	330 €	792 €
Rente de 900 €/mois	302 €	539 €	2 352 €
Rente de 1500 €/mois	472 €	853 €	3 912 €
Souscription à 60 ans			
Rente de 300 €/mois	167 €	471 €	1 344 €
Rente de 900 €/mois	435 €	808 €	4 032 €
Rente de 1500 €/mois	683 €	1 227 €	6 708 €
Souscription à 70 ans			
Rente de 300 €/mois	273 €	822 €	4 962 €
Rente de 900 €/mois	701 €	1 399 €	14 076 €
Rente de 1500 €/mois	1 108 €	2 154 €	23 448 €

Source : GEMA, sur le champ de leurs contrats.

Note : Les montants de cotisations annuelles correspondant à la couverture de la dépendante totale et partielle.

- ◆ un versement en capital est prévu (sauf pour le contrat d'épargne), et est compris entre 3 200 € et 7 600 € ;
- ◆ **des « mises en réduction¹⁰ » sont prévues** avec maintien des garanties dans tous les contrats, selon des durées minimum différentes : 4 ans pour le contrat d'épargne et entre 8 et 10 ans pour les contrats prévoyance.

◆ **Les sociétés adhérentes à la FFSA :**

Concernant les contrats de sociétés adhérentes à la FFSA, on peut noter que :

- ◆ le montant minimum de la rente est compris entre 200 et 500 € par mois, et que le montant maximum est compris entre 1 500 € et 2 400 € ;
- ◆ en cas de « dépendance partielle » (cf. *infra*), le montant de la rente est de 50% de la rente pour la dépendance totale ;
- ◆ les montants de cotisations varient sensiblement d'un contrat à l'autre, et croissent fortement en fonction de l'âge de la souscription (+49% pour une souscription à 60 ans, par rapport à une souscription à 50 ans) ;

Tableau 4 : Montant annuel de cotisation pour les assureurs de l'échantillon (€ par an)

	Minimum	Maximum
Souscription à 50 ans		
Rente de 300 €/mois	88	130
Souscription à 60 ans		
Rente de 300 €/mois	131	193
Souscription à 70 ans		
Rente de 300 €/mois	202	316

Source : DG Trésor.

- ◆ le versement d'un capital est prévu automatiquement dans deux contrats, en option dans 3 contrats ; dans l'un des contrats, il est prévu un capital « Alzheimer » représentant 6 fois le montant de la rente mensuelle ;
- ◆ des services d'assistance, d'information et de conseils sont prévus dans les 6 contrats.

¹⁰ La mise en réduction d'un contrat intervient lorsque l'assuré cesse de payer ses primes. Le contrat se poursuit alors jusqu'à son terme normal mais avec des garanties inférieures à celles prévues à l'origine et proportionnelles aux primes déjà versées.

◆ **Les institutions de prévoyance :**

Concernant les contrats collectifs des institutions de prévoyance adhérentes au CTIP, on peut noter les éléments suivants :

- ◆ le montant minimum de la rente mensuelle est compris entre 250 € et 345 €, et le montant maximum est compris entre 800 € et 1500 € ;
- ◆ en cas de dépendance partielle, le montant de la rente est comprise entre 25 % et 50% de celle prévue en cas de dépendance lourde ;
- ◆ la garantie est acquise en cas de départ du salarié, permettant la conservation des droits cotisés. Le niveau de la rente acquise en cas de dépendance est proportionnelle à la durée, soit de façon continue, soit par pallier, avec dans certaines garanties une durée minimum de cotisation (8 ans par exemple pour une branche).
- ◆ dans les principaux contrats, l'individu peut continuer à cotiser, dans le cadre d'un maintien à titre individuel, en cas de départ de l'entreprise ;
- ◆ le versement d'un capital est prévu en option en cas de dépendance partielle, pour un montant de 2 700 à 10 800 € ;
- ◆ Les contrats incluent des services d'accompagnement des aidants et d'assistance pour les personnes dépendantes. Certains contrats prévoient également des bilans et actions de prévention.

Tableau 5 : Montant annuel de cotisation pour les institutions de prévoyance du CTIP (€ par an)

	Montant annuel minimum	Montant annuel maximum
Pour une rente de 400 € par mois	220 €	250 €
Pour une rente de 800 € par mois	250 €	300 €

Source : CTIP.

Note : Le tarif est indépendant de l'âge effectif de souscription.

Note : Ces niveaux s'entendent en partant d'une hypothèse de durée de cotisation de 20 ans pour 400 € et de 30 ans pour 800 €. Le bénéfice d'une rente minimum est en général garantie (300 €), quelque soit la durée de cotisation, pour les actifs cotisants.

1.2.3. La définition de la dépendance repose sur les AVQ ou/et sur la grille AGGIR

Dans les différents échantillons, **la définition de la dépendance apparaît variable** selon les contrats :

- ◆ la définition du risque est basée généralement sur **l'impossibilité de la personne à effectuer des actes de la vie quotidienne (AVQ)** (par exemple, quatre contrats sur six de l'échantillon FFSA prennent comme couverture de la dépendance les AVQ). Leur nombre est de 4 ou 6 AVQ selon les contrats, et la garantie est déclenchée par exemple lorsque trois AVQ sur quatre ne peuvent plus être effectuées par l'assuré ;
- ◆ certains contrats fondent leur définition sur **la grille nationale AGGIR** ;
- ◆ d'autres contrats enfin fondent leur définition sur une **combinaison des AVQ avec la grille AGGIR** (par exemple, deux contrats sur les six de l'échantillon FFSA) ;
- ◆ à ces outils de mesure de la dépendance peuvent aussi être associés des **tests permettant de mieux appréhender les troubles neuropsychiques**.

De même, **le niveau de couverture de la dépendance apparaît variable** :

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

- ◆ en général, **les contrats couvrent la dépendance « lourde » (GIR 1 et 2, ou l'impossibilité de réaliser 3 AVQ sur 4)** ; c'est par exemple le cas du contrat de la MGEN, même si celui-ci offre également des aides complémentaires en cas de maintien à domicile après plus de six mois, ainsi que des services d'aide à domicile et d'aide aux aidants – sous condition de ressources ;
- ◆ ils peuvent également proposer, **de manière moins fréquente, une couverture moins forte pour la dépendance « partielle » (GIR 3)**. Cette couverture, qui peut être incluse dans le contrat ou optionnelle, peut prendre la forme d'une rente moins élevée, ou d'un capital visant à assurer l'aménagement du domicile.

1.2.4. L'âge limite de souscription est proche de 75 ans

Pour pratiquement tous les contrats des différents échantillons, **il existe un âge limite de souscription** :

- ◆ pour les assurances de l'échantillon d'UFC Que Choisir, celui-ci est proche de 75 ans, avec un maximum de 79 ans ;
- ◆ pour les mutuelles du GEMA, il est compris entre 70 et 74 ans.

1.2.5. Afin d'éviter le risque d'anti-sélection, les contrats prévoient une sélection médicale, un délai de carence pour certaines pathologies et une franchise

Pour éviter d'assurer des risques déjà réalisés, ou forts probables, les contrats introduisent généralement plusieurs techniques :

- ◆ une sélection médicale ;
- ◆ un délai de carence.
- ◆ un délai de franchise ;

La sélection médicale est variable selon qu'il s'agit d'une couverture facultative viagère ou obligatoire, en raison de risques d'anti-sélection différents suivant les différents types de contrats. **Ainsi, la sélection est plus forte lorsque la souscription de la garantie est facultative ou optionnelle et lorsque la garantie est viagère.** Celle-ci se fait généralement via un questionnaire médical.

Ainsi, pour les contrats du GEMA¹¹, la sélection médicale est prévue dans tous les contrats, mais selon des modalités différentes :

- ◆ questionnaire médical simplifié en cinq questions (pour le contrat d'épargne) ;
- ◆ déclaration de santé avec quatre questions ;
- ◆ questionnaire de santé pour la prise en charge de la dépendance lourde et partielle, ;
- ◆ questionnaire médical détaillé en vingt questions.

Pour les mêmes raisons, les contrats à adhésion facultative prévoient des **périodes de carence** avant laquelle la garantie n'est pas due si l'événement garanti survient. **En général, ce délai de carence est de 3 ans en cas de dépendance due à une maladie neurologique**, et de 6 mois à 1 an en cas de dépendance due à une maladie. En cas d'accident, il n'existe pas, le plus souvent, de délai de carence.

¹¹ Pour l'échantillon de la FFSA, la DG Trésor n'a pas obtenu d'information sur l'organisation de la sélection médicale, ni sur les délais de carence.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

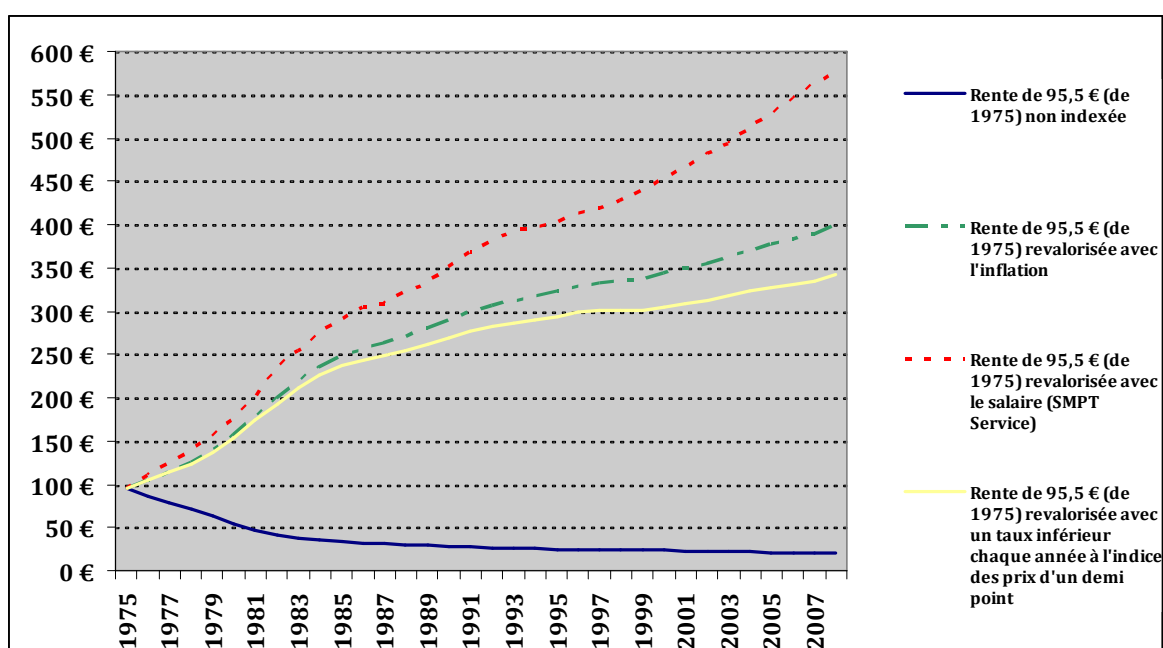
Enfin, l'introduction d'une **période de franchise**, assez générale dans les contrats d'assurance, a pour objectif de ne pas intégrer dans les événements couverts les événements dits « de fin de vie », statistiquement beaucoup plus nombreux que les événements de dépendance, et de ne pas alourdir le coût moyen des garanties offertes.

1.3. La méthode de revalorisation de la rente, qui est fondamentale pour garantir à l'assuré le maintien du pouvoir d'achat de sa rente, n'est ni certaine ni lisible

En souscrivant à un contrat d'assurance, l'assuré se couvre contre le risque dépendance via une rente, dont il ne connaît qu'intuitivement la valeur réelle. En effet, le choix d'une rente n'offre pas de garantie sur l'affectivité du service qu'elle financera, du fait d'incertitudes sur l'inflation et sur l'évolution du coût des services.

Compte tenu de la durée séparant la souscription de la réalisation du risque « dépendance »¹², particulièrement longue, la méthode de revalorisation des rentes est donc importante, afin de garantir à l'assuré une couverture durable de son risque (cf. graphique suivant).

