

DOSSIERS solidarité et *santé*

Le compte de la dépendance

en 2011 et à l'horizon 2060

N° 50

Février 2014

En 2011, les dépenses publiques de prise en charge de la perte d'autonomie ont atteint 21,1 milliards d'euros, soit 1,05 point de PIB. Évaluée dans une optique ciblée sur le surcoût de la dépendance, cette somme recouvre les dépenses au titre des dépenses de santé (pour 11,0 milliards d'euros), de prise en charge médico-sociale (8,0 milliards d'euros) et de l'hébergement (2,1 milliards). En incluant les sommes à la charge des ménages, la dépense totale atteindrait 28,3 milliards en 2011, soit 1,41 % du PIB.

À l'horizon 2060, la prise en charge publique de la perte d'autonomie s'élèverait dans le scénario intermédiaire étudié à 35 milliards d'euros en valeur équivalente de 2011, soit 1,77 point de PIB. Cet accroissement, continu sur la période de projection, serait plus marqué entre 2025-2040 du fait de la démographie. Pour estimer la sensibilité des résultats à différentes hypothèses macro-économiques, démographiques ou d'indexation, plusieurs scénarios ont été simulés. Si les résultats ne sont pas sensibles en part de PIB aux hypothèses macro-économiques retenues, ils le sont en revanche aux hypothèses démographiques et législatives. Les hypothèses d'indexation des différentes aides sociales et fiscales dont bénéficient les personnes âgées dépendantes ont en effet une influence marquée, non sur le montant global, mais sur la répartition de la dépense entre financeurs publics et ménages.



Axel Renoux, Romain Roussel, Catherine Zaidman

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Ministère de l'Économie et des Finances

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

Sommaire

Le compte 2011 de la dépendance	5
Axel Renoux et Romain Roussel.....	5
1 – Quel champ retenir pour le compte de la dépendance ?.....	5
2 – L’approche surcoût adoptée aboutit à un montant de dépenses de soins spécifiques de 11,0 milliards d’euros pour l’année 2011	7
3 – En 2011, les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance s’élèvent à 21,1 milliards	10
4 – Une prise en charge variable selon la nature des dépenses et le niveau de dépendance.....	12
Annexe 1 – Définition de la population dépendante.....	15
Annexe 2 – Comparaison de l’ancienne et de la nouvelle estimation du compte de la dépendance .	16
Les projections de dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes à l’horizon 2060	19
Romain Roussel et Catherine Zaidman	19
1 – Les principaux apports du nouvel exercice de projection	19
2 – Les hypothèses exogènes sous-jacentes aux exercices de projection	20
3 – Des résultats sensibles aux hypothèses démographiques et d’indexation	23
4 – Le compte complet de la dépendance à l’horizon 2060	31
Annexe 1 – La méthodologie de projection	34
Annexe 2 – Les principales hypothèses démographiques sous-tendant la projection des dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes	36
Annexe 3 – les scénarios macro-économiques	39
Liste des sigles.....	41
Bibliographie.....	42

Le compte 2011 de la dépendance

Axel Renoux et Romain Roussel

Dans le cadre de travaux de projection à l'horizon 2060 coordonnés par le Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), le compte de la dépendance a été réactualisé par la Drees. En retenant une approche strictement ciblée sur le surcoût de la dépendance, les dépenses publiques¹ relatives à la dépendance se seraient élevées à 21,1 milliards d'euros en 2011, soit 1,05 % du PIB. Ces financements publics se répartiraient en : 11,0 milliards d'euros pour les dépenses de santé occasionnées par la dépendance, 8,0 milliards d'euros de dépenses médico-sociales et 2,1 milliards d'euros de dépenses d'hébergement.

Tous financeurs confondus, les dépenses s'établiraient à 28,3 milliards en 2011, soit 1,41 % du PIB, dont 7,2 milliards seraient supportés par les ménages, essentiellement au titre de l'hébergement. Un peu plus de la moitié de cette somme serait consacrée à la prise en charge des personnes les plus fortement dépendantes (celles en GIR 1 et 2) qui représentent 3 % de la population des 60 ans et plus.

La Sécurité sociale serait le premier apporteur de ressources tant à domicile qu'en établissement (elle représente 53 % de la dépense prise en charge), devant les ménages (25 %) et les collectivités territoriales (18 %), la contribution de l'État étant très limitée (3 %).

1 – Quel champ retenir pour le compte de la dépendance ?

Les travaux menés en 2011 dans le cadre des groupes animés par Bertrand Fragonard et par Jean-Michel Charpin avaient permis d'établir un « compte de la dépendance » et d'estimer les enjeux financiers associés à l'horizon 2040. Ces travaux ont mis en évidence les difficultés et les questions que posait l'évaluation du compte et la sensibilité des résultats obtenus à moyen-long terme aux hypothèses démographiques et institutionnelles retenues.

En particulier le choix du périmètre des dépenses a suscité des questions (voir détails dans l'encadré 1) : devait-on retenir l'intégralité des dépenses des personnes âgées dépendantes - en santé notamment - ou seulement leurs dépenses spécifiques ? Devait-on réserver l'analyse aux seules dépenses publiques ou l'élargir aux dépenses laissées à la charge des ménages ? Devait-on intégrer dans l'analyse le coût implicite de l'aide familiale ? Les définitions mêmes de la situation de dépendance sont apparues multiples : selon les critères retenus pour définir la dépendance – critère de restrictions d'activité², critère de nature médico-sociale (grille AGGIR³), ou encore critère administratif (personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie - APA -) – le nombre de personnes dépendantes varie.

Or, les choix retenus pour la définition du champ ne sont pas sans conséquences sur l'appréciation portée sur les enjeux, que ce soit à court ou à long terme.

¹ Y compris aides fiscales.

² Critère retenu dans les enquêtes sur l'état de santé : besoins en aides pour les activités de la vie quotidienne (AVQ : se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes) ou en aides pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ : faire ses courses, sa lessive, le ménage, préparer les repas, ou encore gérer son budget et se déplacer à l'extérieur de chez soi).

³ La grille « autonomie gérontologique groupes iso-ressources » (AGGIR) permet de classer les personnes par niveau de gravité de dépendance, grille utilisée pour définir le champ des personnes pouvant bénéficier de l'APA (cf. annexe 1).

ENCADRÉ 1

Les différentes approches possibles de la dépendance et de sa dépense

Cet encadré présente de manière synthétique les principales options possibles quant à l'évaluation des dépenses afférentes aux personnes âgées dépendantes, en fonction de la définition retenue. En effet, celle-ci est susceptible de recouvrer différentes acceptions selon le type d'approche retenue et ce, à plusieurs titres :

- Tout d'abord, en termes de champ de la population considérée : selon les cas, on peut par exemple être amené à retenir comme critère l'ensemble des personnes ayant dépassé un certain âge, fixé conventionnellement (par exemple, 75 ou 80 ans) et consommant certains soins considérés comme marqueurs d'une situation de dépendance (par exemple, les actes infirmiers de soins - AIS), ou un critère de nature médico-sociale (les personnes de plus de 60 ans, classées en groupes iso-ressources (GIR) 1 à 6 dans la grille AGGIR – voir annexe 1 – et donc potentiellement éligibles à l'APA pour certaines d'entre elles), ou encore un critère de restrictions d'activité (celui-ci est apprécié en décomposant les activités en activités de la vie quotidienne - AVQ - : se lever, se laver, s'habiller, s'alimenter, aller aux toilettes ; et en activités instrumentales de la vie quotidienne - AIVQ - : faire ses courses, son ménage, se déplacer à l'extérieur de chez soi, faire sa lessive, gérer son budget...) ou enfin un critère purement administratif (les personnes âgées ayant effectivement bénéficié de l'APA, ce qui exclut de fait le non recours et les GIR 5 et 6, non éligibles à l'aide).

Les résultats de ces différentes approches peuvent être assez variables en termes d'effectifs concernés : ainsi, une extrapolation de la population dépendante à domicile en pseudo-GIR 1 à 4 issue de l'enquête HSM conduit à près de 900 000 personnes, contre un peu plus de 700 000 bénéficiaires effectifs de l'APA à domicile en GIR 1 à 4 début 2011 estimés pour la France entière à partir de l'enquête annuelle de la Drees sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale et l'APA.

- En termes d'étendue du périmètre de la dépense à prendre en compte : en fonction de l'objet que l'on cherche à analyser (la consommation totale ou le surcroît de dépense imputable à la perte d'autonomie) et de la nature des dépenses que l'on souhaite comptabiliser (y compris ou non les dépenses de prévention, avec prise en compte ou non du temps passé par les aidants familiaux). Dans une approche surcroît de dépense, il convient, par exemple, pour les dépenses de soins, de cibler spécifiquement les actes médicaux et paramédicaux et les dispositifs médicaux spécialement dévolus à la prise en charge de la dépendance aussi bien à domicile qu'en établissement.

- Enfin, en termes de financeur initial ou final de la dépense en faveur des personnes âgées dépendantes : selon que l'on s'intéresse à une analyse du « reste à charge » des personnes ou à l'effort public de la collectivité ou des différents acteurs du système en leur faveur, une approche plus ou moins restrictive de la notion de dépense peut s'avérer pertinente. Dans son acception la plus large, celle-ci peut recouvrer - *en sus* de la dépense publique et de la dépense des ménages de personnes âgées dépendantes - une valorisation du temps passé par les aidants familiaux.

Au-delà de cette typologie qui peut être faite de la notion de dépense, se pose la question de sa mesure, son identification pouvant rencontrer d'importantes difficultés techniques.

