



CINQUIÈME RISQUE : LE RAPPORT D'ÉTAPE DE LA MISSION D'INFORMATION DU SÉNAT

Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque

Présidée par M. Philippe MARINI (UMP – Oise)

Rapport d'étape de M. Alain VASSELLE (UMP - Oise)

La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie : une implication forte des finances publiques

➤ La dépense publique liée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées peut être aujourd'hui évaluée à environ **19 milliards d'euros**, soit l'équivalent d'un point de produit intérieur brut. En termes d'effort public, la France se situe au même niveau que ses principaux partenaires européens.

Ce coût est principalement supporté par l'assurance maladie (60 %) et les départements (20 %). L'Etat intervient essentiellement à travers des dépenses fiscales. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) complète ces financements avec des ressources propres affectées : fraction de CSG et contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

L'effort public en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie en 2008

(en millions d'euros)

Etat	390
Assurance-maladie	11 400
Départements	4 200
dont APA	3 020
CNSA	2 970
dont APA	1 520
Total	18 960

Source : projections de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

➤ **L'allocation personnalisée (APA)** a été créée par la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Elle s'est substituée à la prestation spécifique dépendance (PSD), mise en place en 1997.

Son montant a atteint **4,5 milliards d'euros** en 2007, dont les deux tiers à la charge des départements et un tiers de la CNSA.

Le nombre des bénéficiaires de l'APA était de **1 078 000** au 31 décembre 2007, dont 61 % résidaient à domicile et 39 % étaient hébergés en établissement.

Leur taux de croissance est en diminution par rapport aux tendances constatées depuis le début de la décennie, mais reste élevé : + 5,1 % entre 2007 et 2006, contre + 8,1 % l'année précédente.

L'APA est une prestation en nature versée dans la limite d'un plafond fonction du Gir (groupe iso-ressources) d'appartenance du bénéficiaire, pour les personnes classées dans les Gir 1 à 4. Au 1^{er} janvier 2008 les plafonds étaient :

Gir 1 : 1 208,94 €

Gir 2 : 1 036,19 €

Gir 3 : 777,32 €

Gir 4 : 518,55 €.

➤ **Les dépenses de soins** dispensées dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes s'élevaient à 7,7 milliards d'euros, dont 6,8 milliards pris en charge par l'assurance maladie (Ondam médicosocial personnes âgées et longs séjours hospitaliers) et 0,9 milliard par la CNSA. On estime, par ailleurs, à 4,6 milliards d'euros les dépenses de soins de ville et de court séjour hospitalier dues aux personnes âgées dépendantes.

➤ Depuis 1997, les établissements appliquent une **tarification ternaire** : un tarif dépendance pris en charge par l'APA (sous réserve du ticket modérateur acquitté par le bénéficiaire), un tarif soins versé par l'assurance maladie et un tarif hébergement dont la charge incombe à la personne hébergée et à sa famille.

➤ Plusieurs **plans pluriannuels** ont été mis en œuvre ces dernières années pour accroître l'offre de structures d'accueil pour personnes âgées :

- le plan « Vieillesse et solidarités » qui a couvert la période 2003-2006 ;

- le plan « **Solidarité-Grand Age** », adopté en 2006 et confirmé en 2007, dont l'application s'étend jusqu'en 2012. Initialement prévu pour permettre d'apporter 2,3 milliards d'euros supplémentaires à l'assurance maladie, son coût a été réévalué à 4 milliards (dont 0,9 milliard au titre des créations de place et 2,6 milliards pour l'effort de médicalisation). A compter de 2008, le nombre des créations annuelles de lits en Ehpad a été porté de 5 000 à 7 500 afin de prendre en compte l'objectif de maintien du taux d'équipement (467 places/mille habitants de plus de 85 ans).

- les trois plans « **Alzheimer** » : en 2001, 2004 et 2008, ce dernier plan couvrant la période 2008-2012.

➤ La loi Handicap du 11 février 2005 a par ailleurs créé un outil de gestion décentralisé : les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (**Priac**). Élaborés au niveau régional, les Priac doivent tenir compte des schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale (SDOSMS) définis par les conseils généraux.■

Enjeux et défis

Vieillesse de la population et finances publiques

➤ Selon les projections de l'INSEE, la population des **plus de 75 ans** devrait **doubler** approximativement, en nombre et en proportion, d'ici à **2050** (de 8 % à près de 16 %, soit 11 millions de personnes).

D'ici à 2015, les plus de 85 ans vont croître de moitié (de 1,3 million à 2 millions d'individus)

➤ La prévalence de la dépendance n'augmentera pas au même rythme, car l'état de santé des générations futures va continuer de s'améliorer. Trois facteurs d'entrée en dépendance sur quatre devraient voir leur poids diminuer : les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'arthrose et les problèmes coronariens. Les schémas d'évolution du quatrième - les **démences** - sont beaucoup plus difficiles à définir et constituent la **principale inconnue** des projections concernant la dépendance.

