



Quelles politiques publiques pour la dépendance ?

Les notes du conseil d'analyse économique, n° 35, octobre 2016

Le nombre de personnes de plus de 60 ans en situation de dépendance varie de 1,24 million si l'on se réfère au nombre de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie, à près de 3,3 millions selon une mesure épidémiologique. Le coût engendré par la dépendance pour les soins, l'hébergement et l'aide informelle se situe entre 41 et 45 milliards d'euros par an, dont 23,5 milliards, soit un peu plus d'un point de PIB, relèvent de la dépense publique. Cette dernière devrait augmenter de l'ordre de + 0,3 à + 0,7 point de PIB d'ici 2040, compte tenu des projections démographiques et épidémiologiques.

Face à cette évolution, l'action publique doit concilier des objectifs en partie contradictoires : améliorer la qualité de services de prise en charge, offrir une couverture efficace et équitable du risque de dépendance, maîtriser les dépenses publiques. La loi d'Adaptation de la société au vieillissement (ASV), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, est une avancée importante pour relever le défi. Toutefois des actions complémentaires permettraient de corriger les faiblesses rémanentes du système actuel : défauts de régulation, de transparence, de diversité et de concurrence pour l'offre, manque d'attractivité pour les métiers du secteur, incohérences dans les aides publiques.

Pour mieux réguler l'offre, deux leviers pourraient être actionnés : instaurer des normes minimales d'encadrement en établissement, d'une part, et collecter et diffuser l'information sur la qualité de la prise en charge, d'autre part. Cela permettrait au régulateur d'assurer un meilleur contrôle,

d'adapter la tarification, et aussi d'inciter les établissements à améliorer leurs services face à une patientèle mieux informée. L'augmentation et la diversification de l'offre d'hébergement collectif nécessitent d'assouplir les barrières légales à l'extension des places en hébergement spécialisé et de mieux analyser la demande potentielle pour les résidences à services intégrés. Enfin, il importe de compléter les efforts de formation par une revalorisation des carrières et une amélioration des conditions de travail.

Le financement de la dépendance gagnerait également à évoluer. Le système français est organisé pour garantir en théorie le libre choix des personnes âgées dépendantes. Or, des logiques de solidarité différentes pour les dépenses de soins, d'aide et d'hébergement conditionnent largement ce choix en pratique et altèrent par conséquent l'efficacité et l'équité du système. Deux options de réforme sont dès lors envisagées par les auteurs. Une première option consisterait à asseoir le financement public sur le mode de prise en charge le plus efficient, en développant une APA-étendue qui appliquerait une même logique de couverture pour l'ensemble des dépenses imputables à la dépendance, y compris les surcoûts d'hébergement. L'instauration d'un prêt-dépendance pourrait en outre permettre de mieux mobiliser le patrimoine des ménages afin de couvrir les restes-à-charge. Une seconde option, plus ambitieuse, consisterait à instaurer une assurance-dépendance obligatoire pour les cas de dépendance lourde et de limiter la couverture publique de la dépendance légère aux seuls ménages à faibles ressources.

Cette note est publiée sous la responsabilité des auteurs et n'engage que ceux-ci.

État des lieux

Après le débat national de 2011, la loi sur l'Adaptation de la société au vieillissement (ASV) adoptée fin 2015 met en place de nombreuses améliorations dans la prise en charge de la dépendance¹. Cette *Note* vise à éclairer les éléments de diagnostics n'ayant pas fait l'objet d'un débat approfondi afin de suggérer des pistes de réformes complémentaires.

La population dépendante : de quoi parle-t-on ?

Les politiques publiques françaises nomment « dépendance » l'existence d'un « besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie » (article L232-1 du Code de l'action sociale et des familles) pour les personnes d'âge avancé, par opposition au terme « handicap » qui concerne les personnes plus jeunes. La segmentation de l'action publique en fonction de l'âge distingue le système français. Elle s'est imposée en 1997 avec la mise en place d'une prestation spécifiquement destinée aux personnes âgées, la Prestation spécifique dépendance, remplacée en 2002 par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). La mesure du nombre de personnes touchées par la dépendance est très sensible à la définition retenue : la définition administrative française (être bénéficiaire de l'APA) donne une estimation d'un peu plus d'un million de personnes tandis que les définitions épidémiologiques conduisent à des chiffres variant de 1,3 à 7 millions selon le critère retenu (encadré 1).

Alors que les travaux des années 1990 et 2000 mettaient en avant les gains d'espérance de vie sans incapacité, les recherches plus récentes, sur la France et d'autres pays, soulignent le ralentissement de ces gains d'espérance de vie sans incapacité, par rapport aux gains totaux d'espérance de vie². Les projections réalisées en France dans le cadre du débat national de 2011 tablent sur une augmentation du nombre de personnes dépendantes à l'horizon de vingt ans : la baisse de la morbidité envisagée dans les différents scénarios ne compense pas l'arrivée des générations du baby-boom aux âges où l'incidence de la dépendance devient importante. À plus longue échéance, les projections sont plus incertaines et conditionnelles aux scénarios épidémiologiques retenus.

Deux enseignements peuvent être retirés de ces projections. D'une part, l'augmentation du nombre de personnes dépendantes justifie une action publique en amont pour réduire l'incidence de la dépendance (recherche, santé, adaptation des conditions de vie). D'autre part, les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance vont progresser dans les vingt ans à venir, mais dans des ordres de grandeur plus modérés que ceux évoqués, par exemple, dans le cadre des pro-

1. Une mesure difficile

Pour compter les personnes dépendantes, deux approches sont généralement utilisées, l'une reposant sur la définition administrative de la dépendance, l'autre sur des mesures épidémiologiques à partir d'enquêtes spécialisées.

L'approche administrative, qui domine dans les rapports officiels, repose sur le nombre de bénéficiaires de l'APA, évalué selon la DREES à 1,24 million au 31 décembre 2013 ; trois quarts sont des femmes et la moitié a plus de 85 ans^a. Par construction ces chiffres ne prennent pas en compte les personnes qui n'ont pas recours à l'APA. En outre, ils sont sensibles aux critères d'éligibilité définis par la grille « autonomie gérontologie groupes iso-ressources » (AGGIR). Or cette grille, qui sous-tend un classement en six groupes (de GIR 1 – très forte incapacité – à GIR 6 – personnes autonomes) a fait l'objet de plusieurs critiques : imprécision du seuil de passage du GIR 5 au GIR 4, sensibilité de l'algorithme de classement à de petites variations dans le codage initial. Elle est par ailleurs spécifiquement française et inutilisée dans les travaux de recherche internationaux.

La mesure épidémiologique repose sur des normes internationales d'évaluation des limitations fonctionnelles et des restrictions dans les activités de la vie quotidienne^b, auxquelles s'ajoute souvent une évaluation spécifique des capacités cognitives. Les *Enquêtes handicap santé* réalisées par l'INSEE et la DREES, qui utilisent ces normes, évaluent à près de 7 millions le nombre de personnes de plus de 60 ans déclarant une limitation « fonctionnelle » (soit 48 % des personnes à domicile et 86 % des personnes en institution). Près de 3,27 millions de personnes vivant à domicile seraient limitées dans leurs activités « instrumentales » et 1,28 million dans leurs activités « essentielles ».

^a <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/handicap-et-dependance>

^b Activités élémentaires de vie quotidienne : mobilité fonctionnelle, toilette, habillage, prise de repas. Activités instrumentales de vie quotidienne : ménage, préparation des repas, prise de médicaments, gestion du budget, courses, usage du téléphone ou autre moyen de communication, usage des transports locaux.

jections des dépenses de retraite : sur la base d'hypothèses macroéconomiques comparables à celles du Conseil d'orientation des retraites (COR), le scénario épidémiologiques intermédiaire conduit à une augmentation des dépenses publiques de 0,4 à 0,7 point de PIB à l'horizon 2040³. La principale question est donc avant tout celle de la répartition de l'effort de financement entre part publique et part privée et des formes que l'on souhaite donner à la solidarité publique.