Graphique 2 : Effets de long terme des modes d'indexation sur la valeur d'une rente (en euros constants, 1975-2008)



Source : INSEE, OCDE.

Lecture : Le graphique montre l'évolution de la valeur réelle d'une rente souscrite par une personne de 50 ans, entre 1975 et 2008 (soit 33 ans). La valeur de cette rente est, en 1975, de 95,5 € (ce montant équivalait à la moitié de la pension médiane en 1975 ; pour mémoire, les rentes des actuels contrats « dépendance » sont d'environ 500 € par mois, pour une pension médiane d'environ 1 200 € par mois). Quatre simulations de l'évolution de la valeur de la rente sont proposées :

- rente non indexée ;
- rente indexée sur l'évolution des prix ;
- rente indexée sur l'évolution du salaire (SMPT « services » – salaire moyen par tête de la branche service) ;
- rente revalorisée avec un taux inférieur d'un demi point, chaque année, à l'indice des prix.

¹² Selon des informations recueillies auprès d'assureurs, la date de souscription est actuellement comprise en moyenne entre 50 et 55 ans.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

Selon les données obtenues par la DG Trésor, les modes de revalorisation de la rente sont distincts d'un contrat à l'autre, et sont par exemple fonction :

- ◆ de l'équilibre technique et financier de la garantie dépendance ;
- ◆ des disponibilités du fonds de revalorisation du contrat ;
- ◆ du plafond annuel de cotisations de la sécurité sociale (PASS) ;
- ◆ du coût des prestations médicales dans la limite des résultats techniques et financiers du contrat).

Les travaux du groupe technique ont par ailleurs montré les éléments suivants :

- ◆ certains contrats ne prévoient aucune règle de revalorisation ; celle-ci relève donc d'une décision discrétionnaire du gestionnaire des contrats ;
- ◆ sur un échantillon de sept contrats, la revalorisation annuelle depuis 2000 a été de 1,2% par an, contre une inflation moyenne de 1,7% par an.

Au total, les méthodes de revalorisation des rentes, bien que définies contractuellement, ne sont actuellement ni transparentes ni réellement protectrices des intérêts des souscripteurs.

1.4. Les contrats ne prévoient pas actuellement de système de « transférabilité »

Les contrats ne font actuellement pas l'objet d'une « transférabilité » d'une compagnie à une autre, même si certains mécanismes tels que des « mises en réduction¹³ » peuvent éventuellement être prévus dans certains contrats.

De ce fait, un assuré qui souhaite changer d'assureur en cours de contrat ne peut pas le faire sans prendre le risque de perdre tout ou partie de la protection contre la dépendance résultant de ses cotisations antérieures.

2. Le développement d'une assurance privée complémentaire à l'action publique pourrait être encouragé sous certaines conditions

2.1. Une réflexion sur le rôle de l'assurance dans la couverture de la dépendance conduit à s'interroger préalablement sur la place de la puissance publique

Selon l'importance du socle public, la place et l'apport de l'assurance à la couverture de la dépendance diffèrent sensiblement :

- ◆ dans un système où la couverture est (ou deviendrait faible), la création d'une assurance obligatoire (publique ou privée) peut sembler justifiée ; en effet, la dépendance peut être assimilée à un bien tutélaire¹⁴ ; or, compte tenu de la myopie des agents économiques face au risque, l'obligation d'une couverture assurantielle contre la dépendance pourrait sembler nécessaire ;

¹³ Une « mise en réduction » est un mécanisme qui consiste à prévoir, après un certain nombre d'années de cotisation, un niveau de rente minimum pour un assuré qui choisirait de ne pas reconduire son contrat, par exemple pour changer d'assureur. De ce fait, ce mécanisme permet à un assuré de changer d'assureur en limitant les pertes résultant d'une cotisation « à fonds perdus ».

¹⁴ Un bien tutélaire est un bien qui, sans intervention de l'État, serait consommé à un niveau sous-optimal d'un point de vue social. Par exemple, la sécurité sociale, en tant qu'assurance, est un bien tutélaire parce que les individus, de leur propre chef, ne s'assurent pas suffisamment contre les risques de maladie, de vieillesse etc. Les

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

- ◆ dans un système où la couverture publique est forte, la question du caractère obligatoire de la couverture assurantielle se pose avec moins d'acuité. Les avantages et inconvénients de celle-ci doivent être étudiés avec attention.

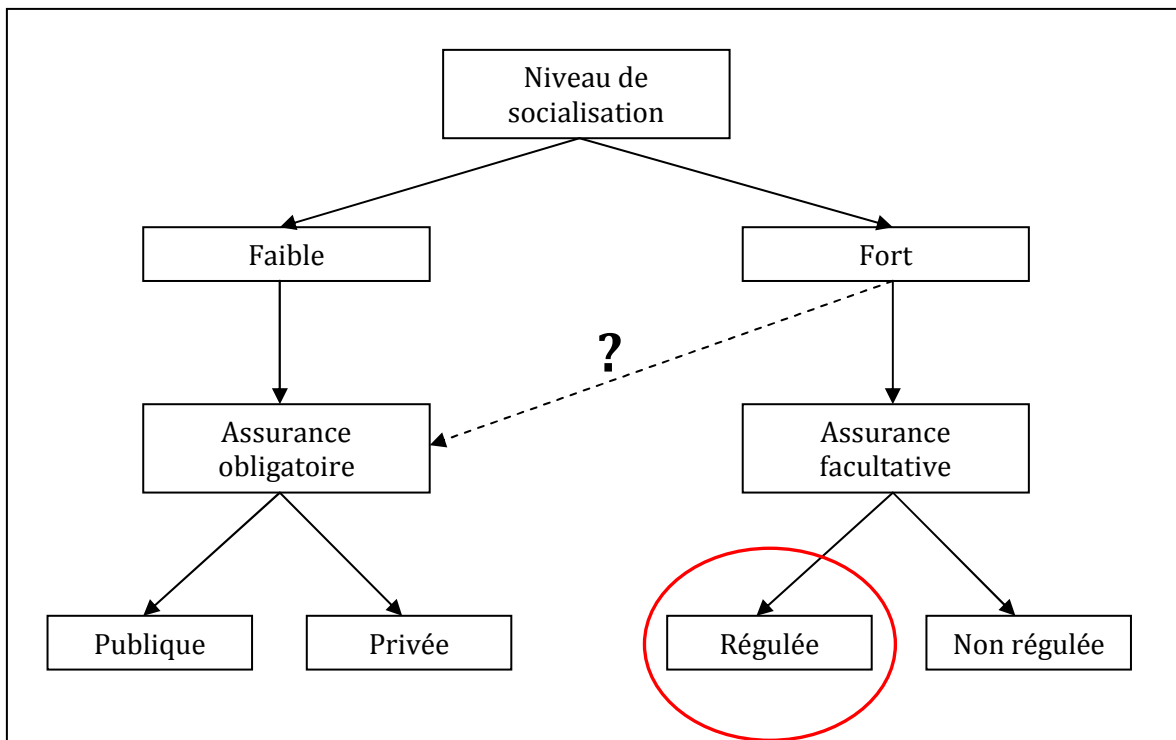
Tableau 6 : Bilan coûts/bénéfices d'une assurance obligatoire dans le cas où le socle public reste important

Avantages d'une assurance obligatoire en cas de socle public puissant	Inconvénients d'une assurance obligatoire en cas de socle public puissant
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrat moins onéreux du fait d'une forte mutualisation ▪ Absence de questionnaire médical et de restriction à l'entrée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obligation d'un contrat alors que le risque de dépendance est faible ▪ Perte en pouvoir d'achat ▪ Risque de requalification des cotisations en prélèvements obligatoires si le montant de cotisation est normé par la puissance publique

Par ailleurs, il convient également de conduire cette réflexion en conservant à l'esprit l'importance de l'horizon temporel impliqué par un système assurantiel. En effet, la couverture du risque « dépendance » au moyen de mécanismes assurantiels nécessite des délais de cotisation très longs pour être supportables financièrement pour l'assuré.

Au total, on peut considérer l'arbre de décision suivant :

Graphique 3 : Arbre de décision sur l'institution d'une assurance dépendance obligatoire



Dans le cas où le socle public resterait important, la puissance publique peut soit choisir :

biens tutélaires entrent donc dans la catégorie des « défaillances de marché », pour lesquels la théorie économique justifie une intervention publique correctrice.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

- ◆ de laisser le marché fonctionner librement, en limitant sa supervision à la traditionnelle analyse technique et économique de la capacité future des organismes d'assurances à tenir leurs engagements envers les assurés ;
- ◆ soit d'intervenir de manière plus directe dans la définition des contrats, et s'assurer de la réelle protection des assurés.

Les avantages et les inconvénients d'une régulation plus forte du marché de l'assurance-dépendance ont été discutés lors des groupes techniques :

Tableau 7 : Avantages et inconvénients d'une régulation des contrats d'assurance dépendance

	Avantages	Inconvénients
Fonctionnement actuel (régulation limitée)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ innovation des contrats ▪ libre entrée sur le marché, et libre concurrence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ faiblesse de la protection de l'assuré sur très longue période ▪ risque d'exclusion de certaines catégories d'assurés ▪ risque de revalorisation brutale des cotisations ou des rentes
Régulation plus directe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ protection de l'assuré ▪ meilleure lisibilité des contrats, favorisant le développement du marché 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ moindre innovation des produits ▪ effet dissuasif d'entrée sur le marché pour les compagnies d'assurance (avec dans les cas extrêmes un non-développement du marché)

Au total, une certaine forme d'équilibre doit être trouvée si l'on souhaite à la fois encourager le développement du marché, et protéger les souscripteurs :

- ◆ en cas de régulation plus affirmée, le marché de l'assurance dépendance gagnera en visibilité et en sécurité, et pourrait connaître un développement plus rapide qu'aujourd'hui ;
- ◆ à l'inverse, une régulation excessive, par exemple sous forme de prix administrés des contrats, pourrait dissuader les assureurs d'offrir des contrats d'assurance-dépendance.

Le développement qui suit se place dans l'hypothèse où le socle public de prise en charge de la dépendance resterait important, c'est-à-dire comparable à la situation existante¹⁵, et où la puissance publique chercherait à encourager la diffusion de contrats d'assurance-dépendance protecteurs des intérêts des souscripteurs (*NB : le cercle rouge sur le graphique précédent matérialise le cas étudié ci-dessous*).

¹⁵ Le second scénario, où le socle public serait moins important, est étudié dans l'annexe n° VIII, sur la base du modèle de Singapour.

2.2. Si la puissance publique souhaitait voir une offre assurantielle complémentaire à son action se développer, elle pourrait chercher à mieux organiser l'offre actuelle

Dans le cas où l'on souhaiterait assurer une diffusion de l'assurance-dépendance plus importante qu'actuellement, plusieurs questions devraient être traitées :

- ◆ le positionnement des contrats, notamment par rapport aux interventions de la puissance publique ;
- ◆ la méthode et la grille d'évaluation de la dépendance ;
- ◆ la manière de s'assurer que les contrats sont protecteurs des intérêts des assurés, par exemple en matière de transparence, d'absence de sélection médicale, de montant minimum de rente etc... ;
- ◆ un mode de revalorisation des rentes qui soit transparent et protecteur ;
- ◆ une transférabilité totale ou partielle des droits acquis.
- ◆ la population ciblée.

2.2.1. La prestation apportée par les contrats est principalement de nature financière

Un produit d'assurance dépendance inclut, en général, deux contrats de nature différente. D'une part, le produit comporte classiquement un contrat de prévoyance, annuel ou viager :

- ◆ l'assureur propose le versement d'une rente, une fois constatée la réalisation de l'état de dépendance ;
- ◆ le contrat peut également prévoir le versement d'un capital, qui peut être utilisé par la personne âgée dépendante pour financer l'aménagement de son habitation, ou indemniser un aidant particulièrement sollicité en début de dépendance.

D'autre part, le produit peut inclure un contrat d'assistance annuel offrant :

- ◆ des services de conseil et de prévention ;
- ◆ une aide à s'aiguiller dans le giron social ;
- ◆ éventuellement des prestations diverses pour le maintien de l'autonomie, directement ou via des acteurs de l'accompagnement et des services (« assistants »).