Dans le dernier exercice mené par la Drees pour le HCFiPS, en articulation avec les travaux de projection effectués pour le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), les choix suivants ont été retenus :

- L'approche surcoût de la dépense a été systématiquement retenue, en particulier les dépenses de soins ont été évaluées en surcoût ce qui n'avait pas pu être fait initialement pour l'évaluation du compte de la dépendance dans le cadre des travaux conduits en 2011 (*cf.* annexe 2) ;
- Pour évaluer les dépenses, ont été considérées comme personnes dépendantes celles classées en GIR 1 à 4 selon la grille AGGIR (seules éligibles à l'APA). Toutefois, il a semblé pertinent d'inclure également certaines dépenses des personnes classées en GIR 5 et 6 : les dépenses de prévention visant à lutter contre la perte d'autonomie (en particulier les dépenses d'aide sociale des collectivités territoriales et des régimes de retraite et les dépenses de soins des SSIAD) ou encore des dépenses correspondant à des situations pouvant être assimilées à de la perte d'autonomie (dépenses en établissement) ;
- Le champ de la dépense retenue peut être qualifié de large : il regroupe l'ensemble des dépenses de soins, de dépenses médico-sociales d'aide à la personne et d'hébergement quel que soit le financeur – État, Collectivités territoriales, Sécurité sociale et ménages –, pour autant que l'on ait été capable de les évaluer⁴. Pour des raisons méthodolo-

⁴ Ne sont pas prises en compte ici les dépenses à la charge des ménages susceptibles d'être financées par des rentes d'assurance dépendance, ni les primes versées par les ménages pour ces contrats.

riques, sont exclues cependant de l'analyse à la fois les dépenses en faveur de l'autonomie financées par les ménages au-delà du plan d'aide de l'APA et les aides informelles apportées aux personnes âgées dépendantes par leurs proches. Des travaux du secrétariat général du Haut Conseil à la famille avaient estimé entre 7 à 11 milliards d'euros l'apport des aidants familiaux, sur des bases conventionnelles, dans un rapport daté du 16 juin 2011. En effet, ce type d'aide est par nature complexe à quantifier⁵ et sa valorisation⁶ fait également débat, aussi s'agissait-il d'ordres de grandeur nécessairement fragiles.

2 – L'approche surcoût adoptée aboutit à un montant de dépenses de soins spécifiques de 11,0 milliards d'euros pour l'année 2011

Pour la dépense publique de santé, de premiers résultats de travaux de la Drees⁷ qui visaient à évaluer le surcoût en frais de soins de la situation de dépendance ont été présentés dans le rapport de Bertrand Fragonard sur la « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ». Ce surcoût était alors estimé sur le champ des soins de ville à 1,5 milliard d'euros pour l'année 2010. Ces travaux étant préliminaires, cette estimation n'avait pas été retenue pour le précédent compte de la dépendance présenté en 2011 sur lequel avaient été réalisés les exercices de projection. Il leur avait été préféré une estimation de la dépense totale en frais de soins des personnes âgées dépendantes. Celle-ci était évaluée à 5 milliards d'euros pour les dépenses publiques de soins de ville et d'hospitalisation (cf. annexe 2).

Cette évaluation méritait d'être réexaminée. En effet, il s'agissait de l'actualisation sur une base conventionnelle (en retenant la progression 2003-2010 des sous-objectifs de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie - ONDAM - ville et établissements de santé) d'une estimation assez ancienne datant de 2005, réalisée par la Cour des comptes sur des données 2003 dans laquelle la population supposée être dépendante correspondait aux personnes de plus de 75 ans consommant des actes infirmiers de « nursing ».

Depuis lors, les travaux préliminaires de la Drees, à partir des résultats des enquêtes « handicap-santé » en ménages ordinaires (HSM) et les données issues du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) de la CNAMTS, ont été consolidés. Dans le cadre du nouvel exercice de projection et au-delà du seul réexamen des chiffres communiqués pour l'année 2010, une attention toute particulière a donc été portée à l'évaluation du bloc de dépenses relatif à la santé.

⁵ Ainsi le rapport précité précise-t-il que si un milliard d'heures par an seraient consacrées par les aidants informels aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile, ces données « doivent être interprétées avec précaution. Reposant uniquement sur des éléments déclaratifs, il est probable que le nombre d'heures d'aide des aidants familiaux soit surestimé. Ces heures recouvrent également une diversité de formes d'aides qui ne sont pas nécessairement comparables à l'aide apportée par des professionnels ».

⁶ « Pour valoriser ces heures d'aide informelle plusieurs méthodes peuvent être retenues, allant de l'estimation du coût d'opportunité des aidants informels à celle de la dépense évitée » précise le HCF, ce qui pose la question du salaire horaire d'aide à prendre pour référence (SMPT, SMIC, ou encore salaire moyen d'un professionnel du secteur sont évoqués comme des pistes possibles dans le rapport). La fourchette de 7 à 11 milliards d'euros présentée en 2011 par le HCF ne recouvre pas l'étendue du champ des possibles mais revient à valoriser, selon le cas, l'heure d'aide au SMIC net (approche coût d'opportunité pour un travail non qualifié) ou au SMIC y compris charges sociales (coût du recours à un professionnel non qualifié en gré à gré en tenant compte des exonérations dont bénéficient les personnes âgées dépendantes).

⁷ Travaux réalisés à partir de l'appariement des données de l'enquête santé en ménages ordinaires (HSM, cf. encadré 2) et des données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

ENCADRÉ 2

Les apports des enquêtes Handicap Santé Ménages (HSM) et Handicap Santé Institutions (HSI) pour l'analyse des dépenses de soins des personnes âgées dépendantes

L'enquête Handicap-Santé a été réalisée en 2008 auprès de 30 000 individus vivant à domicile pour le volet ménage (HSM) et en 2009 auprès de 9 000 individus vivant en institution (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD -, maison de retraite, établissement psychiatrique, centres d'hébergement et de réinsertion sociale - CHRS -, ...) pour le volet institution (HSI). Ce dispositif d'enquête permet d'étudier la santé et la situation au regard de la dépendance des personnes interrogées.

En établissement, le GIR effectif des personnes hébergées a directement été recueilli dans l'enquête HSI. À domicile, les niveaux de dépendance ont été mesurés en calculant un « pseudo-GIR » construit à partir des déclarations des enquêtés sur leurs activités de la vie quotidienne (AVQ ou ADL en anglais) et leurs activités instrumentales (AIVQ ou IADL en anglais) recueillies dans le cadre de l'enquête HSM. Cette définition permet d'élargir le champ d'étude à la population ciblée par l'APA, sans se restreindre aux seuls bénéficiaires de cette allocation.

En mobilisant l'enquête HSM, la Drees a ainsi réalisé une première estimation des dépenses en soins de ville des personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile. Cette enquête permet pour la première fois d'identifier les personnes dépendantes selon leur niveau de dépendance et de connaître leurs dépenses en soins de ville (hors services de soins infirmiers à domicile - SSIAD) grâce à l'appariement individuel de leurs réponses à l'enquête avec les données du SNIIRAM sur leurs dépenses de santé présentées au remboursement dans les douze mois précédant l'enquête.

Sur la base de cet appariement HSM/SNIIRAM, on dispose d'un échantillon représentatif de 7 200 personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile pour lesquelles on connaît à la fois une estimation de leur niveau de GIR (GIR 1 à 6, voir annexe 1) et leurs dépenses en soins de ville (taux de recours, dépense moyenne remboursée aux personnes ayant eu effectivement recours, ticket modérateur, dépassement, participations et forfaits divers) par grand poste (soins de généralistes, de spécialistes, consommables dont médicaments, transports, soins infirmiers cotés « actes infirmiers de soins » - AIS - et « actes médicaux infirmiers » - AMI -, soins de kinésithérapie, biologie, soins optiques et dentaires). L'échantillon renseigne également sur la présence ou non d'affections de longue durée.

Les résultats de l'appariement HSM-SNIIRAM exploité par la Drees (cf. encadré 3) ont permis de montrer que :

- les écarts de consommation de soins présentés au remboursement sont importants selon que les personnes sont en affection de longue durée (ALD) ou non ;
- pour la majorité des postes en soins de ville, les écarts de consommation de soins ne se distinguent que faiblement selon que la personne est présumée dépendante ou non⁸. Seules se distinguent les consommations en actes infirmiers de soins (AIS), en actes de masso-kinésithérapie, de certains dispositifs médicaux (matériels de type lit médicalisé, appareillage et prothèses autres que dentaires) et de transports sanitaires.

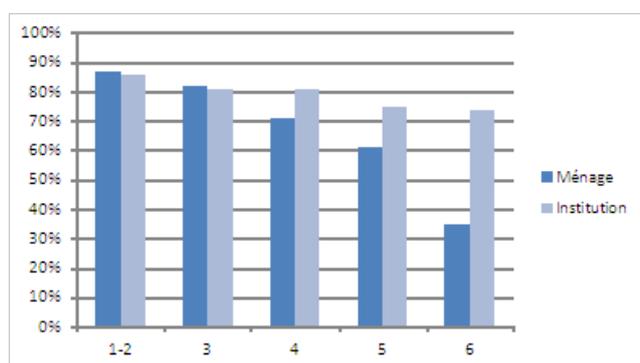
⁸ Désormais, depuis l'enquête handicap-santé, les personnes âgées « présumées dépendantes » ne sont plus repérées par leur consommation d'actes spécifiques de « nursing » (ce qui aurait conduit à un raisonnement tautologique dans cette approche, car on mesure spécifiquement le surcoût sur ce type d'actes) mais par reconstitution de « pseudo-GIR » compte tenu des limitations d'activité déclarées par les répondants à l'enquête. La grille permet ainsi de classer les personnes âgées dépendantes en fonction de leur besoin en aide humaine, exprimé en temps d'intervention par jour (GIR1: 3h30, GIR2: 3h, GIR3: 2h30, GIR4: 1h45, GIR5: 53mn, GIR6: 15 mn).

