

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

SECONDE PARTIE : LE GROUPE A ÉTUDIÉ TROIS SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE DÉPENDANCE, QUI RÉPONDENT À DES PHILOSOPHIES RADICALEMENT DIFFÉRENTES.....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 bénéficiant 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 stricto sensu 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>	-	8 271
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>	-	10 104
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>		-	14 434
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%	-	-
	<i>Total dépenses publiques et privées</i>	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%
	<i>Total dépenses publiques et privées</i>	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

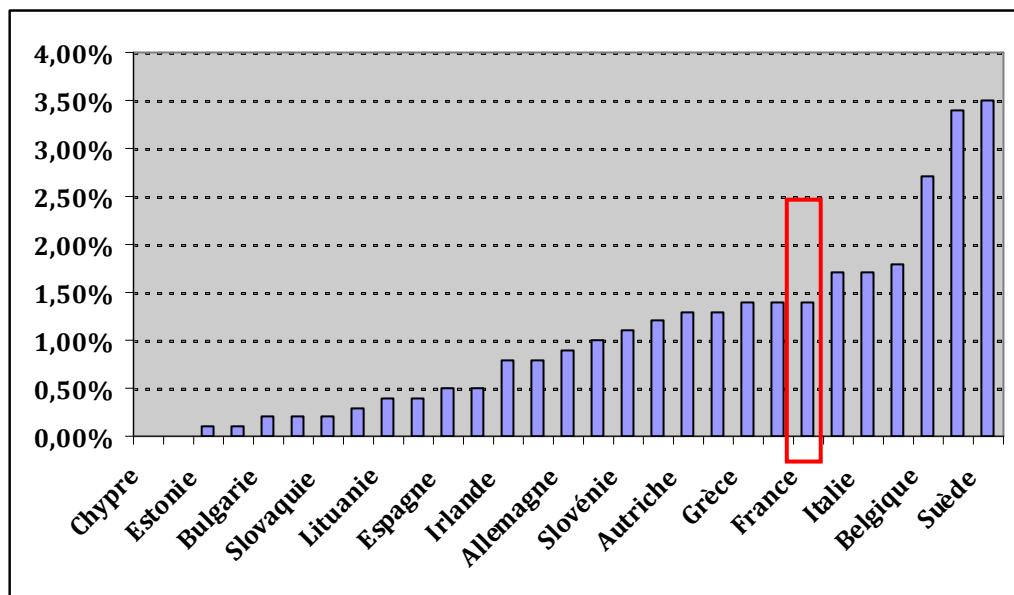
La dépense publique en faveur des personnes âgées dépendantes peut être évaluée dans son acception la plus large à environ de 24 Md€ en 2010, soit près de 1,3% du PIB.

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.

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

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 chiffrages parfois incomplets.

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

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>	13 709
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>	6 786
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>		1 872
Total GIR 1 et 4		22 367
Dépenses de soins GIR 5 et 6	ONDAM médico-social 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€**. Crée 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 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) médico-social (7,2 Md€), et une contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des établissements et services médico-sociaux (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 généraux⁸ (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 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.

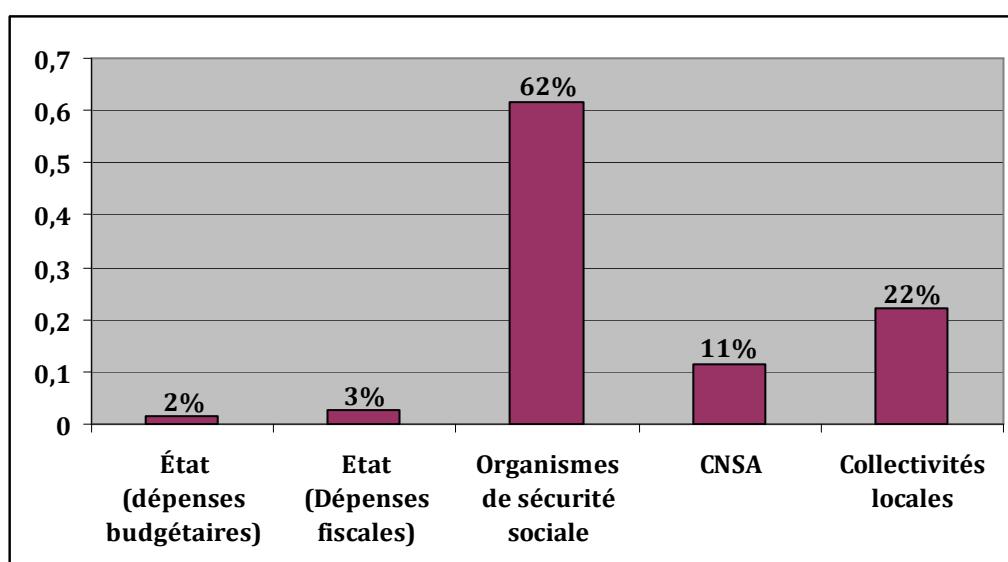
Les allocataires sont donc en majorité des personnes sans ou avec très peu de patrimoine, ce qui est relativement cohérent avec leur niveau de revenu.