Les auteurs remercient Manon Domingues Dos Santos, conseillère scientifique du CAE, pour son aide précieuse dans la rédaction de cette *Note*.

¹ Deux rapports très complets ont été réalisés lors du débat national de 2011 sur la dépendance, voir Charpin J.-M. (mod.) et C. Tlili (rap.) (2011) : *Perspectives démographiques et financières de la dépendance (dit Rapport Charpin)*, Rapport du groupe n° 2 sur la prise en charge de la dépendance, La Documentation française, juin, et Fragonard B. (2011) : *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées (dit Rapport Fragonard)*, Rapport du groupe n° 4 sur la prise en charge de la dépendance, La Documentation française, juin. Voir également Cour des Comptes (2016) : *Le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie*, juillet. La loi ASV a été promulguée le 28 décembre 2015, voir le site legifrance.gouv.fr

² Sieurin E., J.-M. Cambois et J.-M. Robine (2011) : « Les espérances de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé », Document de travail INED, n° 170. Crimmins E., M. Hayward, A. Hagedorn, Y. Saito et N. Brouard (2009) : « Change in Disability-Free Life Expectancy for Americans 70 Years Old and Older », *Demography*, vol. 46, n° 3, pp. 627-646.

³ Rapport Charpin (2011) *op. cit.* pp. 34-36.

Constat 1. Les dépenses de dépendance vont très probablement augmenter dans les vingt ans à venir, dans une proportion toutefois bien moindre que les dépenses de retraite. À plus longue échéance, l'incertitude est grande et les politiques publiques ont un rôle à jouer en amont, pour prévenir le risque de dépendance.

Prise en charge des personnes dépendantes

L'aide apportée aux personnes dépendantes s'organise principalement autour de deux types de prise en charge, pensés comme deux réponses successives à l'aggravation de la dépendance : la prise en charge à domicile et en établissement d'hébergement collectif.

La prise en charge en établissement

Au 31 décembre 2011, 693 000 personnes résidaient dans un établissement médico-social pour personnes âgées⁴ (tableau 1). Conséquence des réformes engagées depuis 1997⁵, les institutions médicalisées (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD – et unité de soins de longue durée) représentent aujourd'hui près de 85 % de la capacité d'accueil, contre 54 % en 2003⁶. Les personnes accueillies sont presque toujours très dépendantes : plus de 90 % ont besoin d'aide pour la toilette ou l'habillement, plus de 80 % présentent des problèmes d'incohérence et 25 % des résidents sont placés sous protection juridique. Le reste des capacités d'accueil (15 % soit environ 100 000

personnes) correspond aux résidences à services intégrés (ex-logement foyer), solution hybride qui permet de disposer d'équipements collectifs et de services professionnels dans un logement autonome en habitat collectif. Les résidents sont essentiellement autonomes ou légèrement dépendants (GIR 6 à GIR 4, voir encadré 1). La loi ASV entrée en vigueur en janvier 2016 tente de donner un nouveau souffle à ce type d'habitat, beaucoup plus développé dans d'autres pays : ces résidences non médicalisées accueillent 4 % de la population âgée au Royaume-Uni et 7 % au Canada, contre seulement 1 % en France⁷.

La prise en charge à domicile

La prise en charge en institution n'est dominante que pour les personnes très dépendantes : les personnes dépendantes résident donc majoritairement en domicile ordinaire (672 450 bénéficiaires de l'APA, soit 55 % des bénéficiaires, cf. tableau 1). D'après l'enquête Handicap Santé, si l'on retient une définition large de la dépendance, une personne dépendante à domicile sur deux reçoit régulièrement de l'aide professionnelle. Les intervenants diffèrent aussi bien par leur secteur d'activité que par leur mode d'exercice. L'aide pour la réalisation des activités quotidiennes peut être apportée par des services d'aide et d'accompagnement à domicile ou par des intervenants employés directement par les personnes aidées : un quart des bénéficiaires de l'APA à domicile seraient ainsi particuliers-employeurs. Les personnes dépendantes reçoivent aussi des soins d'hygiène, fournis par des aides-soignants et des infirmiers, qui peuvent être salariés de services de soins infirmiers à domicile ou exercer en libéral.

1. Répartition des personnes âgées par type de prise en charge et niveau de dépendance, au 31 décembre 2011

	En établissement (hors résidences à services intégrés) ^a	En résidence à services intégrés ^a	À domicile ^b
Dépendantes (GIR 1 à 4)	523 820	23 550	672 450
• GIR 1 (très forte incapacité)	118 530	0	20 880
• GIR 2	205 800	2 050	116 270
• GIR 3	87 970	4 090	149 030
• GIR 4	111 520	17 410	386 270
Peu dépendantes ou autonomes (GIR 5 et 6)			
• GIR 5	35 730	14 340	—
• GIR 6 (autonome)	31 030	64 520	—
Total	590 580	102 410	—

Notes : ^a Le nombre de résidents de GIR inconnu d'après l'enquête EHPA est d'environ 50 000 personnes. On suppose ici que la répartition par GIR de ces résidents est la même que celle des résidents dont le GIR est connu ; ^b Qui perçoivent l'APA « domicile » (hors résidences à services intégrés). Les personnes à domicile relevant des GIR 5 et 6 ne sont pas éligibles à l'APA.

Sources : Enquête EHPA et remontées individuelles (66 départements) et calculs des auteurs.

⁴ Volant S. (2014) : « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats, DREES*, n° 899, décembre.

⁵ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, qui définit en particulier le statut des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et décrets du 26 avril 1999 n° 99-316 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD et n° 99-317 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPA.

⁶ Tugorès F. (2005) : « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003 », *Études et Résultats, DREES*, n° 379 et Volant S. (2014) : « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats, DREES*, n° 877, février.

⁷ Institut Montaigne (2015) : *Faire du bien-vieillir un projet de société*.

Malgré ces dispositifs, et en dépit de l'augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile entérinée par la loi ASV (une heure par jour supplémentaire pour les plans d'aide les plus lourds), la prise en charge des personnes dépendantes à domicile repose en grande partie sur l'entourage, essentiellement les conjoints et enfants. Plus de trois personnes dépendantes sur quatre sont en effet aidées régulièrement par un aidant informel. La durée quotidienne médiane de cette aide est de 1h40 par jour, contre 35 minutes pour l'aide formelle (tous niveaux de dépendance) : pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 2), les durées quotidiennes sont respectivement : 5h15 (aide informelle) et 2h10 (aide formelle).

Les modalités d'organisation de la solidarité familiale confèrent à la France, comme à l'Allemagne, une position intermédiaire entre un modèle typique des pays du Sud et un modèle typique des pays du Nord. Ainsi, la proportion de personnes dépendantes à domicile qui vivent seules est relativement faible. Tandis que les enfants s'impliquent davantage en France que dans les pays du Nord, les pays du Sud se caractérisent par davantage de cohabitation inter-générationnelle⁸.

Un arbitrage mal connu entre les modalités de prises en charge

Les choix de prise en charge dépendent de l'âge et du degré de dépendance. Cependant, une logique d'offre semble aussi opérer : pouvoir compter sur un conjoint ou une fille réduit le risque d'entrer en établissement⁹ ; résider dans une zone bien équipée en hébergement collectif l'augmente¹⁰. Les statistiques disponibles montrent enfin que certaines catégories socio-professionnelles, comme les agriculteurs et les cadres, entrent moins que d'autres en établissement. Cependant, faute de disposer de données longitudinales à grande échelle, l'analyse du choix de prise en charge reste parcellaire. Il est en particulier impossible d'isoler l'effet d'arbitrages strictement économiques liés au niveau du patrimoine et du revenu des personnes, à leur forme (patrimoine foncier ou financier, pension de retraite ou revenus du capital, etc.) et aux multiples dispositifs d'aide publique qui interviennent dans le financement des aides à la dépendance (APA, aide sociale à l'hébergement sous condition de ressources, impôts sur le revenu, etc.).