ENCADRÉ 3

Principaux résultats de l'appariement de l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) et du SNIIRAM

Si les écarts de consommation sont notables selon que les personnes sont ou non en ALD (ce qui est fréquemment le cas pour les personnes les plus dépendantes, cf. graphique 1), ils peuvent également être prononcés entre personnes âgées dépendantes selon leur degré d'autonomie. Ces graphiques, ainsi que le descriptif de l'enquête HSM, sont repris du dossier solidarité-santé n°42 de la Drees « Les dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes » de Lucie Calvet et Alexis Montaut paru en août 2013.

Graphique 1 - Prévalence d'au moins une ALD selon le GIR et le mode d'hébergement



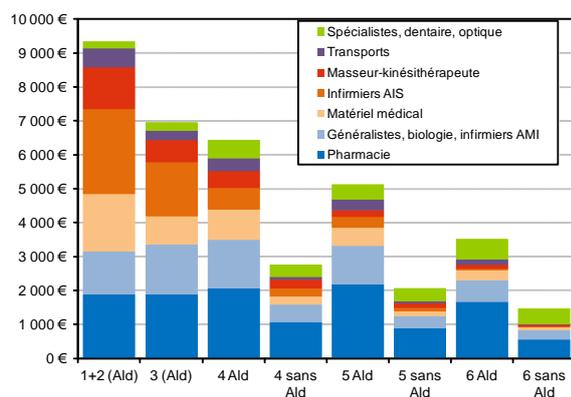
Note : La proportion de personnes en ALD est appréciée avec une plus grande marge d'erreur pour les personnes en GIR 1-2 en raison du petit nombre de personnes enquêtées dans cette situation.

Champ : France, personnes de 60 ans et plus vivant à domicile ou en EHPAD, USLD ou maison de retraite.

Sources : Insee 2007-2008 – appariement enquête Handicap-Santé Ménages – SNIIRAM, et 2009 – appariement enquête Handicap-Santé Institution – SNIIRAM, calculs Drees.

Les seules dépenses dont les montants semblent significativement différents entre les populations des personnes âgées selon qu'elles sont présumées dépendantes ou non sont celles des postes relatifs : aux actes infirmiers de « nursing », aux actes de kinésithérapie, à certains consommables spécifiques à la prise en charge de la perte d'autonomie (matériels – de type lit médicalisé, appareillage...- et prothèses autres que dentaires) et aux transports sanitaires (cf. graphique 2).

Graphique 2 - Répartition par poste de la dépense de santé en soins de ville selon le GIR et la présence ou non d'une ALD



Lecture : En moyenne, la dépense de santé présentée au remboursement des personnes de 60 ans et plus en GIR 4 et en ALD s'élève à 6 400 €. Le poste de dépense le plus élevé est celui des médicaments (2 000 €) suivi des actes de médecins généralistes, de biologie et des actes infirmiers cotés AMI (1 500 €).

Pour plus de lisibilité, les postes de dépenses qui augmentent avec le niveau de dépendance ont été représentés en orange/rouge, celles qui diminuent avec le niveau de dépendance ont été représentées en vert et celles qui augmentent pour les personnes en ALD sont représentées en bleu.

Les soins infirmier AIS sont les actes de soins infirmiers tels que la toilette, l'hygiène, la garde à domicile ou encore la prévention. Ces actes sont, par définition, à destination des personnes dépendantes.

Les soins infirmier AMI sont les actes médicaux infirmiers (prélèvement, injection, pansement...). Ces actes sont plus fréquents pour les personnes souffrant d'une ALD.

Champ : France, personnes de 60 ans et plus.

Sources : Insee 2007-2008 – appariement enquête handicap-santé-ménages – SNIIRAM, calculs Drees.

À partir de cette analyse, il a été possible d'évaluer l'écart entre les dépenses en soins de ville des personnes à domicile supposées dépendantes (GIR 1 à GIR 4) et celles des personnes supposées non-dépendantes (GIR 5 et 6) sur ces « actes traceurs » de la dépendance.

Le surcoût des actes traceurs de la dépendance y ressort à environ 1,7 milliard d'euros en 2011 (après actualisation de l'estimation relative à l'année 2008⁹) et serait supporté quasi-exclusivement par l'assurance maladie. Ajouté à la dépense en SSIAD (1,4 milliard d'euros en 2011), ce surcoût semble représentatif de la dépense publique de soins spécifiquement liée à la dépendance pour les personnes résidant à domicile. Il constitue en quelque sorte le pendant de la dépense publique de soins des résidents en établissement appréhendée *via* la notion de forfait de soins¹⁰ à travers le montant de l'ONDAM médico-social (6,6 milliards d'euros en 2011).

Le surcoût en soins de ville et en établissement pour personnes âgées est ainsi supposé correspondre au surcoût des actes traceurs en soins de ville (1,7 milliard d'euros en 2011) et aux dépenses prises en charge par l'OGD (dépenses des SSIAD et forfaits soins des EHPAD, soit 8,0 milliards d'euros en 2011 pour les GIR 1 à 4).

Pour ce qui est des dépenses hospitalières, seules les dépenses engagées au titre des USLD (1,0 milliard d'euros en 2011) sont prises en compte dans le calcul du surcoût « dépendance » ; les autres dépenses sont supposées en effet correspondre à des soins aigus pour lesquels le surcoût relatif à la perte d'autonomie est supposé nul, par convention¹¹.

Dès lors, l'estimation pour l'année 2011 du surcoût supporté par les financeurs publics au titre des soins des personnes âgées dépendantes ressort au total à 10,7 milliards d'euros pour les GIR 1 à 4. En suivant une méthodologie similaire, ce montant atteint près de 11,0 milliards d'euros pour l'ensemble des GIR 1 à 6 (comme précisé au point 1/, pour les GIR 5-6, les 300 millions d'euros du champ santé correspondent aux dépenses en SSIAD et en EHPAD).

Exprimée en parts de PIB, cette dernière dépense de soins représente 0,55 point en 2011. Elle s'établit donc logiquement à un niveau inférieur au 0,72 point du PIB 2010 de la dépense totale de soins des personnes dépendantes évaluée sous la méthodologie du rapport piloté par Bertrand Fragonard sur la « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » (pour la comparaison de l'ensemble des volets du compte de la dépendance relatifs aux financements publics avec celui établi précédemment, se reporter à l'annexe 2).

3 – En 2011, les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance s'élèvent à 21,1 milliards

Le coût total de la prise en charge de la perte d'autonomie pour les ménages et pour les pouvoirs publics est de 28,3 milliards d'euros en 2011 (*cf.* tableau 1), ce qui représente 1,41 point de PIB. La part financée par les pouvoirs publics représente 21,1 milliards d'euros, soit les trois-quarts du coût de la prise en charge de la perte d'autonomie. Le quart restant est à la charge des ménages, pour 7,2 milliards d'euros.

⁹ L'enquête HSM porte uniquement sur l'année 2008.

¹⁰ Cette dernière notion est toutefois un peu plus large puisqu'elle inclut aussi des dépenses au titre de médicaments consommés en EHPAD ayant une pharmacie intégrée et des consultations médicales qui ne sont pas toutes en lien direct avec la situation de dépendance des résidents.

¹¹ Cette présentation revient à supposer que l'ensemble des dépenses hospitalières des personnes dépendantes ainsi que les dépenses en soins de ville des résidents en établissement constituent des dépenses de soins non liées à l'état de dépendance mais à des épisodes de soins aigus qui n'ont donc pas vocation à être comptabilisées dans cette approche. Des études ultérieures pourront s'attacher à identifier, au sein des hospitalisations (notamment en soins de suite et de réadaptation), celles qui peuvent être liées à la dépendance.

TABLEAU 1

Dépense totale de prise en charge de la dépendance (montants 2011 en Md€ et parts de PIB)

Champ	Type de dépense	2011 (points de PIB)	2011 (Md€)	dont financeurs publics (Md€)	dont ménages (Md€) (1)
Santé	OGD personnes âgées	0,41%	8,3	8,3	-
	Soins de ville	0,09%	1,7	1,7	0,1
	Hôpital	0,00%	-	-	-
	USLD	0,05%	1,0	1,0	-
	Sous-total santé	0,55%	11,0	11,0	0,1
Dépendance	APA et ticket modérateur	0,35%	7,1	5,3	1,8
	Réduction IR à domicile (2)	-	-	0,1	- 0,1
	Exonérations de cotisations patronales	0,05%	1,0	1,0	-
	PCH et ACTP (60 ans et plus)	0,02%	0,3	0,3	-
	Action sociale (Collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale)	0,05%	1,0	1,0	-
	Demi-part invalidité	0,01%	0,1	0,1	-
	Autres aides fiscales (taux réduits de TVA...) et diverses (actions d'animation) (3)	0,01%	0,1	0,1	-
	Sous-total dépendance	0,48%	9,7	8,0	1,7
Hébergement	ASH	0,06%	1,2	1,2	-
	Aides au logement (APL, ALS)	0,02%	0,5	0,5	-
	Réduction IR en établissement (2)	-	-	0,2	- 0,2
	Plan d'aide à la modernisation des établissements et autres (4)	0,01%	0,2	0,2	-
	Coût net de l'hébergement (5) (hors gîte et couvert)	0,28%	5,6	-	5,6
	Sous-total hébergement	0,38%	7,5	2,1	5,4
Total		1,41%	28,2	21,1	7,2

(1) Pour la partie ménages, le compte actualisé inclut les dépenses en établissements des personnes en GIR 5 et 6 (pour environ 150 M€) au titre du ticket modérateur de l'APA ainsi que le coût de l'hébergement de ces personnes pour environ 800 M€. Ne sont en revanche pas incluses les dépenses des ménages effectuées au-delà du plan d'aide d'APA à domicile ni celles relevant de l'aide informelle.