Cette dernière catégorie de services offre une valeur ajoutée importante pour l'assuré, par rapport à une simple rente financière. Toutefois, il conviendra d'être prudent sur leur développement. En effet, on peut s'interroger sur la possibilité pour l'assureur, dont le métier de base consiste à évaluer un risque et à indemniser financièrement ses assurés en cas de matérialisation de celui-ci, à l'exercer de manière efficace et uniforme sur tout le territoire. Certains membres du groupe ont ainsi souligné les difficultés financières rencontrées par certains assureurs sur le marché américain, qui proposaient dans leur contrat une prestation en nature (par exemple, une place en maison de retraite)¹⁶.

2.2.2. Les critères d'évaluation de la dépendance doivent être robustes et stables

La nature du risque couvert soulève trois problématiques connexes :

- ◆ d'une part, l'étendue de la couverture, et son éventuelle extension jusqu'aux situations de dépendance légère ;

¹⁶ Selon ces membres du groupe, certaines compagnies américaines auraient sous-évalué le coût des prestations qu'ils offraient ; le niveau des cotisations versées s'est révélé insuffisant pour couvrir le risque.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

- ◆ d'autre part, la nature de l'outil et des critères d'évaluation de la dépendance ;
- ◆ enfin, l'articulation des contrats avec l'intervention publique.

La robustesse et la stabilité des critères d'évaluation de la dépendance sont fondamentales pour permettre aux assureurs de mesurer leurs risques, et de calculer le niveau de cotisation correspondant. Dans le cas où la grille d'évaluation ne s'avérerait pas fiable, des dommages pour les assureurs et les assurés apparaîtraient inéluctablement¹⁷.

Les travaux du groupe ont à la fois montré les **limites des critères privés et publics actuels** :

- ◆ les critères retenus par les assureurs varient aujourd'hui d'un contrat à l'autre ;
- ◆ les critères d'évaluation retenus par la puissance publique sont perfectibles, notamment pour le GIR 4 ; celui-ci caractérise en effet des états de dépendance parfois difficiles à objectiver.

Afin de permettre un développement protecteur des intérêts des assurés, il semble important de garantir une évaluation harmonieuse des états de dépendance, à la fois entre assureurs mais également entre assureurs et services départementaux.

Si cet objectif devait être retenu, il se traduirait :

- ◆ **par l'adoption d'une grille, reposant sur des indicateurs exogènes et objectifs, par tous les acteurs de l'évaluation de la dépendance.** Des travaux récents conduits par la CNSA, et réunissant les acteurs publics et privés de la dépendance, apparaissent prometteurs ; ils pourraient aboutir à brève échéance à l'adoption d'une grille commune, qui objectiverait notamment davantage les cas de faible dépendance ;
- ◆ **par une stabilisation sur longue période de celle-ci ;**
- ◆ **par une opposabilité des évaluations du Conseil général** aux assureurs ; le cas échéant, cette opposabilité pourrait intervenir dès lors que l'évaluateur serait agréé par l'assureur.

2.2.3. La trop forte hétérogénéité des contrats pourrait être réduite au moyen d'une garantie socle labellisée par la puissance publique

De l'avis de certains membres du groupe, il apparaît que la trop forte diversité des contrats actuels, ainsi que certaines faiblesses dans la protection des assurés, sont une limite au développement de ces contrats.

Pour remédier à cette situation, le pouvoir de régulation de la puissance publique pourrait être mobilisé via **la définition d'une garantie socle dans les contrats dépendance**, qui pourrait prendre la forme d'une labellisation publique. Une telle labellisation permettrait de s'assurer d'une qualité d'offre minimale, réellement protectrice des souscripteurs.

¹⁷ Par exemple, pour les assurés : baisse des rentes, très fortes ou des cotisations, voire disparition de la couverture contre la dépendance ; pour les assureurs : difficultés financières.

Encadré 4 : Exemples de garanties socles labellisées

Le contenu de la garantie socle pourrait intégrer les caractéristiques suivantes :

- Transparence de l'information sur les produits à la souscription et pendant la durée de vie des contrats, avec un cahier des charges aussi transparent que possible ; les points suivants sont notamment importants :
 - mécanismes de participation aux bénéfices encadrés ;
 - encadrement des conditions de mises en « réduction » des garanties en cas de cessation d'adhésion avant survenance du risque, et information régulière des assurés ;
- Définition de la dépendance commune à tous les organismes assureurs et en cohérence avec le secteur public ;
- Encadrement plus strict de la sélection médicale, qui devrait s'effacer avec la diffusion des contrats qui, assurant une large mutualisation, permettent de s'en affranchir ;
- Montant minimal de rente ;
- Mode de revalorisation des rentes réellement protecteur (cf. *supra*, les mécanismes de participation aux bénéfices) ;
- Transférabilité des contrats ;
- Délais de carence et de franchise réduits par rapport à la situation actuelle ;
- Accompagnement des personnes dépendantes et de leurs aidants :
 - garantie d'assistance (services d'information et de conseils) ;
 - versement d'un capital à l'entrée en dépendance, facilitant notamment la gestion immédiate de la situation par les aidants.

2.2.4. Le mode de revalorisation des rentes devrait être réellement protecteur de l'intérêt des assurés

Selon un sondage effectué par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) dans le cadre des travaux du groupe, le taux de revalorisation des rentes des contrats d'assurance dépendance a été en moyenne sur dix ans de 1,5% par an environ, contre une inflation annuelle moyenne de 1,7% ; les observations du rapporteur, qui portaient toutefois sur un échantillon incluant également des mutuelles et des organismes de prévoyance, concluaient à un écart avec l'inflation de l'ordre de 0,5% par an.

Compte tenu de la durée des contrats d'assurance-dépendance, les méthodes de revalorisation des rentes sont fondamentales pour assurer un maintien de leur pouvoir d'achat ; de ce fait, plusieurs propositions – qui seraient consommatrices de fonds propres - peuvent être formulées pour assurer aux rentes une évolution dynamique :

- ◆ *a minima*, une indexation sur les résultats techniques des contrats peut être envisagée ;
- ◆ une indexation plus dynamique serait sans doute souhaitable, puisque les coûts de la dépendance évoluent, sur le moyen terme, comme les salaires et non comme l'inflation. Cependant, une indexation contractuelle sur un indice « externe », comme l'inflation ou le salaire moyen par tête (SMPT) est, de l'avis des assureurs, impossible en l'état actuel de la législation ; **En revanche, le principe d'une indexation offrant un taux fixe (par exemple, 1,8% par an) et/ou d'une participation aux résultats techniques et financiers pourrait être adopté.** Elle se traduira toutefois par un niveau de cotisation plus important pour l'assuré, notamment si la revalorisation intervient au dessus des marges dégagées par la participation aux résultats ;

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

- ◆ enfin, il pourrait être imaginé d'autres méthodes de revalorisation plus souples et plus protectrices des assurés (mais néanmoins moins transparentes, et fortement contestées par les assureurs¹⁸) ; les trois schémas suivants, qui sont exclusifs l'un de l'autre, peuvent être proposés :
 - une commission réunissant les régulateurs, les représentants des assureurs et des assurés pourrait périodiquement arbitrer l'évolution des taux de revalorisation en fonction de l'évolution des coûts des facteurs et des hausses de tarification induite¹⁹ ;
 - sur le modèle du Livret A, une autorité administrative indépendante pourrait proposer chaque année une évolution du taux de revalorisation ; les assureurs sont formellement opposés à cette formule ;
 - une revalorisation pourrait être arbitrée dans le cadre d'un « rendez-vous dépendance » périodique (par exemple tous les cinq ans), sur le modèle de Singapour ;

Par ailleurs, le mode de revalorisation des cotisations pourrait être encadré, afin d'éviter des modifications trop importantes d'une année sur l'autre ; par exemple, un plafond annuel d'augmentation pourrait être institué. En revanche, la revalorisation des cotisations doit être possible :

- ◆ le système doit posséder une souplesse suffisante pour lui permettre de faire face à une dégradation non-anticipée du risque ;
- ◆ les normes prudentielles rendent nécessaires les possibilités de revalorisation ;
- ◆ compte tenu de « mutualités » de nature différente, il est normal que les montants de cotisation des contrats soient eux aussi différents.

2.2.5. Une transférabilité de la garantie dépendance permettrait à l'assuré de pouvoir changer d'assureur en cours de contrat

En raison de l'horizon temporel du risque de dépendance (30 ans), le développement d'une couverture assurantielle sans transférabilité se traduirait par une baisse de la concurrence potentiellement préjudiciable à l'assuré. Certes, la transférabilité de la garantie pose des problèmes techniques importants ; ceux-ci ne semblent toutefois pas insurmontables.

Ainsi, afin de permettre à l'assuré de pouvoir changer d'assureur en cours de contrat, un système de transférabilité des garanties pourrait être proposé, allant au-delà des mises en réduction aujourd'hui proposées dans certains contrats. Cependant, une telle possibilité n'est techniquement possible que pour les contrats ayant un provisionnement sur durée viagère.

Dans le cas où un socle public labellisé était mis en œuvre, deux techniques pourraient faciliter la transférabilité (cf. *Annexe VII*) :

- ◆ une première technique, assez frustrante mais simple à mettre en œuvre, consisterait à permettre à l'assuré de changer d'assureur jusqu'à un certain âge (par exemple 70 ans). Ce changement impliquerait un transfert des provisions constituées, auquel on retrancherait un abattement forfaitaire représentatif des frais exposés par le premier assureur (rémunération des capitaux, frais de structures, etc.) ;

¹⁸ Les assureurs jugent en effet que de tels systèmes seraient contreproductifs pour certaines communautés d'assurés.

¹⁹ Une alternative consisterait à confier ce rôle à un groupe d'experts indépendants nommés pour une durée limitée.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

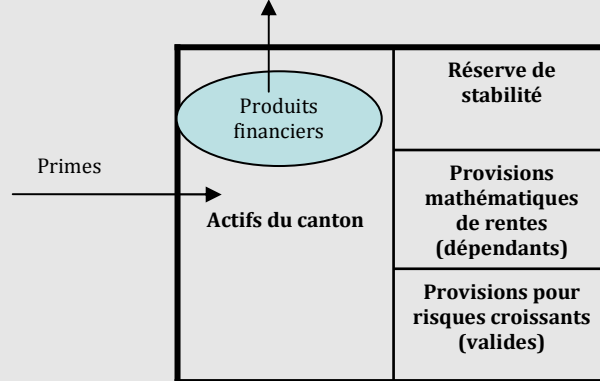
- ◆ une seconde technique, plus complexe et plus coûteuse pour les assureurs, consisterait à adopter pour les contrats dépendance une gestion « cantonnée » identique à celle des régimes de retraite en points (« Préfon », régimes dits « L. 441 »), ou du Plan épargne retraite populaire (PERP). Cette technique nécessite par contre un niveau d'encours suffisamment élevé. Dans un tel mécanisme, il est possible de définir une valeur de transfert pour les contrats, qui correspondrait aux provisions accumulées (somme des primes actualisées, abattues d'un pourcentage forfaitaire comme dans le précédent système).

Encadré 5 : Fonctionnement de contrats d'assurance dépendance « cantonnés »

S'ils étaient cantonnés, les contrats d'assurance-dépendance pourraient fonctionner de la manière suivante :

- le « canton » est alimenté par les cotisations nettes d'un prélèvement à définir au contrat, qui sont investies dans des placements ;
- les placements du canton servent à payer les prestations ;
- les actifs génèrent des produits financiers ; si le solde financier est positif, une fraction doit rester au canton, le reste pouvant être dégagé en bénéfice par l'assureur.

Graphique 4 : Dispositif de cantonnement



Enfin, toute transférabilité devant intervenir dans des conditions neutres de marché, la possibilité d'un transfert entre des contrats collectifs et individuels soulève des difficultés réelles, bien que non insurmontables. Dans un premier temps, la transférabilité pourrait être limitée à des contrats de même nature.