- ◆ 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)

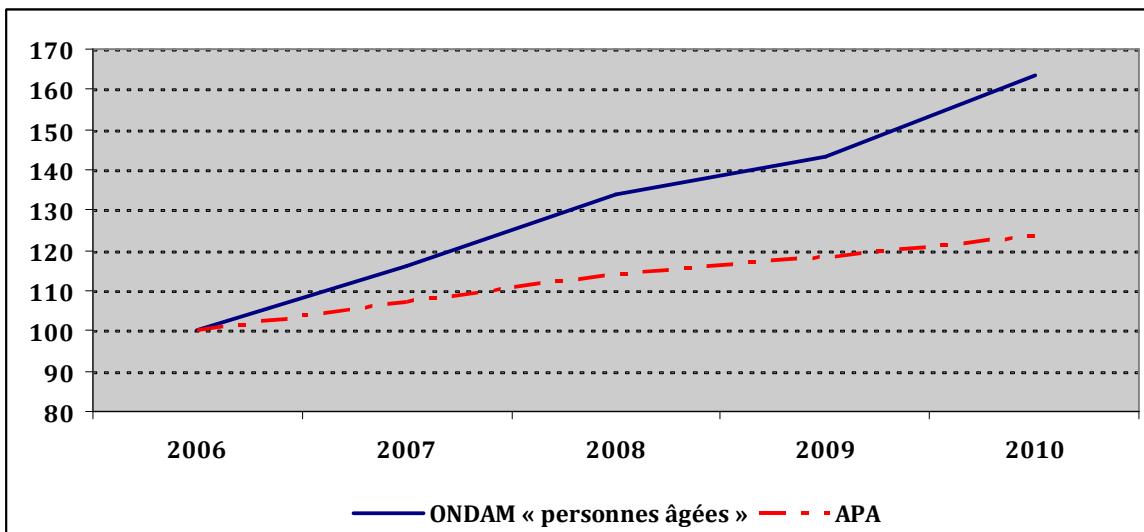


Source : Calculs du rapporteur.

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.

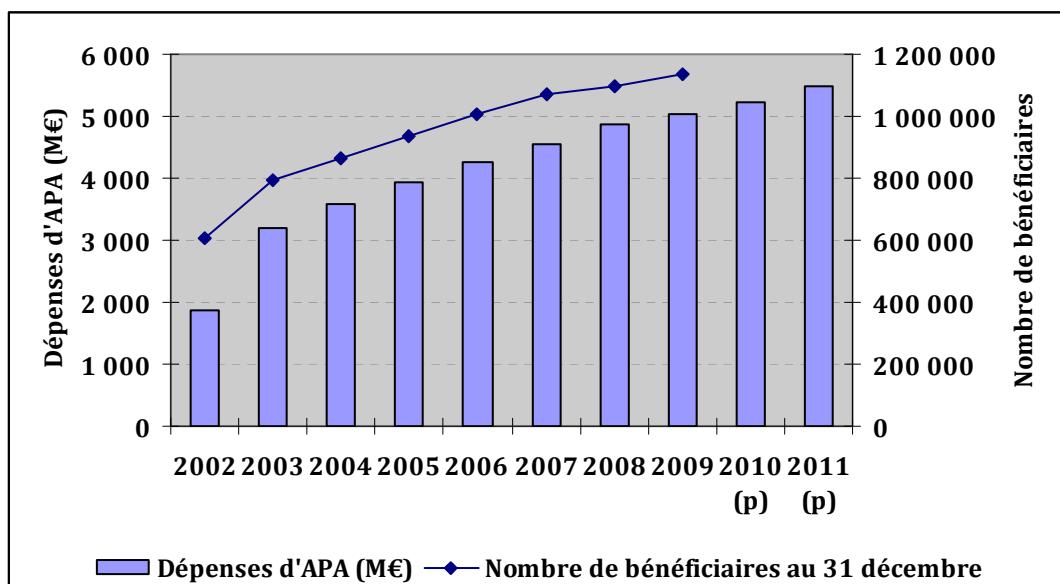
Les travaux du groupe montrent que la gestion de l'APA soulève de nombreux enjeux, tant du point de vue de l'équité de traitement entre les personnes âgées que des finances publiques.