Constat 2. La majorité des personnes âgées dépendantes résident à domicile, où l'aide de l'entourage est cruciale. Les personnes qui résident en établissement sont en grande majorité très dépendantes. Les déterminants socio-économiques du choix du mode de prise en charge demeurent mal connus.

⁸ En France, environ une personne dépendante à domicile sur dix cohabite avec un enfant, contre 2 % en Suède, 27 % en Italie et 35 % en Espagne.

⁹ Arnault L. (2015) : *Prise en charge des personnes âgées dépendantes en France : rôle de l'entourage et effets des politiques publiques*, Thèse de doctorat, Université Paris-Dauphine.

¹⁰ Ramos-Gorand M. (2015) : *Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine*, Thèse de doctorat, Université Paris-Est Créteil.

Coûts et financement de la dépendance

Comme l'a montré le rapport Fragonard (2011), définir le périmètre des dépenses dues à la dépendance n'a rien d'évident : comment mesurer le surcoût des dépenses de soins et de l'hébergement ? Faut-il inclure le coût économique des aidants informels ? Si l'on reprend les conventions des comptes de la dépendance qui se concentrent pour le surcoût en soins et en hébergement, et que l'on ajoute le coût économique de l'aide informelle, le coût total de la dépendance se situe entre 41 et 45 milliards d'euros (tableau 2). La dépense publique se monte à 23,5 milliards d'euros soit un peu plus d'un point de PIB, dont plus de la moitié correspond aux dépenses de soins et un gros tiers à l'aide formelle pour les activités de la vie quotidienne. Le coût pour les ménages – entre 17 et 21 milliards d'euros – se concentre pour plus de la moitié sur l'aide informelle et pour près d'un tiers sur les dépenses d'hébergement.

2. Dépenses totales de prise en charge de la dépendance, en milliards d'euros, 2014

	Dépenses publiques	Dépenses privées	Total
Soins	12,2	0,1	12,2
Dépendance (prise en charge formelle)	8,1	2,4	10,5
Dépendance (aidants informels)	–	7 à 11	7 à 11
Hébergement	3,3	8,2	11,5
Total	23,5	17,7 à 21,7	41,2 à 45,2

Source : Darcillon T. (2016) : « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », *La protection sociale en France et en Europe en 2014*, Coll. Panoramas de la DREES et Renoux A., R. Roussel et C. Zaidman (2014) : « Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 50, février.

Au sein de la dépense publique, l'assurance-maladie apparaît comme le premier financeur public, les seules dépenses de soins représentant 12 milliards d'euros en 2014. La prise en charge de la dépendance *stricto sensu* est apportée *via* l'APA (5,5 milliards) et dans une moindre mesure via les dépenses fiscales et sociales (1 milliard). Pour les frais d'hébergement, l'essentiel de l'intervention publique correspond à l'Aide sociale à l'hébergement (ASH) à la charge des départements (1,2 milliard).

Hors les dépenses de soins, l'APA est ainsi la principale aide publique en faveur des personnes dépendantes. Son fonctionnement est sensiblement différent pour les personnes à domicile et en établissement (tableau 3).

À domicile, il s'agit d'une prestation affectée, couvrant les dépenses liées à la perte d'autonomie telles que définies par un plan d'aide établi par l'équipe médico-sociale du départe-

3. Prise en charge publique des dépenses aujourd'hui

	À domicile	Établissement médicalisé	Résidence à services intégrés
Soins	Assurance-maladie	Assurance-maladie	Assurance-maladie
Dépendance ^a	APA type 1 ^b	APA type 2 ^c	APA type 1 ^d
Hébergement	APA (pour les dépenses d'aménagement du logement)	ASH (sous conditions de ressources et subsidiaire) ^e	ASH (sous conditions de ressources et subsidiaire) ^e

Lecture : APA : Allocation personnalisée d'autonomie ; ASH : Aide sociale à l'hébergement.

Notes : ^a Outre l'APA, le financement public passe aussi par des exonérations de charges et des réductions d'impôts ; ^b Fonction des dépenses, plafonnée par niveau de GIR, ticket-modérateur fonction du revenu et du montant du plan d'aide ; ^c Fonction des tarifs par niveau de GIR, ticket-modérateur fonction du revenu ; ^d Obligation alimentaire et récupération sur succession.

Source : Auteurs.

ment. Le montant personnalisé des dépenses éligibles est défini dans la limite d'un plafond national, différent pour chaque GIR. L'APA n'est pas soumise à condition de ressource mais le taux de participation financière laissé à la charge du bénéficiaire (le ticket modérateur) varie en fonction de ses ressources. Contrairement à la prestation spécifique dépendance qu'elle a remplacée, l'APA n'est pas récupérable sur la succession.

Dans la plupart des établissements, l'APA est versée directement aux structures. Son montant dépend à la fois des tarifs « dépendance » de l'établissement et du revenu du bénéficiaire. Outre le forfait soin et le tarif dépendance, une troisième section tarifaire correspond au coût de l'hébergement. Celle-ci est à la charge du résident et de ses obligés alimentaires. Dans le cas où leurs revenus sont insuffisants, une aide sociale à l'hébergement (ASH), récupérable sur succession, est versée par le conseil départemental.

Constat 3. La dépendance représente en 2011 un coût annuel de l'ordre de 41-45 milliards d'euros dont 7-11 milliards d'aide informelle. Les dépenses publiques (environ 23 milliards) se concentrent sur les soins et sur l'Allocation personnalisée d'autonomie.

La régulation de l'offre de prise en charge

Deux éléments justifient la forte intervention des pouvoirs publics dans le champ des soins de long terme : la protection des personnes fragiles et l'importance des financements publics. Cette intervention a lieu à deux niveaux : l'autorisation d'exercice qui fixe les capacités de prise en charge (nombre de places, nombre d'heures, périmètre géographique...) et suppose un contrôle interne et externe de la qualité des prestations, et la tarification des offreurs. En pratique, les offreurs sont soumis à une ou plusieurs tutelles et autorités tarifatrices en fonction de la nature de leur activité :

- pour les soins, la tutelle est confiée aux Agences régionales de santé et le financement à la branche maladie de la Sécurité sociale ;

- pour l'aide aux activités quotidiennes, la tutelle est confiée aux conseils départementaux dès lors que l'aide s'adresse à des personnes fragiles et le financement aux conseils départementaux et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- pour l'hébergement, le financement relève de l'aide sociale départementale pour les personnes les plus pauvres.

Dans cette organisation, plusieurs espaces échappent à la régulation des pouvoirs publics : la grande liberté d'installation des infirmiers libéraux, qui provoque de fortes disparités inter-départementales ; l'activité des « employées de maison », qui bien que financée par l'APA, n'est encadrée que par le Code du travail et la convention collective ; enfin le prix des EHPAD non habilités à l'aide sociale (18 % des établissements dont 66 % des EHPAD privés à but lucratif) qui est fixé librement pour sa partie « hébergement ». Par ailleurs, la multiplicité des régulateurs et des logiques de financement rend difficile la mise en place d'une politique d'ensemble.

L'action publique en direction des personnes dépendantes doit concilier des objectifs en partie contradictoires : améliorer la qualité des prises en charge, offrir une couverture efficace et équitable du risque de dépendance et maîtriser les dépenses publiques. Face à ce défi, nous proposons quatre pistes permettant à la fois d'améliorer la qualité de la prise en charge et l'efficacité des financements.

Diversifier l'offre de prise en charge

Depuis trente ans, les pouvoirs publics ont promu la prise en charge à domicile. Cette stratégie est officiellement justifiée par le souhait des personnes âgées dépendantes, mais motivée aussi par le coût élevé des prises en charge institutionnelles pour les budgets publics. Elle a conduit à brider la capacité d'accueil en établissement d'hébergement collectif et à médicaliser la quasi-totalité de ces établissements. Par voie de conséquence, la section « hébergement » des tarifs a fortement augmenté, qu'elle soit régulée ou librement fixée par les EHPAD. En 2011, plus d'un résident sur deux avait un reste à charge supérieur à ses ressources¹¹.