2.2.6. Les classes moyennes et les personnes dont l'âge est inférieur à 70 ans sont les populations dont l'intérêt à souscrire est le plus important

Concernant la population couverte par les contrats, deux problématiques distinctes doivent être traitées :

- ◆ d'une part, quelle population doit souscrire de manière prioritaire à une assurance dépendance ? La réponse à cette question est importante, notamment dans l'hypothèse où la puissance publique chercherait à inciter financièrement à la couverture assurantielle (*cf. infra*) ;
- ◆ d'autre part, à quel âge cette couverture doit-elle intervenir ?

◆ **Les classes moyennes apparaissent comme la catégorie de population pour qui l'assurance-dépendance est la plus utile :**

Afin de déterminer la catégorie de la population qui aurait intérêt à se couvrir contre la dépendance au moyen d'un contrat d'assurance, le revenu apparaît comme un critère pertinent :

- ◆ dans le système actuel, les personnes les plus modestes bénéficient d'une prise en charge intégrale de leur dépendance, dès lors qu'elles bénéficient de l'ASH ;
- ◆ à l'inverse, pour les personnes ayant des revenus et un patrimoine importants, l'aide publique est moins forte, se réduisant pour l'essentiel à des dépenses fiscales.

Au total, les personnes qui auraient le plus intérêt à s'assurer contre le risque de dépendance appartiennent aux catégories sociales intermédiaires, même si les contours exacts de cette catégorie restent flous. Ceci est d'ailleurs confirmé par plusieurs travaux d'économistes²⁰.

Ainsi, il peut sembler pertinent pour des personnes dont les revenus sont compris entre 1 000 et 2 000 € par mois de souscrire un contrat d'assurance-dépendance : celles-ci ne sont pas suffisamment modestes pour être prises en charge intégralement par la puissance publique en cas de dépendance, et ne sont pas suffisamment fortunées pour se constituer une épargne significative leur permettant à la fois d'assurer la transmission de leur patrimoine à leurs héritiers, et le financement de leur dépendance.

◆ **L'âge de la souscription doit être inférieur à 70 ans pour être soutenable financièrement :**

De même, il convient de s'interroger sur l'âge le plus pertinent pour souscrire une assurance dépendance :

- ◆ plus l'âge avance, plus la question de la dépendance se pose et est ressentie comme une question prioritaire par l'assuré potentiel ;
- ◆ plus le contrat est souscrit jeune, moins le coût de la cotisation est élevé ; inversement, une adhésion trop tardive rend le montant de la cotisation insupportable pour l'assuré ;
- ◆ inversement, plus la durée de cotisation est longue, plus le système est difficile à piloter, à la fois pour l'assureur et l'assuré

Par conséquent, il apparaît qu'une adhésion trop précoce serait socialement mal acceptée, tandis qu'une adhésion à un âge avancé serait trop coûteuse pour l'assuré. De l'avis des assureurs, l'âge idoine pour une adhésion est compris entre 55 et 60 ans.

Au total, la population pourrait être ciblée de la manière suivante :

²⁰ Par exemple, *Assurance et développement de l'assurance dépendance*, thèse pour l'obtention du doctorat ès sciences économiques, Manuel Plisson, novembre 2009.

Tableau 8 : Décomposition des prises en charge en cas de dépendance

Niveau du couple (revenu, patrimoine)	Tranches d'âge		
	< 55 ans (population aujourd'hui peu assurée)	55 – 70 ans (population en âge de s'assurer)	> 70 ans (Choc 2015)
Faible	Ces personnes relèveront a priori de la solidarité nationale	Ces personnes relèveront a priori de la solidarité nationale	Population trop âgée pour être assurable
Moyen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incertitude sur les droits de ces personnes au titre de la solidarité nationale. ▪ Une incitation à l'assurance peut s'avérer utile ▪ Cette population étant encore peu âgée, les incitations à la couverture de la dépendance risquent d'être inefficaces 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incertitude sur les droits de ces personnes au titre de la solidarité nationale ▪ Une incitation à l'assurance peut s'avérer utile 	
Élevé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation de l'épargne accumulée ▪ Aide publique à la « liquidation » du patrimoine 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation de l'épargne accumulée ▪ Aide publique à la « liquidation » du patrimoine 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation de l'épargne accumulée ▪ Aide publique à la « liquidation » du patrimoine

2.3. Une diffusion multi-support de la garantie dépendance pourrait être privilégiée

Compte tenu de l'hétérogénéité actuelle des supports de diffusion des contrats de dépendance, deux stratégies sont possibles :

- ♦ soit la puissance publique entend promouvoir un seul support, qui lui semble maximiser les avantages et minimiser les inconvénients ;
- ♦ soit la diversité des supports est préservée, afin d'offrir aux futurs assurés une grande diversité de choix possibles en fonction de leurs besoins, et donc permettre une diversité d'offre. Seules les garanties dépendance seraient labellisées, indépendamment de leurs supports.

Il ressort des discussions des groupes techniques qu'une majorité se dégage en faveur d'une diffusion multi-supports de la garantie assurance.

2.3.1. Le développement des « contrats secs » viagers est envisageable dans le cadre d'une garantie socle labellisée

Le développement de « contrats secs » viagers ne pose pas de problématiques spécifiques, dès lors qu'un socle public de garantie est défini. Toutefois, ce schéma est celui d'une assurance de risque, « à fonds perdus ».

Les caractéristiques de ces contrats sont les suivantes :

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

- ◆ la cotisation dépendance est individuellement calculée, et est fonction de l'âge à la souscription ;
- ◆ le pilotage intègre tous les flux financiers du groupe assuré ;
- ◆ si le risque ne se réalise pas, les cotisations sont perdues, comme dans toute assurance de risque.

2.3.2. Le développement de la garantie dépendance via la complémentaire santé couvrirait une population importante, mais en gestion annuelle du risque

Afin de généraliser la garantie dépendance, le GEMA a formulé des propositions qui permettraient de créer une forte mutualisation du risque compte tenu de la population déjà couverte. Schématiquement, la couverture dépendance prendrait la forme d'une inclusion dans les contrats de complémentaires santé, selon un schéma comparable à celui de la MGEN ; il pourrait être, selon le GEMA, encouragé financièrement par la puissance publique (*cf. infra*).

Selon le rapport parlementaire de M. Vasselle²¹, une inclusion de garantie²², fournissant une rente de l'ordre de 500 € en cas de dépendance lourde, coûterait de l'ordre de 50 € par an pour les personnes âgées de moins de soixante ans et de 110 € au-delà²³.

Il doit être relevé que ce schéma est également celui d'une assurance de risque, « à fonds perdus ». Par rapport au système précédent, il offre en outre en général une garantie « annuelle »²⁴, ce qui emporte les conséquences suivantes :

- ◆ la cotisation dépendance est calculée en fonction du groupe assuré ;
- ◆ la sélection médicale peut être allégée, voire supprimée pour les garanties obligatoires ;
- ◆ si le risque ne se réalise pas, les cotisations sont perdues, comme dans toutes assurances de risque ;
- ◆ si l'assuré cesse de cotiser, il n'est plus couvert par son assurance – sauf si des mécanismes de « réduction » ont été mis en place. Dans ce cas, sa couverture est fortement réduite ;
- ◆ si l'organisme décide de mettre fin à la garantie, l'assuré perd également le bénéfice de sa couverture²⁵ ;
- ◆ enfin, si ce type de garantie est par définition plus pilotable et moins cher qu'une garantie viagère, il implique également une plus forte volatilité des montants de cotisations et de rentes²⁶.

²¹ Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Alain Vasselle, février 2010.

²² Il doit cependant être précisé que ce n'est pas le fait d'inclure ou non la garantie à la santé qui joue sur le prix, mais les caractéristiques démographiques (âge et sexe notamment) du groupe assuré.

²³ La méthode d'évaluation consiste en l'extrapolation des données fournies par l'exemple des mutuelles de la fonction publique, dans l'hypothèse où l'ensemble de la population serait couvert.

²⁴ Ce schéma, bien que très majoritaire, n'est cependant pas forcément le cas : il peut être ainsi imaginé qu'une garantie viagère de la dépendance soit en inclusion à un contrat de santé ayant une garantie annuelle, à l'instar de ce qui peut exister dans les contrats obsèques.

²⁵ Dans ce cas, il pourrait être proposé un mécanisme de réduction ou de transférabilité.

²⁶ Sans toutefois changer le prix du risque.

2.3.3. Le développement de la garantie dépendance via l'assurance-vie et, plus généralement, des contrats d'épargne, offre une alternative aux contrats « à fonds perdus »

Le principe d'assurance « à fonds perdus » peut constituer pour certaines catégories un frein à la souscription d'une couverture du risque dépendance. D'autres types d'offres existent sous la forme d'un mixte entre l'épargne et la garantie dépendance.

L'avantage de ce type de contrat est que la personne assurée garde la maîtrise de son épargne qui est transmise au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès. Compte tenu de la large diffusion de l'assurance-vie, qui bénéficie actuellement à 15 millions de personnes, l'adossement d'une garantie dépendance à un contrat d'assurance-vie est une option régulièrement avancée, notamment par le rapport parlementaire précité. Deux scénarios d'adossement volontaire de la garantie dépendance à un contrat d'assurance-vie peuvent être envisagés²⁷ :

- ◆ dans le 1^{er} scénario, on s'appuierait sur la souplesse actuelle de l'assurance-vie, en éliminant les obstacles techniques à son utilisation comme outil de financement de la dépendance ;
- ◆ dans le second scénario, on peut imaginer que la couverture individuelle du risque de dépendance corresponde à une garantie complémentaire ou optionnelle d'une garantie principale d'assurance vie : un contrat dépendance pourrait ainsi être adjoint au contrat d'assurance-vie, le premier étant alimenté par une partie des produits annuels générés par le second (primes régulières sur le contrat dépendance) ou par la mobilisation d'une partie de l'épargne capitalisée.

Pour certains membres du groupe, ces scénarios ne sont d'ailleurs pas exclusifs l'un de l'autre : en effet, le premier pourrait permettre de répondre aux problématiques de financement de la dépendance des personnes dont l'âge est actuellement supérieur à 70 ans, tandis que le second s'inscrit dans une optique de couverture de plus long terme.

²⁷ Par ailleurs, un membre du groupe a proposé que la puissance publique incite à l'inclusion d'une garantie complémentaire dans les contrats d'assurance-vie, en réservant à ces seuls contrats tout ou partie des avantages fiscaux de ces produits.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

Tableau 9 : Scénarios de mobilisation de l'assurance-vie

	Scénario n° 1	Scénario n° 2
Descriptif des mesures	<p>Le cadre actuel de l'assurance-vie est particulièrement souple, même si quelques évolutions pourraient être apportées pour faciliter son utilisation comme instrument de financement de la dépendance :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il est possible de pratiquer des rachats partiels chaque année, sur lesquels s'applique un abattement élevé à partir de huit années d'épargne (4 600 € pour une personne seul, 9 200 € pour un couple) et, au-delà de cet abattement, un taux d'imposition modéré (7,5%) applicable sur option en lieu et place du barème progressif de l'impôt sur le revenu ; ▪ il est également possible de sortir du contrat d'assurance-vie, en exonération d'impôt sur le revenu à raison des produits du contrat, par le versement d'une rente viagère dont les arrérages sont imposables pour une fraction de leur montant (dégressif avec l'âge du crédientier au moment de l'entrée en service de la rente, par exemple 40% à partir de 60 ans et 30% à partir de 70 ans) ; ▪ enfin, il est possible de sortir d'un contrat d'assurance vie en exonération d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux en cas de dépendance liée à une invalidité du bénéficiaire du contrat ou de son conjoint correspondant au classement dans la 2ème ou 3ème catégorie prévue à l'article L341-4 du code de la sécurité sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ une partie de l'épargne capitalisée pourrait être affectée sur un contrat d'assurance sur la vie vers un contrat dépendance auprès de l'assureur. Un contrat dépendance pourrait ainsi être adjoint au contrat d'assurance-vie, le premier étant alimenté par une partie des produits annuels générés par le second (primes régulières sur le contrat dépendance) ou par la mobilisation d'une partie de l'épargne capitalisée (prime unique) ; ▪ les assureurs pourraient proposer systématiquement une garantie dépendance complémentaire aux personnes à partir d'un âge donné souscrivant une assurance-vie ; ▪ une amélioration de la fiscalité des rentes viagères à titre onéreux est envisageable (par exemple, diminution de la fraction imposable, création d'un abattement annuel).
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conservation du cadre actuel ; ▪ limitation de la dépense fiscale supplémentaire ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ affichage d'un lien entre l'assurance-vie et la dépendance ;
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> ▪ en cas de dépendance prolongée, la totalité de l'épargne accumulée peut être utilisée ; ▪ dans les cas extrêmes, l'épargne peut s'avérer insuffisante. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ complexité du système ; ▪ les sommes versées sur le contrat dépendance restent à l'assureur en cas de non réalisation du risque de dépendance.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

Par ailleurs, il doit être noté qu'une adaptation éventuelle de l'assurance-vie peut être envisagée à dépense fiscale constante, en adaptant les avantages fiscaux de droit commun de ce produit²⁸. Ces avantages sont évalués, dans les documents budgétaires, à 3,1 Md€ en 2010.