(2) les réductions d'impôt sur le revenu pour frais de dépendance à domicile et en établissement viennent en déduction de l'effort des ménages et sont donc comptabilisées avec un signe négatif dans le compte « ménages ». Il s'agit en revanche de coûts pour les pouvoirs publics, ces dépenses n'apparaissent donc pas dans le compte consolidé tous financeurs confondus.

(3) les autres aides fiscales comprennent les taux réduits de TVA applicable à certains appareillages spécifiques et aux services à la personne (pour leur quote-part personnes âgées dépendantes, estimées par la DGFIP), le crédit d'impôt sur le revenu pour matériels spécifiques et les exonérations de TSCA en faveur des contrats d'assurance dépendance. Les aides diverses recouvrent quant à elles les actions d'animation de la CNSA.

(4) les autres aides correspondent aux taux réduits de TVA en faveur de la construction d'établissement hébergeant des personnes âgées.

(5) Le coût net restant à la charge des ménages correspond au tarif hébergement après prise en compte de l'ASH et des aides au logement, duquel sont déduites les dépenses de gîte et couvert. Ces dépenses de gîte et couvert correspondent aux dépenses minimales que les personnes devraient engager si elles résidaient à domicile (celles-ci ont été évaluées à partir de l'enquête Budget des familles de l'Insee et correspondent aux dépenses incompressibles : alimentation, assurance logement, loyer...).

Source : Drees.

La fonction santé représente 11,0 milliards d'euros en 2011, soit 39 % du coût total de la prise en charge de la perte d'autonomie, tous financeurs confondus. Environ 75 % de ce surcoût de dépenses de santé est rattaché à l'OGD personnes âgées, soit 8,3 milliards d'euros, le reste se partageant entre soins de ville (1,7 milliard d'euros, soit 16 % du surcoût total en dépenses de santé) et les USLD (1,0 milliard d'euros, soit 9 % de ce surcoût).

La fonction dépendance représente près de 9,7 milliards d'euros en 2011, soit 34 % du coût complet de la prise en charge de la perte d'autonomie. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et le ticket modérateur acquitté par les ménages dans le cadre de cette aide en représentent près des trois-quarts (74 %), loin devant les exonérations sociales et fiscales (11 %) et l'action sociale des caisses de Sécurité sociale, des départements et des communes (10 %) qui constituent les autres principales formes d'aide.

Enfin, l'hébergement en établissement représente 7,5 milliards d'euros, soit 27 % du coût complet de la perte d'autonomie. Cette somme représente le surcoût occasionné par le fait de vivre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées plutôt que chez soi. Les coûts de l'hébergement restant à la charge des ménages après prise en compte de l'ASH et des AL sont nets du coût du gîte et du couvert, c'est-à-dire qu'ils ne comprennent pas les frais que ces personnes auraient dû dépenser en nourriture et en loyer si elles ne vivaient pas en établissement. Les principales aides publiques pour couvrir les frais d'hébergement sont constituées de l'aide sociale à l'hébergement (ASH ; 1,2 Md€) et des allocations logement servies en institution (allocation personnalisée au logement - APL - et allocation de logement à caractère social - ALS - ; 0,5 Md€), qui couvrent au total 23 % du coût de l'hébergement des personnes âgées dépendantes en établissement. Il est à noter que l'aide sociale à l'hébergement vient en complément des autres aides afin de solvabiliser les personnes les plus modestes et de leur laisser un « reste à vivre » minimal (94 euros par mois, montant en vigueur depuis le 1^{er} avril 2013).

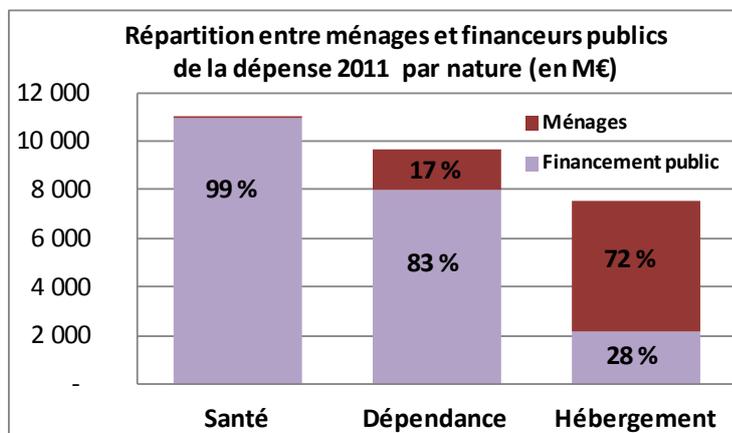
4 – Une prise en charge variable selon la nature des dépenses et le niveau de dépendance

Les financements publics représentent 99 % des dépenses de santé liées à la dépendance, 83 % de l'aide médico-sociale aux personnes et 28 % de l'hébergement en établissement. Le reste de la dépense est, directement ou indirectement, à la charge des ménages (*cf.* graphique 3).

Par conséquent, du fait de cette dissymétrie et du poids respectif de ces trois fonctions au sein de la dépense totale, le coût global de la prise en charge de la perte d'autonomie pour les pouvoirs publics est composé à 52 % des dépenses de santé, à 38 % de l'aide médico-sociale aux personnes et à 10 % de l'hébergement en établissement. Le coût de la perte d'autonomie apparaît tout autre du point de vue des ménages, qui acquittent 1 % des dépenses de santé, 17 % de dépenses médico-sociales d'aide aux personnes et 72 % des frais d'hébergement en établissement.

GRAPHIQUE 3

La part financée par les pouvoirs publics varie très fortement selon la nature de la dépense



Lecture : Les dépenses médico-sociales (fonction dépendance), représentent 9,7 milliards d'euros de dépenses en 2011. Elles sont financées à 83 % par les pouvoirs publics et à 17 % par les ménages.

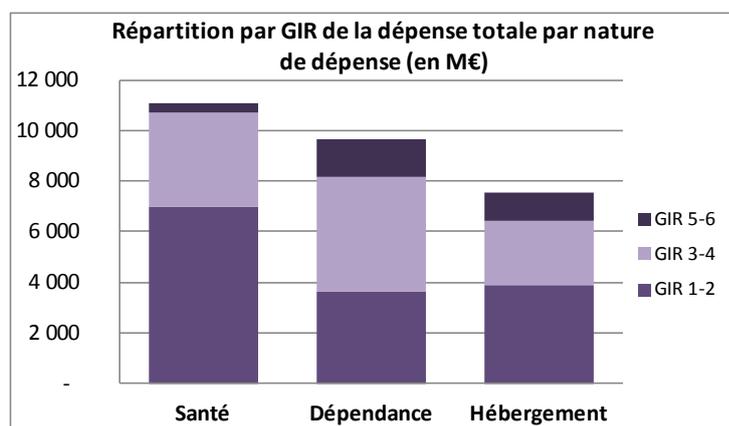
Champ : France entière en 2011.

Source : Drees, compte de la dépendance.

La perte d'autonomie peut être plus ou moins sévère. En fonction de leur degré de perte d'autonomie, les personnes âgées concernées auront des besoins différents, aussi la structure par niveau de dépendance des coûts complets de la perte d'autonomie varie-t-elle également selon la nature de la dépense (cf. graphique 4).

GRAPHIQUE 4

La part de chaque GIR est variable selon la nature de la dépense



Lecture : le surcoût en santé, qui représente 11,0 milliards d'euros en 2011 sous les conventions de champ et de calcul adoptées, est composée à 65 % de dépenses à l'attention des GIR 1-2 et à respectivement 33 % et 3 % de dépenses à l'attention des GIR 3-4 et des GIR 5-6.

Champ : France entière en 2011.

Source : Drees, compte de la dépendance.

L'analyse du compte par GIR montre que sous les conventions de champ et de calcul adoptées (cf. précisions mentionnées à la fin du point 1/) :

Les personnes en GIR 1 et 2 concentrent environ les deux-tiers des dépenses de la fonction santé en raison de leur condition physique – ou mentale – très dégradée et un peu plus de la moitié de la dépense de dépendance et d'hébergement. Quoiqu'on ne dénombre que 3 % de GIR 1 et 2 au sein de la population des 60 ans et plus, ces personnes représentent un peu plus de la moitié des dépenses d'hébergement et une part un peu moindre (38 %) de l'aide médico-sociale aux personnes, car elles sont plus souvent hébergées en institutions. En effet, demeurer chez elles nécessite en général des aménagements de leur logement et une présence humaine presque continue.

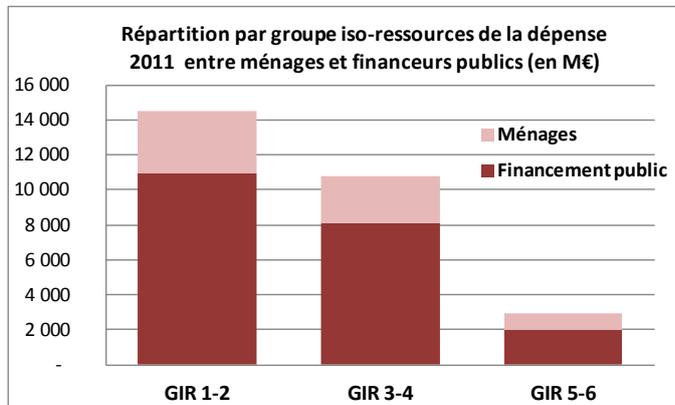
Les personnes en GIR 3 et 4 représentent 5 % des effectifs des 60 ans et plus mais environ 38 % de la dépense totale (près de la moitié de l'aide médico-sociale aux personnes et plus du tiers du coût de l'hébergement). Ces personnes vivent plus souvent à leur domicile où elles préfèrent recourir à une assistance dans leur vie quotidienne plutôt que d'aller en établissement.