¹¹ Fizzala A. (2016) : « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la DREES*, n° 1.

L'offre d'hébergement en EHPAD est aujourd'hui saturée et concentrée. Le taux d'occupation global (nombre de résidents/nombre de places installées) était de 96,7 % en 2011. Selon la DREES, en 2007, 62 % des proches des résidents en EHPAD estimaient avoir attendu plus d'un mois entre le dépôt du dossier et l'entrée effective de leur parent en institution et 16 % plus de six mois¹².

Cette situation résulte à la fois du malthusianisme des pouvoirs publics et du faible nombre d'opérateurs potentiels. L'instauration par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (2009) d'une procédure d'appel d'offres pour les créations d'EHPAD a favorisé la concentration du secteur. Par rapport aux structures indépendantes, les chaînes d'établissements sont souvent perçues par les décideurs comme étant les plus à même de répondre aux cahiers des charges, du fait notamment de leur solidité financière. Dans ce contexte, les établissements subissent peu (voire pas) de pression concurrentielle ; ils ne sont incités ni à améliorer la qualité des prises en charge, ni à réduire leurs prix¹³.

Le caractère très polarisé de l'offre – maintien à domicile ou établissement médicalisé – répond mal aux situations de dépendance intermédiaire. Leur prise en charge à domicile impose une disponibilité importante de l'entourage, d'autant plus que l'environnement, souvent inadapté, accentue les restrictions d'activité et majore les risques d'aggravation de la dépendance à venir. On pense, par exemple, à l'effet souvent décisif des chutes¹⁴.

Constat 4. L'offre de prise en charge est quasi dichotomique, entre les établissements d'hébergement médicalisés – secteur concentré et saturé – qui accueillent essentiellement des personnes très dépendantes et le maintien à domicile dans des conditions parfois préjudiciables.

Ce constat n'est pas nouveau et la loi ASV comporte plusieurs mesures destinées à la fois à renforcer l'aide informelle et à développer des solutions d'hébergement intermédiaires, en particulier à travers les résidences à services intégrés¹⁵. L'efficacité de ces mesures est cependant conditionnelle à

l'accessibilité financière et à l'attractivité de ce type d'habitat. La mise en place, par la loi, d'un financement spécifique de ces établissements (un forfait autonomie, financé à hauteur de 40 millions d'euros pour 2017, qui s'ajoute aux autres aides) est symptomatique de la difficulté à concevoir un modèle de financement cohérent dans un système qui distingue les financements selon le mode de prise en charge (domicile/institution) et le type de dépense (soins/dépendance/hébergement). La loi témoigne en outre d'une certaine hésitation sur le modèle d'habitat lui-même puisqu'elle permet à la fois des projets d'établissement tournés vers l'accueil de personnes dépendantes et des projets à visée intergénérationnelle, réservant quelques logements à de jeunes travailleurs et à des étudiants par exemple. La question est alors de savoir si les résidences autonomie pourront à la fois répondre aux besoins des personnes en dépendance modérée et tirer parti d'une demande solvable pour ce type d'habitat qui offre des prestations telles que la restauration, la blanchisserie ou la surveillance. Il serait donc utile, pour guider le développement de cette offre intermédiaire, de tirer les leçons de l'expérience de certains pays étrangers (le Royaume-Uni et le Canada en particulier) et d'analyser plus précisément la demande potentielle pour ce type d'hébergement.

Recommandation 1. Assouplir les procédures d'autorisation pour la création de places en établissement médicalisé. Analyser précisément la demande potentielle pour les différentes formes de résidences à services intégrés.

Améliorer la régulation et l'information pour promouvoir la qualité

Outre la structure concentrée de l'offre en établissement, les modalités de tarification publique ne fournissent pas de puissantes incitations à élever la qualité des prises en charge, que ce soit en établissement ou à domicile (encadré 2). Pour la partie non tarifée du secteur, l'information disponible ne permet pas de comparer les services proposés par les différents établissements, de sorte que la concurrence porte essentiellement sur les prix. Aux États-Unis comme en Suède, la mise à disposition d'une base de données publique sur la qualité des

¹² DREES (2011) : « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 18.

¹³ Les travaux étudiant l'effet de la concurrence sur les prix des maisons de retraite à partir de données britanniques ou américaines concluent qu'une hausse de la concurrence réduit les prix. Voir Forder J. et A. Netten (2000) : « The Price of Placements in Residential and Nursing Home Care: The Effects of Contracts and Competition », *Health Economics*, n° 9, pp. 643-657 ; Gulley D. et R. Santerre (2007) : « Market Structure Elements: The Case of California Nursing Homes », *Journal of Health Care Finance*, vol. 33, n° 4, pp. 1-16. L'impact de la concurrence sur la qualité est plus rarement observé. Une étude américaine montre toutefois que la suppression des barrières légales et le pourcentage de lits vacants dans les maisons de retraite ont un effet positif sur la qualité mesurée par des indicateurs tels que la prévalence des escarres, le déclin des capacités cognitives et l'utilisation de cathéters. Voir Starkey K.B., R. Weech-Maldonado et V. Mor (2005) : « Market Competition and Quality of Care in the Nursing Home Industry », *Journal of Health Care Finance*, vol. 32, n° 1, pp. 67-81.

¹⁴ Voir, par exemple, Stillmunkés A., L. Goubin, S. Bismuth, F. Nourhashémi et S. Oustric (2015) : « L'aménagement du domicile des personnes âgées est-il bénéfique ? Une revue systématique de la littérature », *Médecine*, vol. 11, n° 1, pp. 17-20.

¹⁵ À vocation sociale, les résidences-autonomie sont généralement tarifées par les pouvoirs publics et leurs résidents peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement. Les résidents les plus dépendants peuvent également recevoir l'APA à domicile comme les personnes en domicile ordinaire (cf. tableau 3). De leur côté, les résidences-services (ou résidences-seniors) ne sont pas réglementées. Il s'agit de résidences privées de standing destinées à des classes aisées (reste à charge mensuel entre 3 000 et 4 000 euros). Les résidents peuvent bénéficier de l'APA à domicile.

2. La tarification en EHPAD et en services à domicile

Pour les EHPAD, la tarification est actuellement fondée sur des budgets passés et sur les coûts annoncés par les établissements^a. Cela entraîne souvent une reconduction annuelle des budgets historiques^b et une dispersion non justifiée des tarifs et donc de la qualité : un projet de réforme (art. L 314-2 du Code de l'action sociale et des familles)^c prévoit le passage à une tarification forfaitaire par résident, avec des forfaits soins et dépendance fixés en fonction des degrés de dépendance et des pathologies. L'objectif est d'introduire une concurrence par comparaison susceptible d'améliorer l'efficacité productive et la qualité de la prise en charge. Toutefois, le succès de la réforme suppose que les surcoûts liés aux conditions exogènes d'activité (localisation, degrés de dépendance des résidents, pathologies, etc.) puissent être précisément évalués et intégrés au calcul des tarifs. En outre, les gains de productivité seront limités, la qualité en EHPAD étant

largement liée au temps consacré aux patients et à la disponibilité du personnel. Enfin, la réforme en elle-même n'améliorera pas la qualité sans une contractualisation et un contrôle précis de ses différentes composantes^d.

Pour les services à domicile, les contraintes budgétaires ont déjà conduit la plupart des conseils départementaux à mettre en œuvre une tarification prospective. Mais les pratiques de tarification varient d'un conseil départemental à l'autre. Dans certains départements, le risque de dégradation de la qualité est renforcé par le calcul du tarif qui repose explicitement sur un plafond de personnel qualifié. Dans d'autres, au contraire, une double tarification, conditionnée à des dimensions de qualité explicites, contrecarre le risque : les heures effectuées par des personnels qualifiés ou le dimanche et les jours fériés, par exemple, bénéficient d'un tarif plus élevé.