2.3.4. Les contrats collectifs peuvent également jouer un rôle important

Enfin, il peut être pertinent de développer à côté de l'offre d'une garantie individuelle, l'adhésion à des contrats de groupe. En effet :

- ◆ ces derniers sont particulièrement avantageux pour les assurés puisqu'une partie du coût de la prime est prise en charge par leur entreprise²⁹ ;
- ◆ en outre, les contrats collectifs permettent de couvrir une population plus jeune dans un cadre mutualisé plus large. En effet, tous les salariés cotisent, quels que soient leur âge, leur revenu ou leur état de santé. La tarification est identique pour tous et est souvent élaborée de manière à garantir une même rente viagère aux assurés ;
- ◆ les contrats collectifs ne nécessitent en général pas de questionnaire médical. Ils ne prévoient pas, la plupart du temps, de délai de carence ou de franchise.

Dans le cas où ceux-ci seraient mobilisés pour couvrir le risque de dépendance, ils devraient, comme dans le cas des contrats individuels, reposer sur un socle commun de caractéristiques, et assurer leur transférabilité vers les contrats individuels (lors du départ à la retraite, en cas de démission ou de licenciement) ou vers un autre contrat collectif.

D'un point de vue fiscal, les enveloppes prévoyance existantes, qui prévoient une exonération de charges sociales des cotisations d'assurance dépendance versées par l'employeur ne sont pas saturées selon le rapport de M. Vasselle. Il serait donc possible de développer la couverture de dépendance dans le cadre de cette enveloppe.

2.4. Un encouragement financier général à la souscription serait très coûteux pour les finances publiques

En sus de la création d'un socle public labellisé, qui serait de nature à favoriser le développement et la diffusion de contrats d'assurance-dépendance, trois autres points peuvent être traités :

- ◆ l'harmonisation de la fiscalité actuelle entre les différents produits, afin de s'assurer d'une incitation uniforme quel que soit le produit-support choisi ;
- ◆ la création d'une éventuelle incitation fiscale à la souscription ;
- ◆ une aide aux ménages modestes pour le paiement de la cotisation.

²⁸ Ceux-ci sont au nombre de trois :

- imposition à l'IR alléguée au regard des placements comparables, et notamment de la détention directe d'actifs similaires ;
- exonération totale de droits de succession sur le capital versé aux bénéficiaires de contrat d'assurance-vie ;
- régime d'imposition à l'ISF favorable pour les contrats non rachetables)

²⁹ Selon le rapport de M. Vasselle, la cotisation moyenne annuelle s'établit à 35 €. Selon le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), il faut cependant distinguer, les contrats collectifs à garantie viagère, pour lesquels les droits sont conservés en cas de résiliation de la garantie et dont la cotisation annuelle moyenne s'établit environ à 220 €, des contrats collectifs à garantie temporaire qui coûtent beaucoup moins cher (moins de 50 €) car les droits ne sont pas conservés en cas de résiliation du contrat.

2.4.1. La fiscalité actuelle entre les différents produits doit être harmonisée

Il est important de veiller à ce que les différences actuelles de traitement fiscal entre les produits soient éliminées entre les différents supports, afin de ne pas créer de distorsion de concurrence entre les différents schémas de diffusion.

Par ailleurs, il conviendra de veiller à ce qu'il n'y ait pas de cumul des avantages fiscaux (déduction à l'entrée/exonération à la sortie).

2.4.2. La création d'une incitation fiscale à la souscription est généralement très efficace, mais particulièrement coûteuse pour les finances publiques

Au-delà des incitations financières « traditionnelles » (crédit d'impôt ; « chèque » dépendance), particulièrement coûteuses pour les finances publiques, une autre approche, fondée sur le recours au « contrat responsable » et sur une modulation de la fiscalité des contrats d'assurance, a été envisagée pour les contrats individuels facultatifs. Dans ce cadre, on s'appuierait sur le statut fiscal des contrats « santé », avec une différenciation du taux de la Taxe sur les contrats d'assurance (TSCA)³⁰ :

- ◆ dans une première option, le contrat responsable avec inclusion « dépendance » serait exonéré, tandis que le contrat sans inclusion serait taxé à 7% :
 - le différentiel de TSCA serait significatif³¹ – mais pas massif - si on le compare aux cotisations finançant des rentes dépendance d'un montant moyen ; le régime serait donc moyennement attractif, même si on peut espérer un développement de la garantie dépendance ;
 - les cotisations des contrats sans inclusion augmenteraient de 7% ;
 - ce régime n'est pas neutre en termes de finances publiques. Si tous les contrats³² incluaient à la suite de la réforme une garantie « dépendance », la baisse de TSCA s'élèverait à 700 M€ ; à l'inverse, si aucun contrat ne prévoit l'inclusion dépendance, une plus value de TSCA de 700 M€³³ serait réalisée.
- ◆ dans une seconde option, seuls les contrats incluant une garantie « dépendance » bénéficieraient d'un taux réduit de TSCA (3,5%). Certes, cette option est moins incitative que la précédente, puisque le différentiel de taux est moindre, mais elle n'entraîne aucune dépense publique³⁴. Les cotisations des contrats sans inclusion augmenteraient de 3,5%.

Pour certains membres du groupe, seuls les contrats dépendance faisant l'objet de la labellisation publique décrite *supra* devraient bénéficier de l'exonération actuelle de TSCA.

2.4.3. Une aide aux ménages les plus modestes doit être privilégiée

Plus généralement, les éléments suivants peuvent être soulignés :

³⁰ Actuellement les contrats responsables supportent une TSCA au taux de 3,5% et le taux est de 7% pour les – rares – contrats qui ne le sont pas

³¹ 7% sur un contrat de 1 300 € (valeur moyenne des contrats par ménage) représente 76€ par mois, somme très consistante par rapport à la cotisation dépendance de chaque adulte pour le service d'une rente complétant de façon significative les aides publiques.

³² Dans l'hypothèse où on limiterait la mesure à ces seuls contrats.

³³ Le point neutre pour les finances publiques se situe à 50% de contrats prévoyant l'inclusion de cette garantie.

³⁴ On aurait même une économie sur les contrats qui, n'adoptant pas le principe de l'inclusion, perdraient leur statut de « contrat responsable » ; dans ce cas, la cotisation serait augmentée de 3,5%.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VI – Présentation de l'assurance dépendance et des leviers de sa mobilisation

- ◆ dès lors que le socle public est important (*cf. supra*), il ne semble pas nécessaire de solvabiliser de manière généralisée la souscription de contrats d'assurance ;
- ◆ par ailleurs, une telle solvabilisation, quelle que soit sa forme, présenterait un coût pour les finances publiques ;
- ◆ néanmoins, si l'on souhaitait solvabiliser la souscription pour les personnes aux revenus modestes, il pourrait être envisagé d'élargir le mécanisme de l'ACS (Acquisition d'une assurance complémentaire santé).

ANNEXE VII

Schéma d'une assurance obligatoire au premier euro

SOMMAIRE

- 1. DANS LE SCÉNARIO CENTRAL, UNE COTISATION DE 33 € PAR MOIS SOUSCRITE À 50 ANS OUVRIRAIT DROIT À UNE RENTE COMPRISE ENTRE 300 ET 700 €..... 1**
- 2. LE TAUX D'EFFORT DES MÉNAGES POURRAIT ÊTRE RÉDUIT PAR UNE AIDE PUBLIQUE DONT LE COÛT EST ESTIMÉ À 1,5MD€ 1**
- 3. À TERME, LES ÉCONOMIES POUR LES FINANCES PUBLIQUES SERAIENT TRÈS IMPORTANTES 2**

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VII – Schéma d'une assurance obligatoire au premier euro

À partir d'une analyse de la politique adoptée à Singapour et d'éléments sur la transposition d'un schéma de ce type en France, le groupe a étudié un schéma d'assurance dépendance universelle au premier euro (cf. *le scénario n° 3 du rapport*).

Le dispositif étudié est bâti sur des hypothèses conventionnelles, et ne constitue pas un schéma définitif dans la mesure où bon nombre de paramètres (âge d'entrée, montants des garanties, montants des aides à la souscription et plafond de revenus pour en bénéficier...) peuvent être modifiés sans affecter la cohérence du système.

La plupart des éléments qui sont présentés ci-dessous visent à compléter le rapport en apportant des précisions sur les chiffreages réalisés ; ils ont été produits par un membre du groupe¹.

1. Dans le scénario central, une cotisation de 33 € par mois souscrite à 50 ans ouvrirait droit à une rente comprise entre 300 et 700 €

Dans le scénario central étudié, la cotisation pour une personne souscrivant à l'âge de 50 ans pourrait ainsi s'élever à 33 € par mois.

Tableau 1 : Niveau de la couverture apportée par l'assurance obligatoire (scénario central)

(en euros par mois)	GIR 1 & 2	GIR 3	GIR 4
APA moyenne 2008	490 €	380 €	270 €
APA moyenne à domicile 2008	660 €	475 €	290 €
APA recentrée moyenne	0 €	0 €	0 €
couverture dépendance privée moyenne (rente) (*)	700 €	475 €	300 €
Couverture moyenne pour les personnes assurées	700 €	475 €	300 €
Variation	43%	25%	11%

Source : Un membre du groupe n° 4.

Tableau 2 : Montants correspondants des primes brutes et nettes moyennes pour les publics aidés (scénario central)

Présentation alternative				
âge d'entrée dans le plan de couverture dépendance universelle	40 ans	50 ans	60 ans	69 ans
Prime d'assurance sans indexation garantie (1)	22 €	33 €	51 €	82 €
Prime avec indexation de garantie à 1,8%	35 €	46 €	66 €	97 €
Primes nettes pour les ménages les plus modestes				
Revenu mensuel inférieur à 1500€	9 €	15 €	28 €	54 €
<i>(1) Primes mensuelles révisables</i>				

Source : Un membre du groupe n° 4.

2. Le taux d'effort des ménages pourrait être réduit par une aide publique dont le coût est estimé à 1,5Md€

Dans le scénario central, on a envisagé une aide accordée aux cotisants ayant moins de 1 500 € par mois de revenu, soit 45% de la population cotisante, et dont le montant varie avec l'âge à la souscription. L'aide serait par exemple de 210 € à 50 ans (+6 € par année supplémentaire). Dans une hypothèse plus basse, on garderait les mêmes choix pour une valeur de départ de 105 € (progressant de 3 € par année supplémentaire).

¹ Les chiffreages proposés dans cette annexe n'ont pas fait l'objet d'une expertise approfondie du modérateur ou du rapporteur.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VII – Schéma d'une assurance obligatoire au premier euro

Tableau 3 : Aides à la souscription (scénario central)

Aide forfaitaire annuelle	Aide à la souscription Chèque dépendance
Toute personne entre 40-69 ans ayant un revenu <1500€ / mois	210€/an à 50 ans, -6€/an par année d'âge inf +6€/an par année d'âge sup
Détail par âge de l'aide à la souscription	
40 ans	150 € / an
50 ans	210 € / an
60 ans	270 € / an
69 ans	324 € / an

Source : Un membre du groupe n° 4.