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%

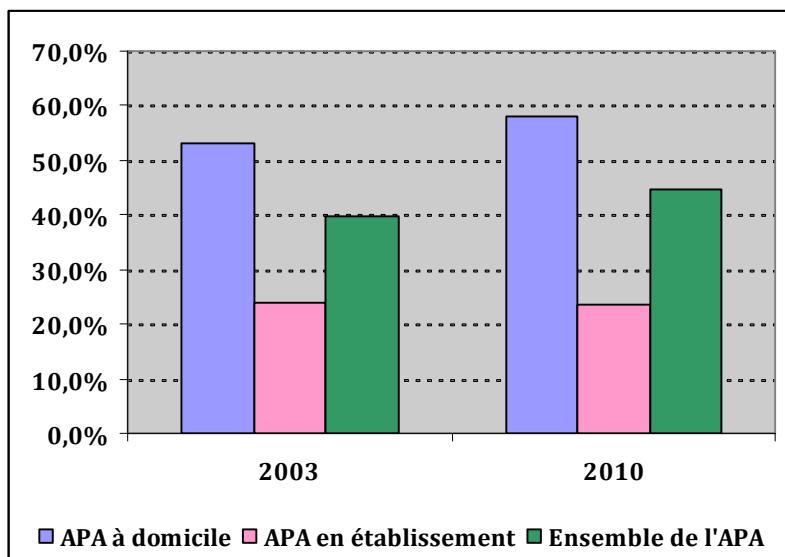
Source : Calculs du rapporteur.

- 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 fiabilisées ; 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'efficience 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.

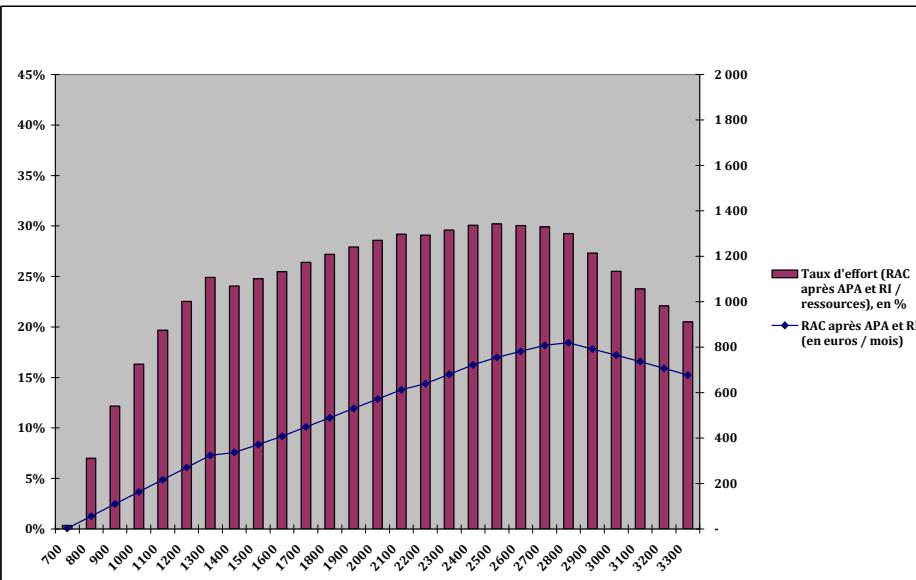
¹¹ Le reste à charge (RAC) est la différence entre les montants tarifés par les établissements et les aides publiques.