^a Des tarifs plafonds pour le financement des soins sont néanmoins opposables aux établissements et sont calculés en fonction du degré de dépendance (GIR moyen pondéré) et des pathologies des patients (PATHOS moyen pondéré) (art. 63 de la LFSS pour 2009).

^b Cour des Comptes (2014) : *Le financement des établissements pour personnes âgées dépendantes et adultes handicapés*, Référé n° 70592, 11 septembre.

^c Le décret d'application nécessaire à sa mise en œuvre n'est pas paru (publication envisagée en septembre 2016).

^d Le passage à une tarification forfaitaire par personne des maisons de retraite aux États-Unis pour le financement de Medicare en 1998 a engendré une dégradation de la qualité et notamment des taux d'encadrement. Voir Konezka R.T., D. Yi, E.C. Norton et K.E. Kilpatrick (2004) : « Effects of Medicare Payment Changes on Nursing Home Staffing and Deficiencies », *Health Services Research*, vol. 39, n° 3.

établissements (taux d'encadrement, résultats des dernières inspections, etc.) a permis d'élever la qualité des établissements¹⁶. En France, la loi ASV a renforcé la transparence sur les prix en imposant aux établissements d'afficher sur un portail Internet public (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, incluant un outil de simulation) leur tarif hébergement qui doit intégrer un socle minimal de prestations de base (administration, hôtellerie, restauration, blanchissage, animation). Cependant cette transparence ne s'étend à aucune mesure de la qualité.

Pour améliorer la qualité des prises en charge, deux leviers complémentaires de régulation de l'offre peuvent être envisagés : la réglementation et l'information.

La réglementation

À l'instar de ce qui se fait en Allemagne, dans plusieurs cantons suisses et dans plusieurs États américains, il est souhaitable de fixer des normes minimales en EHPAD. Celles-ci

semblent indispensables comme garde-fou à une dégradation de la qualité, notamment en cas de passage à une tarification à la ressource (cf. encadré 2). Le taux d'encadrement est en effet un déterminant essentiel de la qualité de la prise en charge : l'insuffisance de personnel entraîne « une utilisation excessive de somnifères, l'imposition de couches à des personnes ne souffrant pas d'incontinence, une mauvaise organisation des repas conduisant à de la malnutrition, etc. »¹⁷ et dégrade ainsi l'état de santé des résidents. Des corrélations significatives ont été observées entre de faibles taux d'encadrement de personnel infirmier et aide-soignant et la prévalence des escarres, de l'incontinence et les taux d'hospitalisation des résidents¹⁸.

En comparaison d'autres pays de l'OCDE, les taux d'encadrement dans les structures d'hébergement collectif pour personnes âgées restent faibles en France¹⁹. La mise en œuvre du Plan solidarité grand âge (2007-2012) a permis d'augmenter le nombre de professionnels en EHPAD : le taux d'encadrement moyen est ainsi passé de 5,7 ETP pour dix

¹⁶ Mukamel D.B. et W.D. Spector (2003) : « Quality Report Cards and Nursing Home Quality », *The Gerontologist*, vol. 43, n° 2, pp. 58-66. Voir aussi Park J. et R. Werner (2011) : « Changes in the Relationship between Nursing Home Financial Performance and Quality of Care under Public Reporting », *Health Economics*, n° 20, pp. 783-801.

¹⁷ Dormont B. (2013) : « Comment améliorer la prise en charge de la dépendance » in *5 crises : 11 nouvelles questions d'économie contemporaine*, Askenazy et Cohen (eds), Albin Michel.

¹⁸ Voir Spilsbury K., C. Hewitt, L. Stirk et C. Bowman (2011) : « The Relationship between Nurse Staffing and Quality of Care in Nursing Homes: A Systematic Review », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, n° 6, pp. 732-750.

¹⁹ Voir Fujisawa R. et F. Colombo (2009) : « The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand », *OECD Health Working Papers*, n° 44, OCDE, Paris.

résidents en 2007 à 6,1 en 2011²⁰. L'évolution de ces taux d'encadrement doit néanmoins être mise en regard de la hausse du niveau de dépendance des résidents accueillis et de leur besoin d'aide, et il faut souligner une forte disparité des taux d'encadrement, notamment selon le statut d'établissements²¹.

L'information

Aux États-Unis, des données standardisées sont recueillies sur l'état de santé de chaque résident et renseignent sur la qualité de la prise en charge de la dépendance et des soins. Des expérimentations locales ont été réalisées dans certains établissements en France mais elles n'ont pas été généralisées à une échelle nationale²². La collecte d'informations sur la qualité des prises en charge (taux d'encadrement, état de santé des résidents, etc.) et leur diffusion permettraient d'adapter la tarification des établissements aux besoins des résidents, d'inciter les établissements à développer leur qualité face à une demande mieux informée et d'améliorer notre compréhension des sources de qualité en établissement. Ces informations sur la qualité pourraient ainsi très utilement enrichir le portail sur le site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

Recommandation 2. Instaurer des normes minimales d'encadrement en EHPAD. Collecter et diffuser l'information sur la qualité des prises en charge.

Revaloriser les carrières et améliorer la coordination pour fidéliser les salarié(e)s

Les difficultés pour recruter et conserver le personnel expliquent pour partie les faibles taux d'encadrement observés en établissements d'hébergement : 44,4 % des EHPAD font face à des difficultés de recrutement. La situation est similaire à domicile où plus de 50 % des recruteurs déclarent rencontrer des difficultés, le taux atteignant 65 % pour les recrutements d'auxiliaires de vie sociale²³. Les taux de départ

du personnel sont aussi très élevés en EHPAD, confrontant certains établissements à des situations fréquentes de sous-effectif. Ceci suggère que le secteur de l'aide aux personnes âgées dépendantes demeure peu attractif. C'est particulièrement net pour les aides à domicile : nombreux contrats à temps partiel²⁴, que les salariés du secteur – presque systématiquement des femmes – tentent de compenser en combinant plusieurs emplois ; intensification du nombre d'heures d'intervention au domicile au détriment des temps de coordination ; horaires atypiques et instables ; déplacements fréquents et fractionnement du temps de travail mal reconnu dans les modes de rémunération ; importante sollicitation physique et émotionnelle, alors même que les salariés interviennent le plus souvent seuls. Les conditions de travail et de rémunération – le salaire net mensuel moyen des aides à domicile était de 790 euros en 2012²⁵ – ne tiennent pas la comparaison avec d'autres secteurs exigeant des compétences similaires, comme celui de la petite enfance²⁶.

Conscients des risques de pénurie de main d'œuvre et soucieux d'améliorer la qualité des prises en charge, les pouvoirs publics ont accompagné le mouvement de professionnalisation engagé depuis plusieurs années. La création, en 2002, du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale a placé les aides à domicile au même niveau de formation et de rémunération que les aides-soignantes. Il a été ouvert à la validation des acquis de l'expérience en 2003 afin de favoriser la mobilité verticale des salariés non qualifiés du secteur²⁷. La mobilité horizontale est aussi facilitée avec la création en janvier 2016 du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social : fusion des diplômes d'auxiliaire de vie sociale et d'aide médico-psychologique, il valide une formation plus transversale, qui permet de diversifier les lieux d'exercice et les fonctions. Le Plan pour les métiers de l'autonomie, lancé en 2014, prévoit également d'adapter l'offre de formations initiales et continues en prenant davantage en compte les spécificités liées à la perte d'autonomie, afin de valoriser les carrières en gérontologie.

Ces stratégies de formation restent cependant difficiles à saisir pour bon nombre de salariés, en particulier pour les plus précaires comme les employés de particuliers²⁸. En outre, elles ne peuvent donner leur pleine mesure que si elles s'accompagnent des financements nécessaires. En l'état, on demande aux salariés de se former sans répercussion sala-

²⁰ DREES (2014) *op. cit.*

²¹ Les taux d'encadrement moyens sont de 5,3 ETP pour dix résidents en EHPAD privés à but lucratif, 5,6 en EHPAD privés à but non lucratif et 6,6 en EHPAD publics en 2011. Or, les EHPAD privés à but lucratif accueillent actuellement davantage de résidents très dépendants (en GIR 1 et 2), DREES (2014), *op. cit.*

²² Cerase-Feurra V. (2001) « Le Resident Assessment Instrument (RAI) : un outil d'évaluation de la qualité des soins de longue durée », *Gérontologie et Société*, n° 99, pp. 161-177.