Selon le membre du groupe qui a porté ce schéma, la dépense publique serait respectivement de 1,5 Md€, et de 750 M€ dans l'hypothèse basse. Elle couvrirait 29% et 19% des cotisations (estimées à 7,8 Md€).

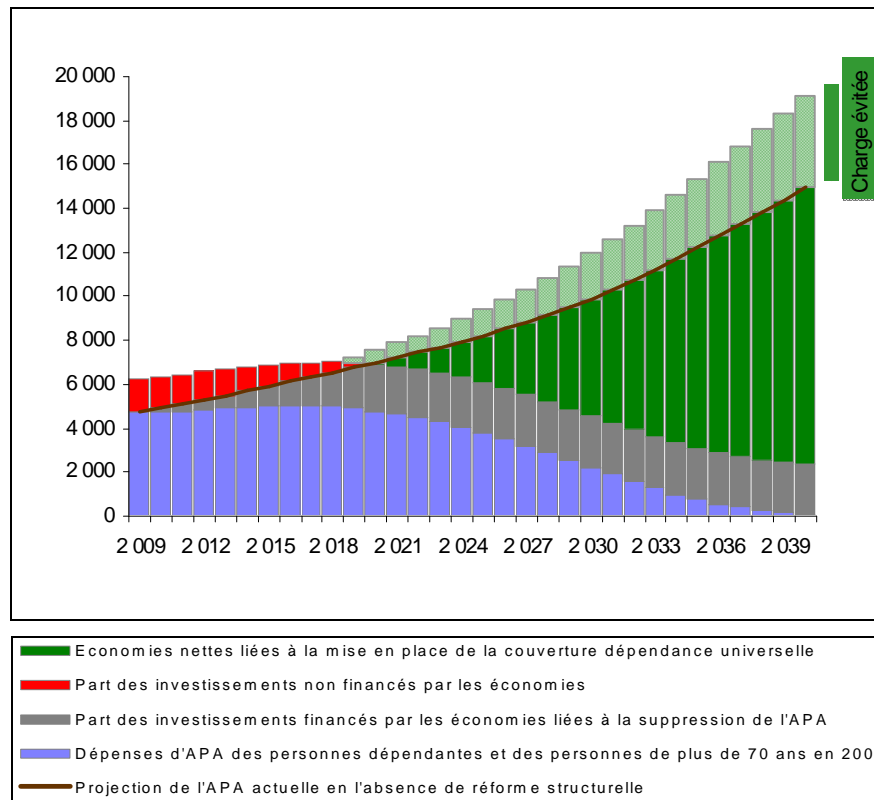
3. À terme, les économies pour les finances publiques seraient très importantes

Concernant l'évolution de la dépense publique dans un tel schéma, les éléments suivants doivent être relevés :

- ◆ **l'aide publique mentionnée est pérenne** ; elle a vocation à subsister, y compris en régime de croisière ;
- ◆ **dans la phase de montée en charge de la réforme, les dépenses publiques sont donc également dans une première phase en augmentation par rapport au système actuel**, puisqu'il faut supporter, d'une part, les dépenses pour les seniors non couverts par l'assurance et, d'autre part, l'aide à la souscription des contrats ; celle-ci est en décroissance à peine dix ans après la mise en place ;
- ◆ **les économies générées en termes de finances publiques sont très significatives** (plusieurs milliards d'euros, avec un point de basculement situé vers 2020) ;

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VII – Schéma d'une assurance obligatoire au premier euro

Graphique 1 : Bilan financier d'une introduction d'une assurance obligatoire



Source : Un membre du groupe n° 4.

- ◆ ces économies sont d'autant plus importantes si l'on considère la valeur actuelle nette des économies générées et de la charge évitée pour les finances publiques ; à l'horizon 2040, celles-ci s'élèverait à près de 60 Md€.

Graphique 2 : Bilan financier actualisé d'une introduction d'une assurance obligatoire, avec prise en compte des « dépenses évitées »

	Horizon 2025	Horizon 2040
VAN de l'économie nette réalisée	-12,0 Mds €	34,6 Mds €
VAN de la "charge évitée"	5,1 Mds €	22,2 Mds €
VAN globale (économie nette + charge évitée)	-6,9 Mds €	56,8 Mds €

Source : Un membre du groupe n° 4.

ANNEXE VIII

La tarification en établissement

SOMMAIRE

1. LES CHARGES DES EHPAD SONT IMPUTÉES DANS TROIS SECTIONS, DONT CHACUNE EST L'OBJET D'UN TARIF	1
2. L'ÉVALUATION DES MASSES FINANCIÈRES EN PRÉSENCE EST INCERTAINE	2
3. PLUSIEURS PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DE LA TARIFICATION EN EHPAD ONT ÉTÉ FORMULÉES, MAIS SOULÈVENT DES DIFFICULTÉS.....	4
3.1. Les modifications de la répartition envisagées par certains acteurs se traduiraient par une augmentation de la dépense à la charge de l'assurance maladie et, dans une moindre mesure, des départements	4
3.2. Une éventuelle modification de l'actuelle répartition entre sections tarifaires soulève d'importantes difficultés	5

1. Les charges des EHPAD sont imputées dans trois sections, dont chacune est l'objet d'un tarif

L'article 23 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997¹ a modifié la tarification applicable dans les EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) en introduisant, à côté des deux forfaits liés aux prestations de soins et à l'hébergement, celui résultant d'une prise en charge spécifique de la dépendance.

Ainsi, le budget des établissements médicosociaux comporte trois sections tarifaires, étanches et distinctes :

- ◆ **les dépenses relatives à l'hébergement** : prestation d'administration générale, accueil hôtelier, restauration, entretien, animation de la vie sociale... Ces dépenses ne sont pas liées à l'état de dépendance de la personne accueillie. Elles sont financées par le résident, ou par l'aide sociale départementale dans le cadre de l'ASH (Aide sociale à l'hébergement) ;
- ◆ **les dépenses relatives aux soins** : prestations médicales ou paramédicales, et prestations paramédicales liées à la dépendance, qui sont financées par l'assurance maladie ;
- ◆ **les dépenses relatives à la dépendance**, qui sont acquittées par le résident, le cas échéant bénéficiant de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie).

Tableau 1 : Répartition des dépenses de personnel entre les sections tarifaires

Personnel	Hébergement	Dépendance	Soins ²	Base juridique (CASF)
Direction, administration	100%	0%	0%	R. 314-163
Cuisine, services généraux, diététiciens	100%	0%	0%	R. 314-163
Animation, service social	100%	0%	0%	R. 314-163
ASH, agents de service affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas	70%	30%	0%	R. 314-163
AS / AMP (aide soignant / aide médico-psychologique)	0%	30%	70%	R. 314-164
Psychologue	0%	100%	0%	R. 314-163
Infirmier	0%	0%	100%	R. 314-163
Autres auxiliaires médicaux	0%	0%	100%	R. 314-163
Pharmacien, préparateur en pharmacie si PUI	0%	0%	100%	R. 314-163
Médecin	0%	0%	100%	R. 314-163
Dispositifs médicaux depuis 2008 (liste fixée par arrêté du 30 mai 2008)	0%	0%	100 %	L. 314-8

Source : DSS - Article R. 314-163 du CASF (Code d'action sociale des familles) renvoyant à l'annexe 3-2 du CASF.

¹ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

² S'agissant de la section soins, il convient de distinguer selon l'option tarifaire choisie (article R. 314-167 du CASF – Code d'action sociale des familles) :

- **tarif partiel** : médecin coordonnateur, médecins salariés, auxiliaires médicaux salariés, infirmiers libéraux, AS-AMP, petit matériel et fournitures médicales (arrêté du 30 mai 2008) ;
- **tarif global** : en sus : médecins libéraux généralistes, auxiliaires médicaux libéraux, examens de biologie et radiologies légers.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VIII – La tarification en établissement

Tableau 2 : Répartition des dépenses de matériels entre les sections tarifaires

Matériels	Hébergement	Dépendance	Soins
Produits pharmaceutiques si PUI	0%	0%	100%
Fournitures hôtelières sauf couches et alèses	70%	30%	0%
Couches, alèses et produits absorbants	0%	100%	0%

Source : DSS - Article R. 314-163 du CASF (Code d'action sociale des familles) renvoyant à l'annexe 3-2 du CASF.

2. L'évaluation des masses financières en présence est incertaine

Les montants financiers globaux correspondant à chacune des sections tarifaires ne sont pas connus avec précision.

Toutefois, à la demande du groupe n° 4, la direction de la sécurité sociale (DSS) et la Fédération hospitalière de France (FHF) ont procédé à deux **évaluations séparées des masses financières en jeu à partir des éléments suivants** :

- ◆ l'enquête EHPA (Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées) 2007 de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), pour le nombre de personnels recrutés (sauf pour les AS/AMP) ;
- ◆ le nombre d'agents, actualisé en 2010 à partir des taux d'encadrement ;
- ◆ les coûts annuels moyens relevés par l'observatoire des maisons de retraite en 2006.

Ces deux chiffrages sont présentés de manière synthétique dans le tableau suivant. S'ils sont une extrapolation de la situation réelle³, ils permettent néanmoins de mesurer les grandes masses financières en jeu.

³ Les chiffres présentés sont notamment différents de ceux présentés dans l'annexe I ; ces écarts sont justifiés, car ni les champs, ni les années de référence ne sont identiques dans ces deux annexes.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VIII – La tarification en établissement

Tableau 3 : Masses financières en présence

Professionnels	Nombre d'agents recrutés	Coût moyen annuel (M€)	Coût soins (M€)	Coût dépendance (M€)	Coût hébergement (M€)	Coût total (M€)
Personnel de direction, administration	18 142 ⁴	56 000	-	-	1 015	1 015
Personnel éducatif, social, animation	19 687	31 000	-	-	610	610
ASH	85 726	34 000	-	874	2 040	2 914
Personnel des services généraux	38 892	34 000	-	-	1 322	1 322
AS/ AMP	107 995	36 000	2 721	1 166	-	3 887
Médecins	2 312	92 000	212	-	-	212
Psychologue	2 500 ⁵	59 000	-	147	-	147,5
Infirmiers	33 755	52 000	1 755	-	-	1 755
Autres auxiliaires médicaux	500 ⁶	44 000	22	-	-	22
Total des dépenses de personnel	309 509	-	4 710	2 187	4 987	11 884
% / dépenses totales de personnel	-	-	40%	18%	42%	100
Autres dépenses (30% des dépenses totales)	-	-	-	-	3 565	3 565
Total des dépenses (M€)	-	-	4 710	2 187	8 552	15 449
%/ dépenses totales	-	-	30%	14%	56%	100%

Sources : DSS ; FHF.

Concernant la section soins, il doit être observé les éléments suivants :

- ◆ celle-ci est financée par l'objectif global de dépenses (OGD)⁷, sans laisser aucun reste à charge aux personnes ;
- ◆ le périmètre actuel de la section « soins » des EHPAD ne reflète pas parfaitement la dimension sanitaire de la prise en charge ; en effet, les résidents en EHPAD recourent également aux soins ambulatoires et hospitaliers, sur lesquels ils peuvent supporter un reste à charge, particulièrement lorsque l'établissement est tarifé au tarif partiel ;
- ◆ la section soins, qui est prise en charge sans participation financière des résidents, représente une part significative des coûts des établissements.

Concernant les sections soins et dépendance, deux remarques peuvent être formulées :

- ◆ d'une part, la prise en charge publique de la dépendance et de l'hébergement des résidents relève majoritairement des départements (reliquat de l'APA, aide sociale à l'hébergement, rémunération des personnels éducatifs, sociaux et chargés de l'animation), et pour une part minoritaire de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) au titre de sa contribution au financement de l'APA ;

⁴ L'offre en établissement pour personnes âgées en 2007, Drees, Études et Résultats n° 689, mai 2009, p.7.

⁵ Sur la base de 0,25 ETP (équivalent temps plein) en moyenne par établissement.

⁶ Sur la base de 0,05 ETP en moyenne par établissement.