Les personnes en GIR 5 et 6, considérées comme peu ou pas dépendantes, représentent 92 % de la population de 60 ans et plus, mais seulement 10 % du coût de la perte d'autonomie. Plus précisément, elles représentent 15 % de l'aide médico-sociale aux personnes et à l'hébergement, mais, sous les conventions retenues, une très faible part du surcoût de dépenses de santé. En effet, leurs dépenses ne sont, par hypothèse, retenues dans le champ du compte que si elles ont recours à des aides publiques de prévention de la perte d'autonomie (aide ménagère...) ou intègrent un établissement d'hébergement de personnes âgées.

Malgré les différences de structure des coûts selon la nature de la dépense, la répartition des coûts entre financements publics et « reste à charge » des ménages varie peu selon le degré de dépendance (cf. graphique 5). En effet, sous les conventions de calcul adoptées, les financements publics couvrent environ les trois-quarts du coût de la dépendance pour les personnes du GIR 1-2 ainsi que pour celles du GIR 3-4 et un peu moins de 70 % pour les personnes du GIR 5-6.

GRAPHIQUE 5

Les financements publics couvrent les trois-quarts des dépenses des personnes fortement ou moyennement dépendantes.



Lecture : la prise en charge de la dépendance du GIR 1-2, qui représente 14,5 milliards d'euros en 2011, est financée à 75 % par les pouvoirs publics et à 25 % par les ménages eux-mêmes.

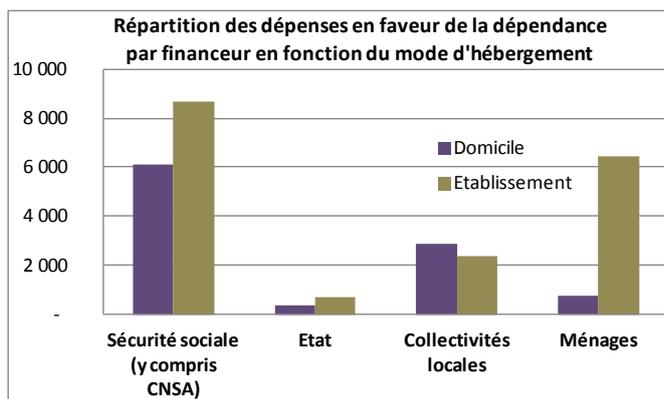
Champ : France entière en 2011.

Source : Drees, compte de la dépendance.

Un autre axe d'analyse consiste à mener un examen, par mode d'hébergement des personnes âgées dépendantes, des apports des différents financeurs à un niveau plus fin (cf. graphique 6). Si la sphère Sécurité sociale constitue le premier apporteur de fonds aussi bien à domicile qu'en établissement, les ménages viennent au total au deuxième rang (et ce, alors que n'est pas prise en compte l'aide informelle), même s'ils sont devancés par les collectivités locales – principalement les départements – pour ce qui est des prises en charge à domicile, pour lesquelles l'APA joue un rôle important. Quel que soit le mode d'hébergement considéré, l'État n'apparaît pas comme un acteur majeur du risque dépendance en termes de financements.

GRAPHIQUE 6

La sphère Sécurité sociale est le premier apporteur de fonds du risque dépendance, à domicile comme en établissement.



Nota : La sphère Sécurité sociale regroupe les interventions de l'assurance maladie, des branches famille et vieillesse de la Sécurité sociale et de la CNSA. Les collectivités locales interviennent quant à elles *via* les départements et les communes. Les dépenses des ménages à domicile ainsi présentées ne prennent pas en compte celles effectuées au-delà du plan d'aide de l'APA ni celles relevant de l'aide informelle, par nature très fragiles à estimer. Leur prise en compte ferait croître la dépense des ménages à domicile, qui s'établirait alors à des niveaux supérieurs à celle qu'ils consacrent à la dépendance en établissement, sur la base d'estimations du HCF datant de 2011 (voir point 1/).

Lecture : la prise en charge de la dépendance par la Sécurité sociale et la CNSA représente, en 2011, 6,1 milliards d'euros pour les personnes résidant à leur domicile et près de 8,8 milliards pour celles hébergées en établissement.

Champ : France entière en 2011.

Source : Drees, compte de la dépendance.

Annexe 1 – Définition de la population dépendante

Pour déterminer la population des personnes dépendantes, plusieurs critères peuvent être retenus :

- on peut retenir comme critère l'ensemble des personnes ayant dépassé un certain âge, fixé conventionnellement (par exemple, 75 ou 80 ans) et consommant certains soins considérés comme marqueurs d'une situation de dépendance (par exemple, les actes infirmiers de soins - AIS -) ;
- ou prendre un critère de nature médico-sociale (les personnes de plus de 60 ans, classées en GIR 1 à 6 dans la grille AGGIR - cf. ci-dessous - et donc potentiellement éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie - APA - pour certaines d'entre elles) ;
- ou un critère de restrictions d'activités. Celui-ci est apprécié en décomposant les activités en activités de la vie quotidienne (AVQ : se lever, se laver, s'habiller, s'alimenter, aller aux toilettes) et en activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ : faire ses courses, son ménage, se déplacer à l'extérieur de chez soi, faire sa lessive, gérer son budget...) ;
- ou enfin un critère purement administratif (les personnes âgées ayant effectivement bénéficié de l'APA, ce qui exclut de fait les personnes non recourantes et celles classées en GIR 5 et 6, non éligibles à l'aide).

Dans les analyses conduites, le critère retenu privilégié est le critère de nature médico-sociale synthétisé par la grille AGGIR et à partir de laquelle sont déterminés les droits à la prestation APA.

Cette grille définit six groupes, des personnes les moins autonomes aux plus autonomes :

- Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes âgées.
 - > Celles qui sont confinées au lit ou fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
 - > Et celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.
- Le GIR 3 correspond pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions mentales, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.
- Le GIR 4 comprend essentiellement deux groupes de personnes :
 - > D'une part celles qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimentent seules.
 - > D'autre part celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- Le GIR 5 correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Annexe 2 – Comparaison de l'ancienne et de la nouvelle estimation du compte de la dépendance

Les financements publics de la dépendance, tel qu'estimés précédemment, étaient évalués à près de 24 milliards d'euros en 2010 (soit 1,23 point de PIB), en retenant en particulier une notion de dépense totale de soins.

Lors du travail effectué en 2011 dans le cadre des travaux des groupes animés par Bertrand Fragonard sur la « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » et par Jean-Michel Charpin sur les « perspectives démographiques et financières de la dépendance », le montant des dépenses publiques relatives à la dépendance avait été évalué à 23,82 milliards d'euros en 2010, soit 1,23 % du PIB (cf. tableau A2-1).

TABLEAU A2-1

Le compte de la dépendance élaboré dans le cadre de la réflexion conduite en 2011 : les financements publics en milliards d'euros et en points de PIB

Champ	Type de dépense	2010 (Md€)	2010 (% du PIB)
Santé	OGD personnes âgées	8,01	0,41%
	Soins de ville (*)	3,00	0,15%
	Hôpital (*)	2,00	0,10%
	USLD	1,00	0,05%
	Sous-total santé	14,01	0,72%
Dépendance	APA	5,30	0,27%
	Réduction IR à domicile	0,24	0,01%
	Exonérations de charges	1,00	0,05%
	Action sociale (col.ter. & caisses de Sécurité sociale)	0,91	0,05%
	Sous-total dépendance	7,45	0,38%
Hébergement	ASH	1,20	0,06%
	Aides au logement (APL, ALS)	0,41	0,02%
	Réduction IR en établissement	0,18	0,01%
	Sous-total hébergement	1,78	0,09%
Autres	Autres aides fiscales (TVA réduite...) et autres aides CNSA (**)	0,58	0,03%
Total	Santé, dépendance, hébergement et autres	23,82	1,23%

(*) Dépenses publiques totales de santé, c'est-à-dire le total des dépenses publiques consacrées à la santé des personnes âgées dépendantes (actualisation par le groupe « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées » de l'estimation Cour des comptes de 2005).

(**) La catégorie « autres » regroupe : le cofinancement d'opérations d'investissement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les actions d'animation financées par cet organisme ainsi que les taux réduits de taxe sur la valeur ajoutée (TVA – taux réduits bénéficiant aux personnes âgées dépendantes au titre d'appareillages spécifiques, de services à la personne ou en faveur de la construction d'établissements destinés à les héberger), le crédit d'impôt en faveur des équipements spéciaux et les exonérations de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) en faveur des contrats d'assurance dépendance.

Sigles : OGD : objectif global de dépenses médico-sociales ; USLD : unités de soins de longue durée ; APA : allocation personnalisée à l'autonomie ; IR : impôt sur le revenu ; ASH : aide sociale à l'hébergement ; APL : aide personnalisée au logement et ALS : allocation de logement social.

Sources : rapports « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » et « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées » (J-M. Charpin et B. Fragonard, juin 2011).

Pour réaliser cet exercice, l'appui de différents organismes et administrations avait été sollicité afin notamment d'identifier la dépense spécifique « personnes âgées dépendantes » au sein de dispositifs s'adressant à des populations plus larges : taux de TVA réduit sur certains appareillages spécifiques, par exemple, qui concerne aussi les personnes handicapées¹².