²³ Observatoire de branche de l'aide à domicile (2012) : *Aide à domicile, Rapport national*, avril.

²⁴ Selon l'*Enquête emploi*, plus des deux tiers des aides à domicile et aides ménagères sont employées à temps partiel.

²⁵ CESE (2014).

²⁶ Nahon S. (2014) : « Les salaires dans le secteur social et médico-social en 2011. Une comparaison entre les secteurs privé et public », *Études et Résultats*, n° 879, DREES, avril.

²⁷ 3519 DEAVS ont été validés en formation et 2676 en VAE en 2011. Nahon S. (2013) : « La formation aux professions sociales 2011 », *Document de Travail de la DREES, Séries Statistiques*, n° 175, janvier.

²⁸ Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective (CGSP) (2013) : « Services à la personne : constats et enjeux », *L'Essentiel*, septembre.

riale ni amélioration des conditions de travail, afin de préserver l'équilibre budgétaire des structures.

Si de nombreux progrès ont été réalisés pour valoriser les filières gérontologiques, il faut aller plus loin pour réduire la rotation du personnel et atténuer les problèmes de recrutement. L'accent mis sur la formation est indispensable pour poursuivre la professionnalisation du secteur et lutter contre la précarité de certains travailleurs médico-sociaux à domicile, à condition qu'elle leur soit effectivement accessible. La formation continue peut en outre améliorer la satisfaction au travail et, par ce biais, fidéliser des salariés²⁹. La création d'emplois d'avenir dans ce secteur, également prévue par le Plan pour les métiers de l'autonomie, peut constituer un levier efficace pour attirer des jeunes en recherche d'emploi. Ces derniers pourront ensuite avoir accès aux formations qualifiantes afin de construire leur carrière dans ce secteur. Ces mesures ne sont cependant pas suffisantes, les professionnels les mieux formés restant attirés par d'autres secteurs. Il semble incontournable d'améliorer les rémunérations dans les filières gérontologiques pour renforcer leur attractivité, notamment dans le secteur de l'aide à domicile, et de favoriser une organisation du travail qui aide les salariés à faire face à la charge physique et émotionnelle de ces métiers (prévoir l'intervention simultanée de plusieurs salariés dans les cas difficiles, renforcer l'encadrement, prévoir des temps d'échange et de coordination interne dans les équipes...). De telles mesures induiront un important surcoût pour les finances publiques même si des gains d'efficacité pourront être dégagés par la mise en place d'une coordination explicite des différents services intervenant au domicile.

Recommandation 3. Compléter les efforts de formation par une revalorisation des carrières, une organisation du travail qui réduise la pénibilité des métiers de l'aide et une coordination des services intervenant au domicile.

Un financement à repenser

Les insuffisances du financement actuel

Trois logiques de solidarité mal articulées

À l'inverse des systèmes nordiques, qui reposent sur le plafonnement de la participation financière des personnes et le choix par la puissance publique du mode de prise en charge, le système français est organisé pour garantir en théorie le libre choix des personnes âgées dépendantes. Mais l'existence de logiques de solidarité différentes pour les dépenses

de soins, d'aide et d'hébergement conditionne largement ce choix en pratique et altère par conséquent l'efficacité et l'équité du système.

Le financement des dépenses de dépendance repose sur trois logiques de solidarité différentes, selon le type de dépense :

- universelle et indépendante du revenu pour les soins ;
- universelle mais décroissante en fonction du revenu pour la dépendance *stricto sensu* ;
- sous conditions de ressource, subsidiaire à l'obligation alimentaire et avec récupération sur succession pour l'hébergement.

L'articulation de ces trois logiques pose problème quand le risque couvert – la perte d'autonomie – conduit à un surcroît de dépenses à la fois pour les soins, la dépendance *stricto sensu* et l'hébergement : dans son architecture actuelle, le surcoût en dépense d'hébergement n'est mutualisé que pour les personnes dont les revenus sont insuffisants pour le financer (via l'ASH), alors même que ce surcoût résulte de la réalisation du risque dépendance et non de préférences différentes en matière d'hébergement en EHPAD. En outre, l'ASH est subsidiaire, contrairement à l'APA, et se caractérise par un non-recours important. Le système conduit *in fine* à un taux d'effort (c'est-à-dire la contribution financière des personnes dépendantes en proportion de leurs revenus) plus lourd en institution qu'à domicile pour les ménages modestes, au contraire des ménages plus aisés. Le dispositif actuel ne garantit donc pas le choix d'hébergement le plus adapté à la personne dépendante ; et le développement de l'offre d'hébergement non médicalisé adapté à des personnes isolées ou en couple, avec un niveau de dépendance modérée est freiné par l'architecture même de la couverture publique.

Un recours à l'assurance privée qui reste limité

Le marché de l'assurance privée contre le risque de dépendance est relativement bien développé en France et aux États-Unis, comparativement aux autres économies avancées. Cependant, avec environ 10-15 % de la population couverte par un contrat privé, on est loin des taux de couverture observés contre le risque santé.

Les explications avancées à cette « faille de marché » sont multiples et ne font pas consensus. Une partie de la littérature insiste sur les effets de substitution qu'offrent la famille ou les aides publiques, qui viendraient réduire la demande d'assurance dépendance. Une autre met plutôt en avant les asymétries d'information et les phénomènes d'anti-sélection : les individus qui ont conscience du risque sont souvent âgés et ont une information privée sur leur état de santé, ce qui conduirait les assureurs à demander des primes d'assurance élevées pour se prémunir d'une sélection des « mauvais risques ». D'autres, enfin, insistent sur la difficulté, pour les assureurs, de déterminer le niveau des primes

²⁹ Voir Castle N., J. Engberg, R. Anderson et A. Men (2007) : « Job Satisfaction of Nurse Aides in Nursing Homes: Intent to Leave and Turnover », *The Gerontologist*, vol. 47, n° 2, pp. 193-204.

actuarielles, compte tenu des évolutions incertaines de la définition de la prévalence et du coût de la dépendance. Cela a conduit les assureurs français à proposer essentiellement des contrats de rente forfaitaire (dont le montant peut dépendre du niveau de dépendance), mais qui n'offrent pas de réelle couverture contre le risque dépendance.

Une faible mobilisation du patrimoine des personnes dépendantes

Selon l'Enquête patrimoine 2010 de l'INSEE, 75 % des ménages de plus de 70 ans sont propriétaires de leur résidence principale. Ce « capital dormant » a suscité de nombreuses études soulignant son potentiel pour financer des reste-à-charge élevés pour les dépenses d'hébergement en EHPAD ou l'adaptation des logements privés à un niveau de dépendance modéré³⁰. Les pouvoirs publics ont essayé depuis plusieurs années de favoriser la monétisation de ce patrimoine, avec un succès jusqu'ici limité (encadré 3).

Les options de réformes

Une première option de réforme du financement de la dépendance conserve les trois logiques actuelles des financements publics (soins/dépendance/hébergement) mais les articule autrement pour favoriser un choix plus efficient du mode de prise en charge, sans trop peser sur les budgets publics. Une alternative plus ambitieuse – car plus éloignée du système actuel – est d'instaurer une assurance-dépendance mutualisée et obligatoire pour les cas de dépendance lourde.

Option 1 : Favoriser un choix plus efficient du mode de prise en charge

Pour améliorer l'efficacité du financement public, sans toucher à l'architecture actuelle, nous proposons trois mesures.