⁷ L'OGD est géré par la CNSA à partir de ses ressources propres et surtout des versements des régimes d'assurance maladie.

- ◆ d'autre part, les résidents et leurs familles supportent un reste à charge important sur ces deux sections.

3. Plusieurs propositions d'évolution de la tarification en EHPAD ont été formulées, mais soulèvent des difficultés

3.1. Les modifications de la répartition envisagées par certains acteurs se traduiraient par une augmentation de la dépense à la charge de l'assurance maladie et, dans une moindre mesure, des départements

Plusieurs propositions d'évolution de la tarification en EHPAD ont été formulées ces dernières années, notamment par la Fédération hospitalière de France (FHF), l'Assemblée des départements de France (ADF), le Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) ou la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP).

À titre d'exemple, deux de ces propositions (« scénario FHF » et « scénario ADF ») sont synthétisées dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Propositions d'évolution de la tarification en EHPAD

	Propositions de la FHF	Propositions de l'ADF
Propositions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusion des salaires des professionnels relevant du code de la santé publique dans la section soins, soit 100% des AS/AMP et des psychologues ▪ Pour les établissements habilités à l'aide sociale, instauration d'une tarification forfaitaire de l'hébergement correspondant aux dépenses « de gîte et de couvert », d'un montant de 30 € par jour (cette tarification resterait à la charge du résident, de sa famille ou du Conseil général via l'ASH) ▪ Inclusion des autres dépenses de la section hébergement dans la section dépendance, et couverture de celles-ci par une prestation universelle pour la perte d'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transfert de 30% des dépenses des aides soignantes vers l'ONDAM médico-social (assurance maladie) ▪ Transfert des psychologues vers l'ONDAM médico-social (assurance maladie) ▪ <i>A minima</i>, transfert des nouvelles aides soignantes vers la section soins
Impact financier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transfert de la section dépendance vers la section soins : 1 313 M€ ▪ Transfert des montants de la section d'hébergement supérieurs au « forfait hébergement » de la section hébergement vers la section dépendance : 2 913 M€⁸ ▪ Création d'une prestation universelle d'autonomie finançant la section dépendance⁹ et les montants supérieurs au « forfait logement » : augmentation de la dépense publique de 1,6 Md€¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transfert de 30% des aides soignantes vers la section soins : 940 M€ ▪ Transfert des psychologues vers la section soin : 90 M€

Source : Rapporteur, à partir des contributions de la FHF et de l'ADF.

⁸ En effet, 8 552 M€ - 5 639 M€ = 2 913 M€.

⁹ Le ticket modérateur de l'APA est ainsi supprimé de fait.

¹⁰ Avec la clef de répartition actuelle, 70% de cette prestation serait couverte par les départements ; la dynamique de cette nouvelle aide serait importante, puisqu'elle se traduirait de fait par un financement très fortement socialisé de toute nouvelle augmentation des tarifs.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe VIII – La tarification en établissement

Ces modifications doivent être mises en perspective avec les dispositions de l'article L. 314-7 du CASF (Code d'action sociale des familles), qui prévoient une tarification du soin et de la dépendance des EHPAD selon un forfait global, déterminé en fonction des besoins et non des charges ; de telles modifications rendraient une répartition des charges entre anciennes sections inapplicable.

Le tableau suivant présente l'impact financier des propositions précédentes :

Tableau 5 : Simulations d'évolution de la répartition des charges entre sections tarifaires

		Coût soins (M€)	Coût dépendance (M€)	Coût hébergement (M€)
Statu quo	Total des dépenses (M€)	4 710	2 187	8 552
	<i>Poids dans les dépenses totales (%)</i>	30%	14%	56%
Proposition FHF	Total des dépenses (M€)	6 023	3 787	5 639 ¹¹
	<i>Poids dans les dépenses totales (%)</i>	38%	26%	36%
Proposition ADF	Total des dépenses (M€)	5 740	1 157	8 552
	<i>Poids dans les dépenses totales (%)</i>	37%	7%	56%

Source : FHF, ADF.

3.2. Une éventuelle modification de l'actuelle répartition entre sections tarifaires soulève d'importantes difficultés

Ces différentes propositions de modification de répartition des charges entre sections tarifaires n'ont jusqu'à présent pas abouti.

Dans les faits, les propositions de modification de la répartition entre sections tarifaires visent à répondre à deux problématiques distinctes :

- ◆ **rectifier le périmètre actuel, afin d'obtenir une répartition entre sections plus conforme à la nature des dépenses ;**
- ◆ **alléger le RAC des familles, en transférant des masses financières significatives des sections les moins socialisées vers les sections les mieux socialisées.**

Concernant l'objectif d'amélioration du périmètre, il peut être argumenté que les clefs de répartitions actuelles entre certaines sections possèdent un caractère conventionnel. **Il n'existe cependant pas de répartition incontestable entre chacune des sections¹²** ; ainsi, dans le cas de l'inclusion d'une fraction de 30% de la rémunération des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques à la section dépendance, souvent citée comme candidate à une intégration à la section « soins », le caractère d'assistance aux actes de la vie quotidienne (habillage, déplacements...) éloigne ces deux postes de la dimension sanitaire des dépenses que l'assurance maladie a vocation à financer.

¹¹ Sur la base de 30€ en moyenne par jour pour 515 000 places d'EHPAD.

¹² Les débats au sein du groupe l'illustrent parfaitement : pour certains membres, comme la FHF, les répartitions actuelles entre certaines sections possèdent un caractère conventionnel qui mériterait d'être mis en cohérence avec le reste du financement de l'action sanitaire et médico-sociale ; au contraire, pour d'autres membres du

Concernant l'objectif d'une meilleure solvabilisation des résidents, trois remarques peuvent être formulées :

- ◆ en premier lieu, un transfert vers la section soins aboutirait à une réduction du reste à charge (RAC) pour tous les résidents, alors que seule une partie d'entre eux connaît des difficultés financières ;
- ◆ en second lieu, le transfert se traduirait par un alourdissement très significatif des dépenses d'assurance maladie. Il pourrait ainsi éventuellement se traduire par une augmentation des cotisations sociales et de la fiscalité pesant sur le travail, et reviendrait à faire porter aux actifs le coût de la dépendance ;
- ◆ en dernier lieu, ces transferts se traduisent par une augmentation très significative de la dépense publique. À titre d'exemple, le « scénario FHF » a pour conséquence une augmentation de la dépense publique d'environ 3,6 Md€.

groupe, une éventuelle non-cohérence de la répartition actuelle n'est pas objectivée, ce qui plaide à leurs yeux pour le *statu quo*.

ANNEXE IX

Schéma d'orientations pour un « bouclier » dépendance

SOMMAIRE

1. LES SITUATIONS DE DÉPENDANCE DE LONGUE DURÉE NE SONT PAS EXCEPTIONNELLES	1
2. PLUSIEURS TYPES DE MÉCANISMES PERMETTRAIENT DE LIMITER LES RESTES À CHARGE CUMULÉS PENDANT UNE LONGUE PÉRIODE.....	3
2.1. Des mécanismes se déclenchant lorsque le reste à charge cumulé dépasse un certain montant exprimé en valeur absolue.....	3
2.2. Des mécanismes se déclenchant lorsque le reste à charge dépasse une certaine proportion des revenus des personnes dépendantes.....	4
2.3. Des mécanismes se déclenchant lorsque la durée en dépendance dépasse un certain seuil	4
3. QUEL QUE SOIT LE TYPE DE MÉCANISME RETENU, IL POSERA DES DIFFICULTÉS TECHNIQUES DE CONCEPTION ET DE MISE EN ŒUVRE IMPORTANTES, MAIS NON INSURMONTABLES	5

1. Les situations de dépendance de longue durée ne sont pas exceptionnelles

En dépit d'importants dispositifs publics d'aide aux personnes âgées dépendantes, celles-ci peuvent être confrontées à des restes à charge (RAC) parfois très élevés, qui peuvent les conduire à puiser de façon excessive dans leur patrimoine ou à peser lourdement sur leur famille.

Ces situations ne sont pas en soi critiquables :

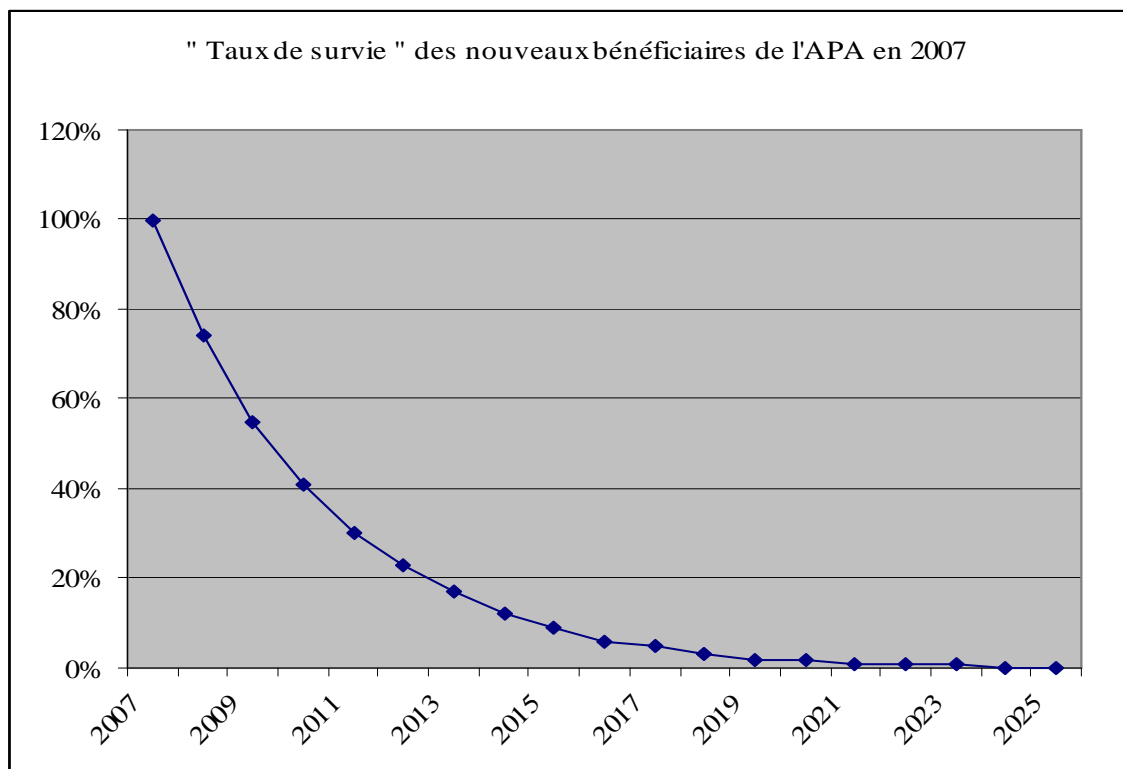
- ◆ l'un des motifs d'épargne des Français est de pouvoir faire face aux coûts liés à la dépendance ;
- ◆ l'intervention de la solidarité familiale correspond à la fois à des valeurs partagées et à des principes juridiques anciens

Elles peuvent néanmoins devenir particulièrement problématiques en cas de durée de vie en dépendance longue, les personnes et leurs familles étant alors confrontées à des RAC très importants.

Il peut donc être intéressant d'étudier, à l'image de ce qui existe par exemple dans certains dispositifs en assurance-maladie, un mécanisme dit de « bouclier », permettant de limiter les RAC liés à des durées très longues de vie en dépendance.

En effet, si les durées longues de vie en dépendance sont rares, la situation de dépendance, mesurée par la perception de l'allocation, peut atteindre des durées élevées pour une partie non négligeable des bénéficiaires de l'APA.

Graphique 1 : « Taux de survie » des nouveaux bénéficiaires de l'APA (2007)



Source : DREES (données individuelles APA 2006-2007).

Champ : France métropolitaine, extrapolation à partir des données de 22 départements.