➤ Si le nombre de personnes âgées dépendantes devrait croître en moyenne de 1% par an, **l'évolution ne serait pas linéaire** : une première accélération est en cours et devrait connaître un pic en 2012 ; une période

creuse la suivra du milieu de la prochaine décennie jusqu'à la fin des années 2020. Une seconde et forte accélération se produira alors, correspondant à l'arrivée au grand âge des générations du baby-boom.

➤ **A l'horizon 2025**, à la veille du second pic de croissance du nombre des personnes âgées dépendantes, le vieillissement de la population pourrait engendrer des dépenses supplémentaires de l'ordre de 2 à 3 points de Pib. La dépendance, à elle seule, absorberait un demi-point pour atteindre **1,5 % de la richesse nationale**.

➤ Il existe d'ores et déjà un important sujet d'interrogation sur le rythme d'évolution actuel de l'APA, dont la montée en charge devrait pourtant être achevée et dont les taux de progression demeurent sensiblement plus élevés que ceux de la population âgée dépendante. En particulier, les Gir 4 à domicile continuent de croître au rythme de 10% par an.

➤ Dans les faits, ce sont **les départements** qui ont absorbé l'essentiel du boum de croissance de l'APA depuis sa création : alors que l'Etat, via la CNSA, contribuait à 43 % de son financement à l'origine, sa part est tombée au tiers en 2007.

Efficiences de la dépense publique en établissement d'hébergement

- La gestion du risque est un concept quasi-absent dans la gestion du secteur médico-social.
- **86 %** des Ehpad sont financés par un **forfait soins partiel** qui n'inclut ni les honoraires médicaux, ni le plus souvent les dépenses de médicament ; ce système de tarification contredit la logique de tarification à l'activité en vigueur en matière de soins et n'incite pas les gestionnaires à améliorer leur productivité.
- A service rendu identique, les **écarts de coûts** de fonctionnement à la place dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes vont **de 1 à 3**, sans autre justification que le maintien de dotations reconduites d'année en année sur des bases historiques.

Restes à charges et solidarités familiales

- **Les ménages** acquittent au moins **7 milliards d'euros** par an en complément des ressources fournies par la solidarité nationale pour la couverture des frais liés à la dépendance : 650 millions pour le ticket modérateur de l'APA à domicile, 700 millions pour le ticket modérateur en institution et 5,7 milliards au titre des frais d'hébergement en Ehpad (nets des aides au logement et de l'aide sociale des départements). Cette estimation *a minima* ne comprend pas les dépenses non prises en charge dans le cadre des plans d'aide à domicile.
- Près de **80%** des personnes hébergées en institution disposent d'un revenu inférieur au coût de leur séjour. En moyenne, le montant mensuel du tarif hébergement est de 1 500 euros et le ticket modérateur de l'APA est de 140 euros. Les retraites brutes sont de l'ordre de 1 200 euros (1 000 euros pour les femmes, qui sont les plus nombreuses en établissement).

Les aides apportées (allocations logement et réduction d'impôt) sont ciblées sur les bas et sur les hauts revenus, créant une **courbe en U** au détriment des classes moyennes qui apparaissent délaissées.

- A domicile, les plans d'aide des personnes isolées, sans aidants familiaux, sont **deux fois plus** souvent au plafond légal que ceux des personnes entourées par leurs proches ou le voisinage. Les plans d'aide prennent également insuffisamment en compte les spécificités des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en phase initiale.

Marché assurantiel et attentisme

- Le nombre des souscripteurs à un contrat d'assurance contre le risque de dépendance (individuels ou dans un cadre collectif) est de 2,5 à **3 millions**, ce qui place le marché français au deuxième rang mondial après les Etats-Unis. La performance doit cependant être relativisée au regard des 13 millions de retraités.
- Après avoir beaucoup progressé à la fin des années 1990, le marché de la dépendance a enregistré une inversion de tendance assez sensible en 2006 et 2007. Beaucoup d'assurés potentiels sont en attente des décisions de financement qui seront prises.
- Du point de vue des assureurs : il existe un **problème de sensibilisation** du public, notamment du public jeune, à l'égard d'un risque dont la réalisation est aléatoire et éloignée dans le temps ; par ailleurs, la couverture de la dépendance légère ou moyenne est difficilement assurable.
- Du point de vue des assurés : la demande se porte plutôt vers des **prestations en nature** (offre de services), alors que les assureurs privilégient les sorties en rentes.