Asseoir le financement public sur le mode de prise en charge le moins onéreux compte tenu du niveau de dépendance de la personne

Le montant de l'aide publique serait le même quel que soit le mode de prise en charge choisi, fonction uniquement d'une prise en charge de référence, prescrite par une équipe d'évaluateurs. Chacun resterait libre de s'écarter ensuite de la prescription des évaluateurs mais en supportant l'éventuel surcoût. L'opérationnalisation d'un tel dispositif supposerait de confier à des experts et des professionnels l'établissement de normes de qualité et d'un référentiel de coût, ce qui n'a rien de simple, mais nous semble envisageable, par exemple sous l'égide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le choix de la prise en charge de référence doit prendre en compte l'ensemble des surcoûts économiques de chacun des modes de prise en charge possibles et non les

3. Trois dispositifs de monétisation du patrimoine immobilier

Le viager (occupé), pratiqué de gré à gré : seule la nue-propriété (non l'usufruit) est vendue contre un capital (appelé « bouquet ») et éventuellement des rentes indexées sur l'inflation. Le marché du viager est aujourd'hui atone, avec environ 5 000 ventes par an. Il est surtout très déséquilibré avec un acheteur pour dix vendeurs et un délai de vente de plus de 18 mois. Le rapport de force est donc clairement du côté de l'acheteur. Les viagers sans rente (bouquet plein), que préfèrent souvent les vendeurs, et les logements de qualité modestes sont ainsi délaissés.

Le viager mutualisé (ou viage) : l'acheteur est un institutionnel agréé soumis à des règles ou même à des impératifs sociaux. Son portefeuille diversifié lui permet une double mutualisation : sur la date de décès des vendeurs et sur le prix de vente des logements. La Caisse des dépôts a récemment lancé un fonds viager, Certivia, visant les plus de 70 ans, avec le concours de plusieurs investisseurs institutionnels. Restent un certain nombre d'obstacles pour les vendeurs potentiels : risque de perte sèche en cas de mort précoce (surtout si les rentes sont importantes) ; enfants dépossédés de l'héritage immobilier ; rendement limité de l'opération du fait de la table de mortalité utilisée, celle des rentiers-vie, qui augmente d'autant la valeur d'usage du bien ; perte de propriété du bien. Le viager mutualisé peut fournir un complément utile, mais il couvre mal les coûts associés à la dépendance.

Le prêt viager hypothécaire institué en 2006 en France sur le mode du *reverse mortgage* anglo-saxon : prêt gagé sur le logement, contracté par un ménage propriétaire déjà âgé, qui reste chez lui, reste propriétaire (sans aliénation du bien) et reçoit un capital et éventuellement des rentes jusqu'à son décès. Ce capital et ces rentes sont remboursés à la banque au décès, lors de la vente du logement (ou le rachat par les enfants) : plus l'épargnant vit longtemps, plus la dette augmente et plus l'héritage des enfants sera amputé. Le prêt viager remédie à nombre de défauts du viager mais il souffre de deux handicaps majeurs. D'une part, il peut paraître « anti-familial » : l'héritage devient aléatoire, amputé par une dette qui augmente rapidement avec la durée de vie des parents. D'autre part, les taux d'intérêt pratiqués sont très élevés (8 %) : la banque se couvre contre le risque d'une dette accumulée dépassant la valeur du logement lors de la succession. De fait, le produit n'a connu qu'un faible succès : le stock actuel n'est que de 6 000 à 7 000 prêts viagers, essentiellement au Crédit foncier.

seules dépenses publiques. Pour les prises en charge à domicile, ceci pose la délicate question de la valorisation du surcoût en aide informelle, c'est-à-dire de l'élaboration d'un plan d'aide sans implications « supplémentaires » de l'entourage. C'est cependant une condition nécessaire pour que les prises en charge à domicile n'apparaissent pas systématiquement,

³⁰ Mésonnier J-S. (2004) : « Crédit hypothécaire et soutien à la consommation : quelles leçons tirer du modèle anglo-saxon ? », *Bulletin de la Banque de France*, n° 132.

mais faussement, les moins coûteuses³¹ et pour éviter que l'aide publique ne soit d'autant moins généreuse que l'entourage s'implique dans l'aide quotidienne. En outre, ce principe suppose que la disponibilité effective des prises en charge prescrites soit garantie sur l'ensemble du territoire.

Étendre l'APA au financement du surcoût d'hébergement imputable à la dépendance

Nous proposons de remplacer le système actuel combinant APA et ASH par une seule prestation, une « APA-étendue » qui couvrirait l'ensemble des dépenses de dépendance autres que les soins, y compris le surcoût d'hébergement dû à la dépendance (tableau 4). À domicile, ce surcoût, qui correspond essentiellement aux dépenses d'aménagement du logement, relève déjà d'un financement par l'APA. En établissement d'hébergement collectif (médicalisé ou non), il correspondrait au surcoût en frais d'hébergement par rapport à un indicateur de coût de la vie standard³². Le reste-à-charge incombant aux personnes dépendantes comprendrait donc un montant fixe de dépenses d'hébergement et une part, croissante avec le revenu, du surcoût d'hébergement et des dépenses de dépendance *stricto sensu* (graphique). Ce système aurait plusieurs avantages : supprimer le recours judiciaire aux obligés alimentaires, réduire les inégalités territoriales d'accès à la solidarité publique, s'appliquer facilement à toute forme innovante de prise en charge³³, et assurer une plus grande neutralité de l'aide publique face au choix de prise en charge des personnes selon leur niveau de revenu et leur entourage. Supprimer le principe de subsidiarité n'est cependant pas anodin pour les budgets publics. Le risque d'accroissement de la demande pour les prises en charge en EHPAD, lié à l'harmonisation des financements publics est contenu par la première mesure proposée, puisque le financement public ne serait accordé sur la base du coût d'une prise en charge en EHPAD que si celle-ci est la plus efficiente. En revanche, en raison du fort taux de non-recours à l'ASH, l'option d'une APA-étendue est susceptible de représenter un surcoût pour les finances publiques (dont l'estimation précise nécessiterait un travail approfondi prenant en compte les variations de comportement), en même temps qu'une meilleure prise en charge.

Instauration d'un prêt-dépendance

La réforme des aides publiques n'éliminera pas des restes-à-charge potentiellement importants, d'autant plus que l'amélioration de la qualité impliquera un renchérissement des services de prise en charge. Pour y faire face, nous proposons d'instaurer en complément un prêt-dépendance pour faciliter la mobilisation du patrimoine immobilier des ménages³⁴. Le

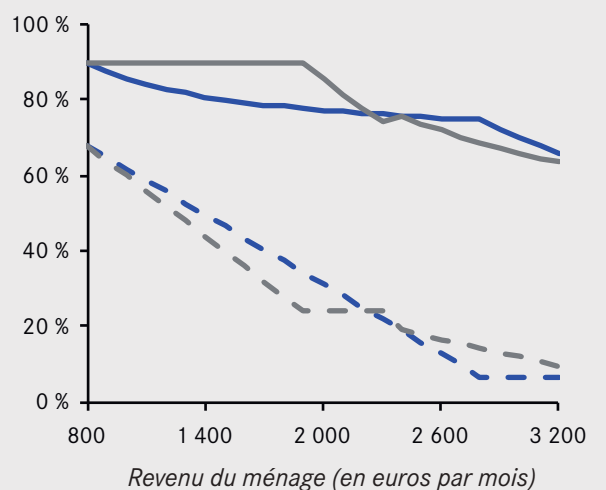
4. Prise en charge publique des dépenses après réforme

	À domicile	Établissement médicalisé	Résidence à services intégrés
Soins	Assurance-maladie	Assurance-maladie	Assurance-maladie
Dépendance	APA-étendue ^a	APA-étendue ^a	APA-étendue ^a
Hébergement	APA-étendue ^a	APA-étendue ^a	APA-étendue ^a

Note : ^a Fonction du niveau du GIR et décroissante du revenu.

Source : Auteurs.