Lecture : En 2010, soit trois ans après leur entrée dans le dispositif APA, 41% des personnes bénéficieraient toujours de l'APA.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IX – Schéma d’orientations pour un « bouclier » dépendance

Ces durées élevées peuvent s’avérer **particulièrement problématiques lorsqu’elles concernent un bénéficiaire hébergé en EHPAD** :

- ◆ **pour la majorité des résidents en établissement, la durée de séjour est relativement limitée :**
 - 75% des résidents sortants d’EHPAD y ont séjourné plus de deux mois ;
 - 50% y ont séjourné plus d’un an ;
 - seuls 25% y ont séjourné plus de 3 ans et 3 mois.

Tableau 1 : Nombre de sorties définitives et durées de séjour en 2007

		Nombre de sorties définitives	Durée de séjour			
			moyenne	Q1***	médiane****	Q3*****
EHPAD*	EHPAD publics	97 276	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 8 mois
	EHPAD privés non-lucratifs	43 925	2 ans et 8 mois	2 mois	1 an et 4 mois	3 ans et 11 mois
	EHPAD privés lucratifs	43 359	1 an et 8 mois	1 mois	6 mois	2 ans et 4 mois
Maisons de retraite	Maisons de retraite publiques non-EHPAD	4 284	2 ans et 9 mois	3 mois	1 an et 5 mois	3 ans et 11 mois
	Maisons de retraite privées non-lucratives non-EHPAD	3 045	2 ans et 11 mois	2 mois	1 an et 3 mois	4 ans et 3 mois
	Maisons de retraite privées lucratives non-EHPAD	3 552	1 an et 11 mois	1 mois	8 mois	2 ans et 9 mois
	Logement-foyers non-EHPAD	18 923	4 ans et 10 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 6 mois	7 ans et 4 mois
	USLD non-EHPAD	8 181	1 an et 10 mois	2 mois	9 mois	2 ans et 7 mois
	Autres** non-EHPAD	4 876	3 mois	0 mois	1 mois	2 mois
Ensemble des EHPA		227 421	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 8 mois

Sources : Enquête EHPA 2007, DREES.

Notes :

* EHPAD : maisons de retraites, logements-foyers, USLD, ayant signé une convention tripartite.

** Établissements d’hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

*** Q1 : 1er quartile ; 25 % des personnes ayant quitté un EHPAD public en 2007 y sont restées moins de 2 mois.

**** Médiane : 50 % des personnes ayant quitté un EHPAD public en 2007 y sont restées moins de 1 an et 1 mois.

***** Q3 : 75 % des personnes ayant quitté un EHPAD public en 2007 y sont restées moins de 3 ans et 8 mois.

- ◆ **toutefois, pour une minorité d’entre eux, elle peut être très longue :**
 - un peu plus d’un tiers des résidents en EHPAD étaient présents depuis 4 ans ou plus ;
 - 20% étaient présents depuis six ans ou plus.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IX – Schéma d’orientations pour un « bouclier » dépendance

Tableau 2 : Répartition des résidents présents au 31 décembre 2007 en fonction de l’ancienneté

Ancienneté	EHPAD	Maisons de retraite non-EHPAD	Logements-foyers non-EHPAD	Unités de soins de longue durée non-EHPAD	Autres* non-EHPAD	Ensemble des EHPA
Moins d'un an	24	23	15	27	67	23
De 1 an à 2 ans	17	17	13	19	10	17
De 2 ans à 3 ans	14	13	11	14	7	13
De 3 ans à 4 ans	10	10	10	10	3	10
De 4 ans à 5 ans	9	9	9	8	3	9
De 5 ans à 6 ans	6	6	7	6	2	6
6 ans et plus	20	22	35	16	8	22
Total	100	100	100	100	100	100

Source : Enquête EHPA 2007, DREES.

Champ : France entière. Données au 31 décembre 2007.

** Note : Établissements d’hébergement temporaire et établissements expérimentaux.*

2. Plusieurs types de mécanismes permettraient de limiter les restes à charge cumulés pendant une longue période

Si le principe d’un « bouclier » devait être retenu, plusieurs types de mécanismes pourraient concourir à le mettre en œuvre.

Trois exemples sont proposés ci-dessous ; d’autres mécanismes sont imaginables¹.

2.1. Des mécanismes se déclenchant lorsque le reste à charge cumulé dépasse un certain montant exprimé en valeur absolue

L’inconvénient de cette formule est qu’elle ne prend pas en compte les ressources (ou le patrimoine) du bénéficiaire potentiel. Déjà problématique lorsqu’on veut définir un « bouclier » en assurance-maladie², cette piste semble devoir être écartée pour la dépendance, où les RAC croissent avec le revenu.

Elle conduirait en effet à ce que les personnes dépendantes aux revenus les plus élevés soient bien davantage protégées par le bouclier que les plus modestes (celles-ci atteindraient en effet le montant maximum de RAC pour des durées en dépendance beaucoup plus faibles que les « classes moyennes »).

¹ Y compris des mécanismes moins sophistiqués, tels qu’une majoration d’une aide publique existante à partir d’un certain seuil.

² Voir sur ce point le rapport *Mission bouclier sanitaire*, R. Briet, B. Fragonard, P-J. Lancry, septembre 2007.

2.2. Des mécanismes se déclenchant lorsque le reste à charge dépasse une certaine proportion des revenus des personnes dépendantes

On peut imaginer par exemple qu’une personne âgée dépendante n’ait pas à consacrer plus de N années de son revenu au financement de sa dépendance. Si un tel mécanisme permettrait de corriger partiellement le défaut du précédent, en prenant en compte les ressources du bénéficiaire, cette correction pourrait n’être qu’imparfaite : en effet, pour la dépendance à domicile, il bénéficierait fortement aux personnes ayant les ressources les plus élevées.

Ainsi, dans l’hypothèse où le bouclier se déclencherait lorsque le RAC cumulé dépasse une année de revenu :

- ◆ une personne dépendante en GIR 2 au plafond avec 2 500 € de ressources mensuelles pourrait bénéficier du bouclier à partir d’une durée de 4 ans (son taux d’effort après APA et réduction d’impôt est de 25%), voire plus rapidement si l’on ne tenait pas compte de la réduction d’impôt) ;
- ◆ une personne dans la même situation de dépendance mais n’ayant que 800 € de ressources, et dont le taux d’effort est légèrement supérieur à 6%, n’en bénéficierait qu’après 15 ans.

2.3. Des mécanismes se déclenchant lorsque la durée en dépendance dépasse un certain seuil

On peut imaginer dans ce cas trois options :

- ◆ **une suppression du RAC au-delà d’une certaine durée** (à l’image de ce qui existe pour l’hospitalisation au 30^{ème} jour dans les services de médecine), de telle sorte que la personne dépendante n’ait pas besoin de liquider son patrimoine (ou plus exactement ce qu’il en reste), ou de faire appel davantage à ses enfants. Il conviendrait alors de prévoir une aide égale au RAC :
 - ce système aurait l’avantage de la simplicité de mise en œuvre et de la clarté du principe (si la dépendance est un risque assurable par mutualisation qui tolère une participation de la personne dépendante, la dépendance longue est, elle, un risque catastrophique qui doit être intégralement pris en charge par la solidarité nationale) ;
 - il aurait cependant pour inconvénient d’introduire un saut brutal d’un système à l’autre (effet de seuil au-delà d’une certaine durée) ;
- ◆ **une limitation relative du RAC dans la durée³ :**
 - au-delà d’une certaine durée de dépendance, le RAC pourrait être plafonné (mais non annulé), de façon que la personne dépendante n’ait besoin de faire appel à une ponction supplémentaire sur son patrimoine ou à ses enfants que pour une partie de son RAC. L’aide serait alors inférieure au RAC ;
 - cette logique est proche de celle de l’Aide sociale à l’hébergement (ASH), qui consiste à laisser à la personne dépendante un minimum, en valeur absolue ou en pourcentage de son revenu. Le mécanisme de l’ASH revient aujourd’hui à plafonner le RAC dès l’entrée en établissement, mais avec en contrepartie le recours aux obligés alimentaires et la possibilité d’un recours sur succession ;
- ◆ **une extinction progressive du RAC avec la durée de dépendance :**

³ C’est la voie empruntée par UFC- Que choisir, qui prévoit par ailleurs un déclenchement du bouclier dépendance après un seuil de dépenses à charge atteint, défini en fonction du revenu et du patrimoine de la personne dépendante.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IX – Schéma d’orientations pour un « bouclier » dépendance

- par exemple, le RAC pourrait être divisé par le nombre d’années en dépendance au-delà d’une certaine durée ;
- cette option conserverait les principes actuels de variation du RAC en fonction des revenus, mais en diminuant pour tous le RAC selon la même proportion, de façon progressive avec la durée en dépendance.

3. Quel que soit le type de mécanisme retenu, il posera des difficultés techniques de conception et de mise en œuvre importantes, mais non insurmontables

Un mécanisme de « bouclier » **soulève des difficultés techniques et juridiques importantes de conception et de mise en œuvre ; si un tel mécanisme devait être retenu, quatre questions devront être traitées :**

- ◆ en premier lieu, il s’agira de **préciser la nature du risque couvert ; schématiquement, celui-ci peut porter sur les restes à charge, ou sur les durées longues :**
 - une protection contre les restes à charges importants est complexe, car elle suppose que l’on sache les comptabiliser avec précision, ce qui n’est pas le cas actuellement (*cf. annexes I et II*). En outre, le périmètre des RAC devra être défini avec précision (à titre d’exemple, la question d’une inclusion des dépenses de « gîte et de couvert » en établissement se pose inévitablement) ; de même, les modalités de calcul de ce RAC peuvent être débattues⁴ ;
 - une protection contre des durées de dépendance est plus objectivable, mais celle-ci risque d’inciter à la résidence précoce en établissement ;
- ◆ en second lieu, il conviendra de **déterminer le lieu de vie et les types de dépenses couverts par un tel mécanisme ;**
 - celui-ci porterait au moins sur les dépenses en établissement, qui sont aujourd’hui les plus lourdes pour les ménages (*cf. annexes II*)⁵ ;
 - toutefois, ils pourraient se doubler, pour les prestations pouvant être récupérées sur succession, d’un plafonnement de cette récupération sur succession. Ce serait le cas pour l’ASH, ou pour l’APA si celle-ci devenait (partiellement) récupérable, selon la logique de la proposition des deux rapports parlementaires de Mme Rosso-Debord⁶ et de M. Vasselle⁷ qui plafonnent la récupération à 20 000€.
- ◆ en troisième lieu, il faudra **s’interroger sur les limites éventuelles au mécanisme ; il pourrait ainsi être envisagé de plafonner le « bouclier »** en fonction des revenus ou du patrimoine, afin de cibler le mécanisme sur les personnes âgées les plus fragiles, ou en fonction des dépenses couvertes, afin d’éviter que celui-ci ne serve à solvabiliser des dépenses somptuaires en établissement ;

⁴ Plusieurs options sont possibles pour calculer le RAC :

- soit un RAC après prestations ;
- soit un RAC après prestations et réductions d’impôt ;
- soit un RAC après participation des obligés alimentaires.

⁵ Un « bouclier » qui porterait sur l’ensemble des dépenses à domicile et en établissement pourrait être envisagé, mais pour un coût beaucoup plus élevé.

⁶ *Rapport d’information déposé par la Commission des affaires sociales des affaires sociales de l’Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Mme Valérie Rosso-Debord, juin 2010.

⁷ *Rapport d’information fait au nom de la Mission commune d’information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, M. Alain Vasselle, janvier 2011.

Groupe n° 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées
Annexe IX – Schéma d’orientations pour un « bouclier » dépendance

- ◆ enfin, **le « bouclier » ne pourra pas mis en place indépendamment des éventuelles autres mesures d’amélioration du système actuel**, notamment en établissement. Compte tenu des contraintes existant sur les finances publiques, il conviendra ainsi d’arbitrer, pour une enveloppe d’effort public donné, entre les deux schémas suivants :
 - une amélioration de l’aide publique sur toute la durée de séjour en établissement ;
 - une aide pérenne plus faible, mais permettant de limiter, le moment venu, les restes à charge les plus importants par application du « bouclier ». La logique de mutualisation qui sous-tend notre protection sociale conduirait à retenir le second schéma.