Dans certains cas, l'estimation des montants spécifiques à la dépendance avait été faite avec le modèle de la Drees *Autonomix*. C'est le cas en particulier des exonérations de cotisations patronales pour emploi à domicile pour lesquelles l'identification des « dépenses spécifiques des personnes âgées dépendantes » n'est pas directe puisque ces exonérations peuvent figurer dans deux rubriques d'enregistrement pour l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), la rubrique « APA » ou encore la rubrique « personnes âgées de plus de 70 ans ».

Pour certains postes, l'identification de la dépense spécifique « personnes âgées dépendantes » n'avait en revanche pu être réalisée. C'était en particulier le cas pour la dépense de santé ou encore pour certains dispositifs fiscaux, comme la demi-part supplémentaire accordée aux personnes invalides qui s'adresse aux personnes handicapées mais aussi aux personnes âgées dépendantes lorsque celles-ci disposent d'une carte d'invalidité. Concernant la dépense de santé, notamment, il n'avait pas été possible d'évaluer le surcoût engendré par la situation de dépendance des personnes âgées dépendantes. L'intégralité des dépenses en frais de soins des personnes âgées supposées dépendantes avait été retenue. L'exploitation de nouvelles données d'enquête permet aujourd'hui de corriger ce point dans le cadre du nouvel exercice mené et de ne retenir que le surcoût engendré par la situation de dépendance.

Les conventions retenues pour le nouvel exercice de projection conduisent à ramener l'estimation de la dépense publique en faveur de la dépendance à un peu plus de 21 milliards d'euros en 2011 (ou encore 1,05 point de PIB), soit 0,18 point de PIB de moins que la précédente.

S'agissant des autres agrégats de dépenses, les écarts en termes de financement public sont minimes par rapport à ceux relatifs à l'année de base du rapport Charpin de juin 2011. En particulier, ceux relatifs à la dépense de dépendance et d'hébergement sont repris quasiment à l'identique, avec la même méthodologie d'évaluation. Seules sont ajoutées la dépense de prestation de compensation du handicap (PCH) et d'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) des personnes âgées de 60 ans et plus (0,35 Md€), les dépenses de la CNSA au titre du plan de modernisation des établissements (0,21 Md€¹³ en 2011, dépenses supposées s'éteindre à l'horizon 2014) et les dépenses fiscales au titre de la demi-part supplémentaire pour motif d'invalidité, estimées à 0,12 Md€ à partir du modèle de projection de la Drees (*Autonomix*)¹⁴.

Compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, les écarts entre ancien et nouveau compte de la dépendance sont présentés de manière détaillée, poste à poste, au tableau A2-2.

¹² Pour certaines dépenses fiscales liées à des taux de TVA réduits (pour appareillages spécifiques, pour les services à la personne ou pour la construction d'établissements dédiés aux personnes âgées ou handicapées), les estimations - restreintes au champ de la dépendance - ont été réalisées pour l'année de base par la Direction générale des finances publiques (DGFIP).

¹³ L'exercice Charpin pour 2010 prenait aussi en compte 0,39 Md€ au titre du cofinancement d'opérations d'investissement par la CNSA, qui constituaient une dépense exceptionnelle.

¹⁴ Le montant estimé apparaît cohérent avec les données dont on dispose par ailleurs. Le montant global de la demi-part pour invalidité s'élève à environ 0,25 Md€ (source : annexe au projet de loi des finances 2013) et les cartes pour invalidité attribuées aux personnes de plus de 60 ans représenteraient environ 40 % du nombre de total de cartes attribuées.

TABLEAU A2-2

Prise en charge publique (montants 2011 et parts de PIB pour la nouvelle projection Drees) et comparaison avec la dépense précédemment estimée par le groupe Charpin pour l'année 2010

Champ	Type de dépense	DREES (Md€)	DREES (points de PIB)	écarts DREES/Charpin (points de PIB)
Santé	OGD personnes âgées	8,3	0,41%	0,00%
	Soins de ville (1)	1,7	0,08%	-0,07%
	Hôpital (1)	-	0,00%	-0,10%
	USLD	1,0	0,05%	0,00%
	Sous-total santé	11,0	0,55%	-0,17%
Dépendance	APA	5,3	0,26%	-0,01%
	Réduction IR à domicile	0,1	0,01%	0,00%
	Exonérations de cotisations patronales	1,0	0,05%	0,00%
	PCH et ACTP (60 ans et plus) (2)	0,3	0,02%	0,02%
	Action sociale (Collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale)	1,0	0,05%	0,00%
	Demi-part invalidité (2)	0,1	0,01%	0,01%
	Autres aides fiscales (taux réduits de TVA...) et diverses (actions d'animation) (3)	0,1	0,01%	0,00%
	Sous-total dépendance	8,0	0,40%	0,01%
Hébergement	ASH	1,2	0,06%	0,00%
	Aides au logement (APL, ALS)	0,5	0,02%	0,00%
	Réduction IR en établissement	0,2	0,01%	0,00%
	Plan d'aide à la modernisation des établissements (2)	0,2	0,01%	0,01%
	Autres aides aux établissements (4)	0,0	0,00%	-0,02%
	Sous-total hébergement	2,1	0,11%	-0,01%
Total		21,1	1,05%	-0,18%

(1) Les écarts sensibles entre les exercices menés par la Drees en 2011 (groupe Charpin) et en 2013 (pour le HCFiPS) proviennent du fait que, dans la nouvelle projection, seul le surcoût de soins des personnes âgées dépendantes est retenu.

(2) Ces montants n'étaient pas estimés dans l'exercice mené dans le cadre du groupe Charpin de 2011. Pour la demi-part invalidité, l'exercice Drees estime la quote-part de la dépense afférente aux seules personnes âgées dépendantes.

(3) Dans un souci de comparabilité, les autres aides fiscales figurant ici ont été retraitées de manière homogène entre les exercices de 2011 (groupe Charpin) et de 2013 (pour le HCFiPS). Elles comprennent les taux réduits de TVA applicable à certains appareillages spécifiques et aux services à la personne (pour leur quote-part personnes âgées dépendantes, estimées par la DGFiP), le crédit d'impôt sur le revenu pour matériels spécifiques et les exonérations de TSCA en faveur des contrats d'assurance dépendance. Les aides diverses recouvrent quant à elles les actions d'animation de la CNSA.

(4) Il s'agit des taux réduits de TVA en faveur de la construction d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes et, pour l'exercice de 2011 (groupe Charpin), du cofinancement d'opérations d'investissement.

Sources : Calculs Drees 2013 et rapports « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » et « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées » (J-M. Charpin et B. Fragonard, juin 2011).

Les projections de dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2060

Romain Roussel et Catherine Zaidman (15)

L'actualisation, par la Drees, des travaux de projection de long terme du compte de la dépendance vise à évaluer la sensibilité des résultats obtenus à différents scénarios macro-économiques de long terme, ainsi qu'à en tester la robustesse à des changements de nature démographique (en particulier, à différentes évolutions de l'espérance de vie sans incapacité) ou institutionnelle (évolution des barèmes plus ou moins proches de celle des salaires).

Ces travaux ont confirmé les résultats de l'exercice précédent de projection à l'horizon 2040 conduit en 2011 dans le cadre du groupe de travail animé par Jean-Michel Charpin qui avaient montré que les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance étaient relativement faibles à cet horizon comparées aux besoins de financement public du risque retraite. Ils ont également permis de montrer qu'à plus long terme, en 2060, l'accroissement de la dépense serait plus significatif.

Il ressort aussi de l'analyse du compte exprimé en points de PIB que l'influence des scénarios macroéconomiques sur cette dépense publique semble au global quasi nulle, les différents postes de dépenses se compensant dans une très large mesure. En revanche, tant les impacts des trois scénarios d'effectifs de personnes âgées dépendantes que ceux des modes d'indexation des différentes aides fiscales ou sociales ressortent très nettement et peuvent faire varier la dépense publique de -0,20 à + 0,16 point de PIB à l'horizon 2060 par rapport à un niveau de référence qui s'établit à cet horizon à 1,77 point de PIB, soit 0,72 point de PIB de plus qu'en 2011.

1 – Les principaux apports du nouvel exercice de projection

Pour réaliser cet exercice, des travaux ont été conduits par la Drees afin de préciser et d'actualiser les contours du compte de la dépendance sur lequel s'appuient les projections (voir article précédent), mais aussi afin de définir quels pourraient être les scénarios d'indexation des barèmes à retenir.

De ce nouvel exercice, plusieurs conclusions peuvent être tirées :

À un horizon plus éloigné que 2040, les besoins de financement de la dépendance apparaissent plus importants : la dépense publique consacrée à ce risque passerait, en l'absence de réforme, de 1,05 point de PIB en 2011 à 1,77 point en 2060 sous le scénario central. La dépense publique en faveur de la dépendance croîtrait continûment jusqu'en 2060, avec une accélération marquée de 2025 à 2040.

Les résultats de long terme des projections des dépenses publiques de dépendance (en points de PIB) sont très sensibles aux hypothèses d'indexation et aux scénarios envisagés d'effectifs de personnes âgées dépendantes et peu aux scénarios macroéconomiques. Ainsi, par rapport au scénario central, les variantes d'effectifs conduisent en effet en 2060 à une fourchette de dépense publique de -0,20 à + 0,16 point de PIB et celles d'indexation à des écarts d'environ -0,09 à +0,13 point de PIB à cet horizon.

Ces résultats sont sensibles aux hypothèses d'évolution retenues pour les différentes composantes de la dépense. En particulier au fait que les dépenses totales (publiques et privées) par personne âgée dépendante sont supposées évoluer dans la plupart des cas comme le salaire moyen par tête du scénario macro-économique considéré (cf. annexe 1).