Taux d'effort des ménages et taux de couverture des dépenses par la solidarité publique dans le système actuel et dans le système d'APA-étendue



— Taux d'effort des ménages (APA-étendue)
 — Taux d'effort des ménages (ASH + APA)
 - - Taux de couverture publique des dépenses (APA-étendue)
 - - Taux de couverture publique des dépenses (ASH + APA)

Lecture : Cas type : coût mensuel de prise en charge hors soins de 2 400 euros, soit 52 euros par jour de frais d'hébergement et 23 euros par jour de dépenses de dépendance *stricto sensu*.

Le taux de couverture correspond à la part des dépenses financées par la solidarité publique. Le taux d'effort correspond au poids du reste à charge dans le revenu des ménages. Pour une personne disposant d'un revenu mensuel de 1 400 euros par mois, la solidarité collective couvre aujourd'hui 44 % du coût de la prise en charge contre 50 % dans le système proposé. Son reste à charge représente aujourd'hui 90 % de son revenu et en représenterait 81 % dans le système proposé. Pour une personne disposant d'un revenu mensuel de 2 800 euros par mois, le taux de couverture passerait de 14 % aujourd'hui à 7 % et le taux d'effort de 69 à 75 %.

La simulation ne prend pas en compte la diversité des prises en charge selon les départements.

Source : Calculs des auteurs.

prêt-dépendance vise à remédier à deux maux essentiels du prêt viager standard : son caractère « antifamilial » et un taux

³¹ Bouget D. et R. Tartarin (eds), Frossard A. et Tripier P. (1990), *Le prix de la dépendance. Comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement*, La Documentation française. Hebert R., N. Dubuc et M. Buteau (1997) : « Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie », *Étude et Analyse*, n° 33, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Montréal).

³² Par exemple, 90 % du montant actuel de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (soit 801 euros par mois au 1^{er} juin 2016) ou un seuil calé sur les plafonds de l'allocation personnalisée au logement.

³³ Pour les nouvelles formes d'habitat collectif évoquées précédemment, le surcoût en termes de loyer entrerait logiquement dans le périmètre d'application de cette APA-étendue.

³⁴ Voir Masson A. (2015) : « L'épargnant propriétaire face à ses vieux jours », *Revue Française d'Économie*, n° 30, pp. 129-177.

d'intérêt trop élevé. Il ne peut se développer qu'à une double condition : que les enfants participent au choix d'une opération qui leur paraît acceptable, loin d'être une spoliation de l'héritage ; et que la durée de vie de l'emprunteur soit limitée (cela diminue le risque que la dette cumulée dépasse le prix de vente du bien et permet en retour à la banque d'offrir des taux moins élevés). Le prêt-dépendance ne serait accordé qu'à une personne en dépendance avérée et certifiée (GIR 1 à 3), pour financer les coûts élevés de sa prise en charge, soit que l'emprunteur désire rester chez lui, soit qu'il parte en institution : dans le premier cas, l'espérance de vie, beaucoup plus courte et mieux contrôlée, permettrait à la banque d'abaisser ses taux à 4 % (selon des experts du secteur) ; dans le second, le prêt pourrait servir de prêt relais avant la vente du logement par la famille, selon un délai fixé à l'avance autorisant des taux d'intérêt encore plus bas. Le produit tiendrait compte du fait que l'emprunteur n'a le plus souvent qu'une propriété partielle du bien qu'il partage avec son conjoint ou ses enfants : la personne dépendante n'étant plus vraiment en état de décider seule, la décision (difficile) d'emprunter serait en général collective au sein de la famille – ce qui est d'autant plus justifié que la propriété du bien est elle-même souvent collective³⁵. Ce prêt-dépendance serait réversible, permettant à la famille d'anticiper le remboursement de la dette accumulée au moment de la disparition du parent âgé (ou de son départ en EPHAD) si elle veut garder le bien immobilier. Notons que, pour les personnes dotées d'un patrimoine immobilier mais de revenus modestes, le prêt-dépendance s'apparenterait à l'actuelle ASH, sans mise à contribution des obligés alimentaires du vivant du bénéficiaire.

Recommandation 4a. Asseoir l'aide publique sur le mode de prise en charge le moins onéreux compte tenu du niveau de dépendance de la personne. Supprimer l'Aide sociale à l'hébergement (ASH) et étendre le financement par l'Aide personnalisée d'autonomie (APA) aux surcoûts en hébergement. Instaurer un prêt-dépendance accessible en cas de dépendance forte et certifiée.

Option 2 : Instaurer une assurance obligatoire contre le risque de dépendance lourde

Les cas de dépendance lourde (GIR 1, 2 et 3) sont peu fréquents ou durables, mais avec des restes à charge élevés.

³⁵ S'il existe un conjoint survivant à l'emprunteur dépendant, le prêt ne peut porter que sur une résidence secondaire ou un bien à usage locatif, à moins que ce dernier ait les moyens de quitter le logement commun au décès de l'emprunteur. Voir Bonnet C., Juin, S. et A. Laferrère (2016) : *Financing Long-Term Care Through Housing In Europe*, Mimeo.

Les gains de l'assurance sont alors très importants en termes de bien-être. Or, on l'a vu, le marché ne parvient pas, pour diverses raisons, à fournir cette assurance. Une option ambitieuse consisterait donc à mettre en place un dispositif à deux étages :

- une assurance mutualisée et obligatoire pour le risque de dépendance lourde, couvrant l'intégralité de la population ;
- un financement public sous condition de ressources pour les situations de dépendance légère.

Le recentrage des budgets aujourd'hui affectés au financement de l'APA permettrait de mettre en place une assurance du risque de dépendance lourde qui couvrirait très largement l'ensemble des surcoûts liés à la dépendance (soins, dépendance *stricto sensu* et hébergement). On pourrait concevoir soit une assurance publique comme une nouvelle branche de la Sécurité sociale, soit une assurance obligatoire et mutualisée sur la base d'un contrat défini par la puissance publique dont la gestion serait confiée à des assureurs privés en concurrence régulée.

Le risque de dépendance légère ne pose véritablement problème que pour les ménages à faibles ressources, ce qui justifie un dispositif de soutien, mais non une assurance obligatoire et universelle. En revanche, la dépendance lourde touche l'ensemble de la population, avec un risque potentiellement catastrophique comme le sont les hospitalisations dans le cadre de l'assurance maladie.

Recommandation 4b. Mettre en place une assurance obligatoire avec mutualisation du risque de dépendance lourde.

Une bonne prise en charge du risque de dépendance – particulièrement la dépendance lourde – est un enjeu majeur pour le bien-être des individus durant leur cycle de vie. L'amélioration de la prise en charge sera coûteuse, mais des marges de manœuvre existent pour améliorer l'efficacité du système et mieux mobiliser les financements privés. ●



**conseil d'analyse
économique**

Le Conseil d'analyse économique, créé auprès du Premier ministre, a pour mission d'éclairer, par la confrontation des points de vue et des analyses de ses membres, les choix du Gouvernement en matière économique.

Présidente déléguée Agnès Bénassy-Quéré

Secrétaire générale Hélène Paris

Conseillers scientifiques

Kevin Beaubrun-Diant,
Jean Beuve, Clément Carbonnier,
Manon Domingues Dos Santos

Assistante de recherche

Amélie Schurich-Rey

Membres Maya Bacache-Beauvallet,

Agnès Bénassy-Quéré, Antoine Bozio, Pierre Cahuc,
Lionel Fontagné, Cecilia García-Peñalosa,
Corinne Prost, Xavier Ragot, Jean Tirole,
Alain Trannoy, Natacha Valla, Reinhilde Veugelers,
Étienne Wasmer, Guntram Wolff

Correspondants

Yann Algan, Anne Perrot, Christian Thimann

Les Notes du Conseil d'analyse économique

ISSN 2273-8525

Directrice de la publication Agnès Bénassy-Quéré

Rédactrice en chef Hélène Paris

Réalisation Christine Carl

Contact Presse Christine Carl

christine.carl@cae-eco.fr Tél. : 01 42 75 77 47