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

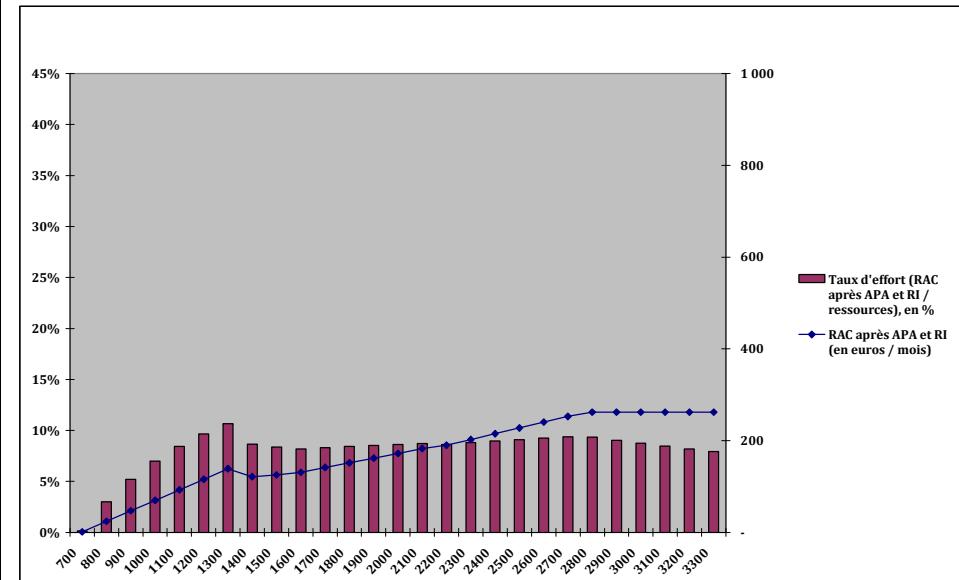
Concernant les taux d'effort, il convient de relever que des écarts très importants existent entre le GIR 4 (et dans une moindre mesure le GIR 3) et les GIR 1 et 2. En effet, le taux d'effort en GIR 4 apparaît faible, notamment par rapport aux taux des autres GIR ; ainsi, pour un plan moyen, le taux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



Graphique 7 : 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.

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

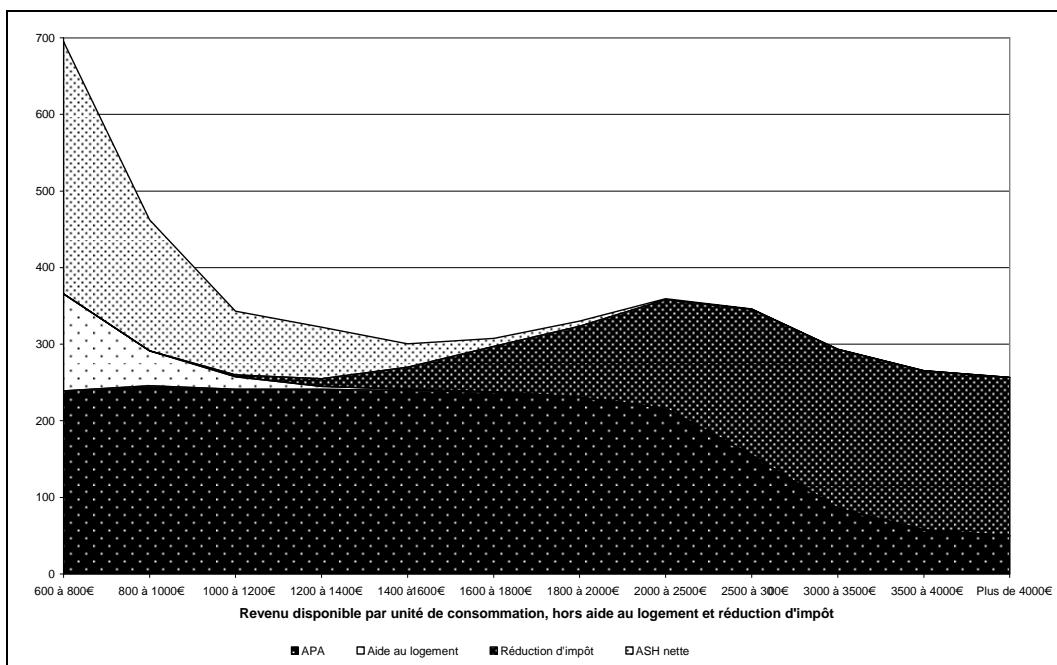
En établissement, une étude récente de la direction de la recherche des études et des statistiques (DREES)¹² permet d'apprécier les dépenses privée et publique au niveau individuel, même si plusieurs limites méthodologiques doivent être relevées :

- ◆ 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 :