Les indexations supposées pour les aides fiscales et sociales aboutissent à des rythmes d'évolution différents de la prise en charge publique des trois composantes de la dépense (prise en charge médico-sociale des personnes en perte d'autonomie, de leurs frais de santé spécifiques et de leurs dépenses d'hébergement). En particulier, la « prise en charge médico-sociale de la perte d'autonomie » de la projection serait plus dynamique dans le cas d'une indexation sur les

15 Les auteurs remercient Aude Lecroart pour ses travaux d'étalonnage des simulations.

salaires tandis que les composantes « santé » et « hébergement » n'évolueraient pratiquement pas en fonction du mode d'indexation.

2 – Les hypothèses exogènes sous-jacentes aux exercices de projection

Pour réaliser les exercices de projection, la méthodologie retenue est dérivée de celle établie pour le groupe Charpin (cf. annexe 1). Les deux exercices se différencient toutefois par le compte initial de la dépendance sur lequel s'appuie l'exercice de projection, par les hypothèses démographiques et macroéconomiques sous-jacentes, qui ont été réactualisées depuis, et par les hypothèses d'indexation des barèmes retenues.

2.1 – Une actualisation du compte de la dépendance sur lequel s'appuient les exercices de projection

Comme présenté dans l'article précédent, pour l'actualisation du compte de la dépendance, a été retenu un champ identique à celui défini dans le cadre des travaux conduits en 2011. Son actualisation reprend donc la même démarche, avec cependant une différence majeure pour le bloc « santé », désormais restreint au seul surcoût imputable à la situation de dépendance des personnes âgées dépendantes (pour mémoire, faute de données disponibles, l'évaluation faite en 2011 retenait l'ensemble des dépenses en consommation de soins et biens médicaux des personnes âgées dépendantes).

Cette modification réduit le montant estimé du compte de la dépendance : alors que les dépenses publiques liées à la dépendance étaient estimées à 1,23 % du PIB (23,8 milliards d'euros en 2010), celles-ci ne seraient en fait, dans l'approche surcoût en santé, que de 1,05 % du PIB, soit 21,1 milliards d'euros en 2011.

2.2 – Outre la reconstruction de l'année de base, la nouvelle projection se fonde sur des scénarios démographiques et macroéconomiques réactualisés...

S'agissant de la démographie, le présent exercice intègre les dernières informations disponibles, que ce soit en matière de projection de la population générale, de source Insee, ou d'effectifs de personnes âgées dépendantes, par GIR, de source Drees (voir l'annexe 2 pour un détail des hypothèses démographiques). Si trois scénarios d'évolution de la dépendance ont été retenus, représentatifs des différentes configurations plausibles de répartition des gains d'espérance de vie entre années en bonne santé et années en situation de perte d'autonomie, tous se fondent par convention sur le scénario central démographique de l'Insee.

Ces trois scénarios d'effectifs de personnes dépendantes sont couplés aux scénarios macroéconomiques à l'horizon 2060 réactualisés à l'automne 2013 par la Direction Générale du Trésor à la demande du Haut Conseil au Financement de la protection sociale, suite notamment à la révision des hypothèses de croissance opérée dans le cadre du projet de loi de finances (PLF) et du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2014 (voir annexe 3).

2.3 – ... et de nouvelles hypothèses d'indexation des barèmes

Outre les variantes d'effectifs de personnes âgées dépendantes, il est apparu également pertinent d'étudier des variantes d'indexation, qu'il s'agisse du montant nominal de certaines allocations ou de leur barème de calcul.

Trois jeux d'indexation ont été retenus, comme résumé au tableau 1, pour ce qui est des dépenses visant à compenser la perte d'autonomie et la perte de revenu liée à la situation de dépendance à domicile ou à l'hébergement en institution. Toutefois, les variantes d'indexation ne sont pas opérantes pour l'ensemble des dimensions de la projection : en particulier, les soins des personnes âgées dépendantes sont supposés évoluer par personne comme le PIB par tête dans les exercices présentés.

La première, dite « salaires », consiste à indexer sur l'évolution du SMPT réel projetée dans les scénarios du HCFIPS l'ensemble des paramètres de calcul ; elle s'oppose à une variante dite « prix » dans laquelle l'essentiel des paramètres sont supposés suivre l'inflation, à l'exception notable des variables dont l'évolution est intrinsèquement liée à celle des

salaires (comme le coût de la dépense médico-sociale totale liée à la dépendance, constitué en grande partie d'aides humaines).

Toutefois, il apparaît insuffisant de considérer uniquement des scénarios d'indexation des prestations sur les prix et sur les salaires, dont le prolongement à 2060 comporte des limites qui en amoindrissent sensiblement le réalisme :

- En effet, le prolongement durable d'un scénario d'indexation sur les prix pour une allocation donnée, quoique conforme dans la plupart des cas aux textes réglementaires en vigueur¹⁶, conduit toutes choses égales par ailleurs à un effondrement de la part de la richesse nationale consacrée à cette dépense publique à l'horizon 2060.
- À l'inverse, dans un contexte d'augmentation attendue des effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie, un scénario d'indexation constamment basé sur les salaires conduirait à accroître significativement la part de la richesse nationale consacrée à terme à cette dépense, indépendamment des arbitrages politiques qui pourraient être effectués.

Sur la base d'analyses rétrospectives des indexations de diverses prestations menées par la Drees sur longues périodes, il a également été proposé de définir un scénario intermédiaire, combinaison linéaire des scénarios « salaires » et « prix » (conventionnellement, à parité entre les deux).

TABLEAU 1

Les indexations retenues par la Drees en 2013 pour la projection dépendance

	« Salaires » (exception)	« Prix » (prix ou SMPT)	« Intermédiaire » (inter. ou SMPT)
Pensions			
. <i>Minimum vieillesse</i>	SMPT	prix	inter.
. <i>minimum contributif</i>	SMPT	prix	inter.
Dépense dépendance			
. <i>Total dépense en besoin d'aide à domicile</i>	SMPT	SMPT	SMPT
. <i>Plafond plan d'aide domicile</i>	SMPT	prix	inter.
. <i>Total dépense en établissement</i>	SMPT	SMPT	SMPT
. <i>Seuils du barème</i>	SMPT	prix	inter.
Exonération IR			
. <i>Tranche IR</i>	SMPT	prix	inter.
. <i>Plafond</i>	SMPT	prix	inter.
Exonération cotisations sociales (domicile)	SMPT	SMPT	SMPT
Allocation logement (établissement)	SMPT	prix	inter.
Tarif hébergement	SMPT	SMPT	SMPT

Source : Drees.

À long terme, le scénario intermédiaire se situe en fait plus près du scénario prix, sous le scénario démographique et économique central : ainsi, à l'horizon 2060, dans l'hypothèse de l'indexation d'une allocation donnée sur ce niveau intermédiaire, le ratio allocation sur salaire se dégrade très fortement. La dégradation observée, qui atteint 30 points environ (pour une base 100 en 2011), est comparable à celle que l'on observerait à l'horizon 2040 dans le scénario « prix », qui constituait la borne basse des simulations réalisées dans le cadre du groupe Charpin de 2011.

¹⁶ À la limite importante près que les textes réglementaires ne fixent généralement que des normes de revalorisation *a minima*, exception faite des « coups de pouce » et des réformes ponctuelles de certains dispositifs de prise en charge (par exemple, la substitution de l'APA à la PSD à compter de 2002 ou encore les dispositions prévues par le projet de loi de février 2014 relatif à l'adaptation de la société au vieillissement) dont l'effet cumulé est loin d'être négligeable. Ainsi, l'instauration d'une majoration du minimum contributif à compter de 2004 a permis à ce dispositif, dont le montant maximal est pourtant indexé sur les prix, de suivre quasiment l'évolution des salaires depuis dix ans.

ENCADRÉ 1

Illustration de l'importance majeure des hypothèses d'indexation

Les hypothèses d'indexation des barèmes sociaux et fiscaux jouent un rôle majeur, que ce soit au niveau individuel (pour les personnes qui bénéficient de ces aides) ou au niveau agrégé (en termes de coût financier pour la collectivité) et ce, à deux titres.

En premier lieu, l'indexation des montants des prestations sociales et des aides fiscales exerce un effet direct sur les niveaux des aides allouées.