Simplifications et décloisonnements

- L'enchevêtrement des compétences entre les acteurs de la dépendance (départements, Etat, CNSA, assurance maladie...) reste important et complique la prise de décision.
- L'une des justifications de la création des **agences régionales de santé (ARS)** est le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. L'enjeu est de taille : la reconversion de lits entre les deux secteurs offre un potentiel d'économie d'un milliard d'euros pour l'assurance maladie et permettrait le transfert de 30 000 lits vers les Ehpad.

Des enseignements des pays étrangers ?

Les exemples étudiés par la Mission apparaissent pour l'instant peu probants :

- La **Grande-Bretagne** n'a pas fait jusqu'à présent de la dépendance une priorité de ses réflexions dans le domaine social.
- L'**Allemagne** a créé dès 1995, au sein de la sécurité sociale, une branche dépendance aujourd'hui en situation de déficit structurel. Le plan de sauvetage qui vient d'entrer en vigueur cessera de produire ses effets en 2014.■

Les principales orientations proposées par la Mission

1. Un effort plus équitable en direction des bénéficiaires de l'APA à domicile

- Relever les **plafonds** d'aide de façon ciblée pour les personnes isolées et les patients atteints de maladies neurodégénératives (comprenant une aide accrue aux aidants de patients atteints d'Alzheimer)
- Permettre une revalorisation des **plans d'aide**
- Améliorer la grille **Aggir** pour parvenir à un usage uniforme de cet outil sur tout le territoire et mieux prendre en compte la spécificité des maladies neurodégénératives. A défaut, adopter un autre outil
- Solliciter les **patrimoines** les plus élevés par le choix offert à l'entrée en dépendance entre une APA à 50% ou une prise de gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé (seuil à fixer à partir de 150 000 euros)

2. Un reste à charge maîtrisé et une dépense plus efficace en établissements d'hébergement

- Transférer les dépenses d'animation-service social et une part accrue des charges de personnels d'entretien du tarif hébergement sur le tarif dépendance ; alléger le tarif dépendance de la part des charges d'aides-soignants qui lui incombent pour les reporter sur le tarif soins (diminution de près de 200 euros du **reste à charge** pour les familles ; opération neutre pour les départements ; transfert d'un milliard d'euros de charges nouvelles sur l'assurance maladie)
- Etablir une **échelle dégressive** de versement de l'APA en établissement
- Accroître l'**efficacité** de la dépense de soins en établissement en agissant dans trois directions principales : la généralisation des **forfaits globaux**, la résorption des écarts de coûts par la mise en place d'une **convergence** des tarifs soins (gain potentiel de 350 millions d'euros), la **reconversion** de lits de court séjour en lits d'Ehpad (gain potentiel de 200 à 300 millions d'euros)
- Mettre en place des **référentiels de coûts** d'hébergement et rendre ces référentiels opposables, afin de garantir que la diminution du reste à charge bénéficiera bien aux bénéficiaires et à leurs familles
- Réallouer pour partie au secteur médicosocial, dans la transparence, les ressources de **CSG** correspondant aux **excédents** à venir de la branche Famille (4 milliards d'euros en 2012)

3. Une articulation à définir entre le socle solidaire et l'étagage de financement assurantiel

- Instituer un **processus conjoint** administrations publiques/assureurs pour le déclenchement des prestations en cas de dépendance
- Garantir la « **portabilité** » des contrats pour les souscripteurs qui souhaiteraient changer d'assureurs
- Permettre la déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance sur un contrat épargne retraite, dans les mêmes conditions que les cotisations de base aux régimes d'épargne (**PERP**)
- Ouvrir la possibilité de convertir des contrats d'**assurance vie** en contrats dépendance, sans que cette transformation ne soit considérée comme une novation fiscale, c'est-à-dire sans coût ou pénalité pour l'assuré
- Réfléchir au développement de mécanismes facilitant pour **les personnes à bas ou moyens revenus** la souscription, sur une base volontaire, d'un contrat de prévoyance

4. Une gouvernance à renforcer et à simplifier

- Etablir un **partage à égalité** Etat (CNSA)/ Départements pour le financement de l'APA
- Modifier les critères de **péréquation** pour la répartition de l'enveloppe d'APA afin de garantir une approche plus juste de la charge objective pour les départements (suppression de la référence au RMI ; institution d'un critère de revenu des ménages)
- Créer un conseil d'administration de la **CNSA** dans lequel seraient représentés l'Etat et les départements ; associer les assureurs dans le cadre d'un comité spécifique
- Prévoir l'élaboration conjointe des **PRIAC** par les départements et les futures ARS au travers d'une structure de concertation
- Expérimenter, sur une base volontaire, une **gestion déléguée aux départements** des crédits d'assurance-maladie des Ehpad