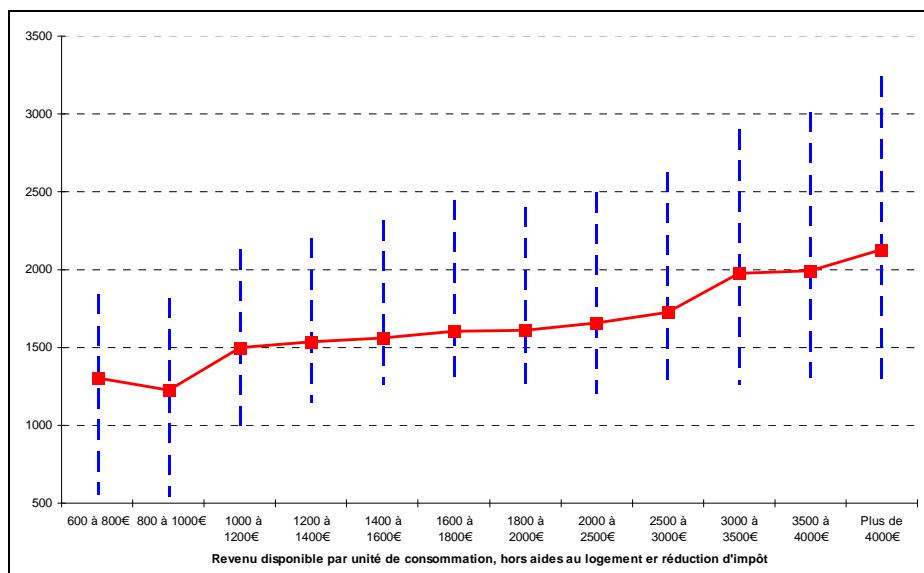
- les personnes dont le revenu est inférieur à 2,21 majorations pour tierce personne (MTP, soit 2 294,78 € au 1^{er} avril 2010) acquittent une participation fixe, égale au montant mensuel du tarif dépendance de l'établissement pour les GIR 5 et 6 ;
- les personnes dont le revenu est compris entre 2,21 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 descendants.

- ♦ 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 évoluerait 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'efficience 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 financière 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.

- ♦ 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, Mme 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, Mme 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 affectée³⁵**. 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 (FEPEM), 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 ».

- ◆ 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 envisagées⁴¹.

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.

- 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 médico-sociales ;
 - 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) verraienr 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 « Vieillissement 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.

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.

- ◆ 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.

- ◆ 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 chiffrages 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 médico-sociaux 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 » bénéficiaient 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 avantagent ceux qui ont les droits propres les plus faible.

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 »).

- 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 objectivés, 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 publique⁶⁹**. Une telle labellisation permettrait de s'assurer d'une qualité d'offre minimale, réellement protectrice des souscripteurs.

Encadré 8 : Exemples de garanties sociales labellisées

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

- Transparency 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 frustre 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

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ La position des assureurs est que la puissance publique devrait chercher à promouvoir une articulation efficiente entre le public et le privé. Cette articulation efficience 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 :<ul style="list-style-type: none">• 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.

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

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.

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 su 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 crédirentier 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 » bénéficiaient 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 souhaitaient 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.

- 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 supporterait 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.

- 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 resteraient 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.

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.

- ◆ 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'évitement 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.

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 viendront 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 généraliseraient 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 recaler 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

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



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'usager, 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 PP - 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.

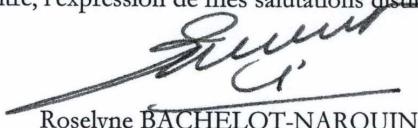
Vos travaux porteront enfin sur les questions de gouvernance du risque dépendance, en fonction notamment des scénarios de réforme que vous aurez identifiés. Vous réfléchirez ainsi à l'articulation entre échelon national (à travers ses différentes composantes : CNSA, sécurité sociale), local et départemental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

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

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, sénatrice 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)

Mme Houria Sandal-Aouimeur, UPA (Union professionnelle artisanale)

3.3. Organisations représentatives des professions non-salarierées

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)

Mme 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

Mme Lucie Taleyson

5.3. Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

M. Jean-Louis Davet

Mme 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)

Mme Emmanuelle Legrand, FEPEM (Fédération nationale des particuliers employeurs)

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

6.2. Représentants du secteur des établissements

Mme Florence Arnaiz-Maumé, SYNERPA (Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées)

Mme 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

Mme Christian Basset, UNAF (Union nationale des associations familiales)

Mme 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

Mme Anne-Marie Brocas, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Mme Sabine Fourcade, directrice générale de la cohésion sociale (DGCS)

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

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).