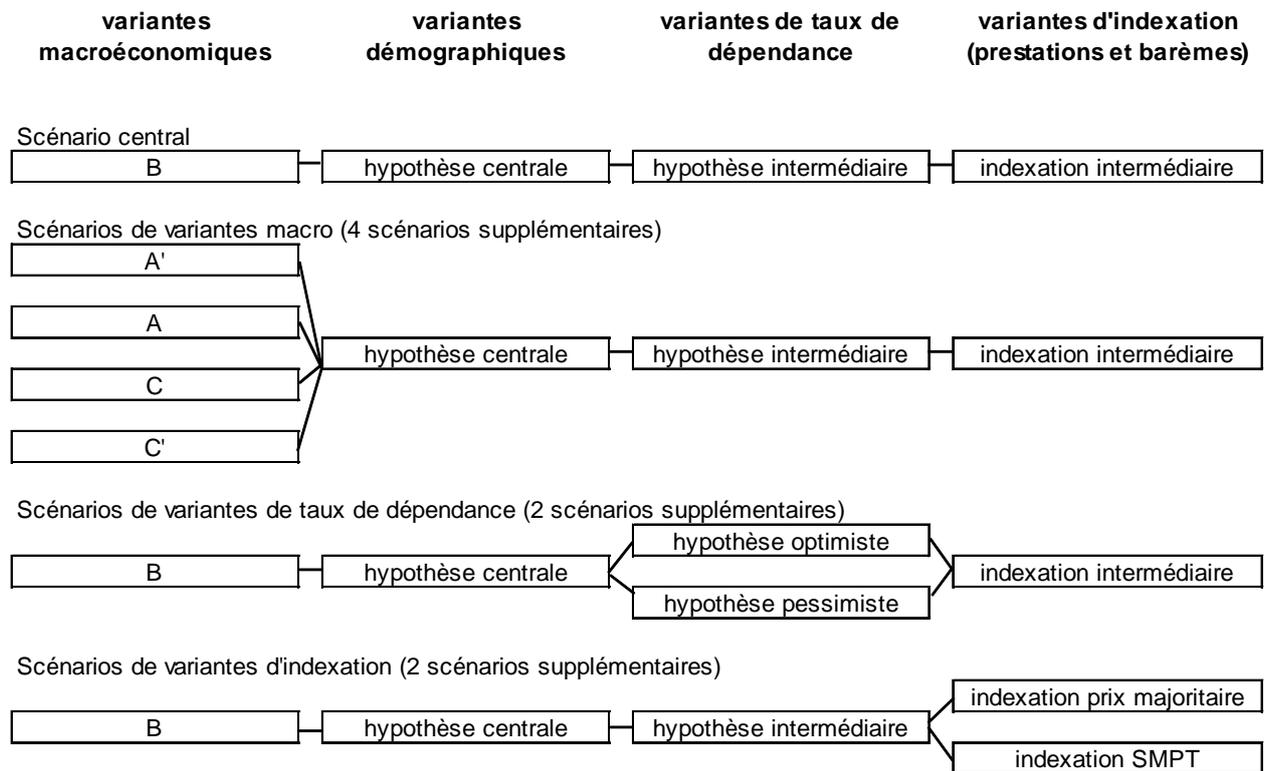
En second lieu, pour les prestations sous conditions de ressources, faire évoluer plus ou moins vite le seuil de ressources conduit, à moyen terme (et plus encore à long terme) à des effets massifs d'entrée ou de sortie du champ des bénéficiaires de ces prestations, compte tenu de l'évolution des revenus des personnes qui y sont potentiellement éligibles (retraités, personnes âgées dépendantes ou encore titulaires de minima sociaux...).

Ces deux effets étant cumulatifs, les enjeux financiers des modes d'indexation retenus sont cruciaux et ce, d'autant plus que l'horizon considéré est lointain. À titre d'illustration, à l'horizon 2060, une prestation d'un montant forfaitaire qui serait indexée sur les prix verrait son niveau divisé par deux relativement aux salaires réels sous le scénario macroéconomique central (scénario B).

Au total, compte tenu de l'ensemble de ces éléments, neuf scénarios sont présentés dans cette étude dans le cadre de la projection. Ceux-ci s'articulent autour d'une hypothèse centrale et de variantes, comme explicité au schéma 1.

SCHÉMA 1

Les neuf scénarios retenus



Source : Drees

3 – Des résultats sensibles aux hypothèses démographiques et d'indexation

3.1 – Exprimées en parts de PIB, les dépenses publiques de dépendance sont très sensibles à long terme aux hypothèses d'indexation et aux scénarios d'effectifs de personnes dépendantes mais pas aux scénarios macroéconomiques

Dans la lignée des conclusions du groupe animé par M. Jean-Michel Charpin en 2011, les projections menées en 2013 par la Drees montrent la forte sensibilité des résultats aux différents jeux d'hypothèses retenus.

Si les écarts entre les scénarios étudiés sont, en toute logique, très marqués selon les scénarios d'effectifs de personnes âgées dépendantes, le rôle des indexations – qui conditionnent non seulement les montants des prestations servies mais également leur degré d'accessibilité – apparaît également majeur. L'exercice de projection de 2013, outre qu'il généralise à l'horizon 2060 les principales conclusions déjà tirées deux ans plus tôt pour l'horizon 2040, permet également de mettre en évidence la très faible sensibilité des projections aux variantes de la conjoncture macroéconomique.

SCHÉMA 2

Synthèse des résultats des neuf scénarios à l'horizon 2060 (dépense publique, exprimée en points de PIB)

L'impact à l'horizon 2060 des trois familles de variantes

Scénario central

Points de PIB	2011	2025	2040	2060
Santé	0,55%	0,66%	0,83%	0,97%
Dépendance	0,40%	0,46%	0,55%	0,59%
Hébergement	0,11%	0,11%	0,15%	0,21%
Total	1,05%	1,23%	1,53%	1,77%

Scénario macro. B, effectifs de personnes dépendantes et indexation intermédiaires

Horizon 2060 - Les variantes d'effectifs de personnes dépendantes

Points de PIB	bas	hauts
Santé	0,87%	1,05%
Dépendance	0,51%	0,66%
Hébergement	0,20%	0,23%
Total	1,57%	1,93%

Horizon 2060 - Les variantes macroéconomiques

Points de PIB	A'	A	C	C'
Santé	0,97%	0,97%	0,97%	0,97%
Dépendance	0,58%	0,58%	0,61%	0,62%
Hébergement	0,23%	0,23%	0,21%	0,19%
Total	1,77%	1,77%	1,78%	1,78%

Horizon 2060 - Les variantes d'indexation

Points de PIB	prix	salaires
Santé	0,97%	0,97%
Dépendance	0,49%	0,70%
Hébergement	0,22%	0,23%
Total	1,68%	1,90%

Source : Calculs Drees (maquette *Rustica*, 2013).

Ce schéma est riche d'enseignements :

- Premièrement, la dépense publique à l'horizon 2060 (comme à l'horizon 2040) serait très sensible aux variantes d'indexation et plus encore aux variantes d'effectifs retenues : par rapport au scénario central, qui retient des hypothèses intermédiaires à la fois en termes d'effectifs de personnes âgées dépendantes et d'indexation, les variantes d'effectifs conduisent en effet à l'horizon 2060 à une fourchette de dépense publique de -0,20 à + 0,16 point de PIB tandis que celles d'indexation aboutissent à des écarts d'environ -0,09 à +0,13 point de PIB à cet horizon.

- Deuxièmement, la dépense publique à l'horizon 2060 exprimée en parts de PIB apparaît très fortement inélastique aux variantes d'hypothèses macroéconomiques retenues. Cela tient à deux facteurs :
 - > l'invariance en part de PIB du surcroît de dépenses de soins de personnes âgées dépendantes projeté à la conjoncture macroéconomique, dans la mesure où l'hypothèse retenue dans ces projections est « la stabilité à long terme des dépenses de santé en part de PIB au niveau global »¹⁷ ;
 - > une certaine compensation entre dépenses publiques d'hébergement et de prise en charge de la dépense médico-sociale.En effet, l'évolution des dépenses relatives aux prestations les plus universelles, en particulier celles prenant en charge la perte d'autonomie (APA, PCH...), est fortement liée à la dynamique du SMPT. Or, le ratio entre les indices du SMPT et du PIB s'établit à un niveau plus élevé dans les scénarios macroéconomiques les moins optimistes, caractérisés par une moindre diminution du chômage (qui passe à terme des taux actuels, supérieurs à 10 %, au taux d'équilibre de 7 % dans les scénarios C et C' mais à 4,5 % dans les autres scénarios) et donc par un niveau de PIB moindre toutes choses égales par ailleurs (cf. annexe 3). Dès lors, les prestations du bloc « prise en charge de la dépendance » exprimées en parts de PIB tendent à être relativement plus élevées dans les scénarios de conjoncture les moins favorables.À l'inverse, les aides publiques du bloc « hébergement » tendent à être relativement plus faibles dans les scénarios de conjoncture les moins favorables. Dans ce cas, l'effet qui l'emporte est celui lié aux barèmes des prestations fortement liées aux ressources de leurs bénéficiaires, telles que l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ou les aides au logement (AL) : l'évolution des pensions étant moins sensible à la conjoncture que celle des salaires, dans les périodes de ralentissement économique, les personnes éligibles à ces aides apparaissent relativement plus riches qu'en période de plus forte croissance et sont donc proportionnellement moins aidées.
- Troisièmement, l'inélasticité apparente de la dépense à la conjoncture économique tient aussi au choix de présentation des résultats en points de PIB ou en valeur équivalente de 2011 (cf. l'encadré 2 pour une définition de ce concept), qui neutralise par nature les écarts conjoncturels. Exprimés en milliards d'euros constants de 2011, les résultats de l'ensemble des scénarios apparaissent différents les uns des autres (les dépenses ressortent à un niveau d'autant plus élevé que la conjoncture est favorable, comme illustré au tableau 2) sans pour autant que ces écarts reflètent autre chose que les effets de la croissance économique sur la période.

ENCADRÉ 2

Les concepts retenus par la Drees pour la présentation des résultats

Les projections réalisées par la Drees à l'horizon 2060 sont réalisées à la fois en euros constants 2011, en parts de PIB et en « valeur équivalente de 2011 ».

Les euros constants présentent l'avantage d'exprimer les grandeurs économiques considérées en valeurs réelles, c'est-à-dire corrigées de la hausse des prix supposée sur la période 2011-2060. Parce qu'ils neutralisent l'inflation prévisionnelle, ils facilitent les comparaisons inter-temporelles entre grandeurs économiques, ce qui constitue un atout important en particulier sur des périodes de moyenne ou longue durée (l'indice de prix du PIB croît d'une base 100 en 2011 à 232 à l'horizon 2060 sous les scénarios simulés).

Néanmoins, le concept d'euros constants ne permet pas de neutraliser l'effet de la croissance économique sur longue période : même exprimé dans l'euro d'une même année, un même niveau de dépenses ne représentera pas la même grandeur macroéconomique en 2011 et en 2060 (à l'horizon 2060, le PIB en volume est multiplié par 2,28 par rapport à sa valeur 2011 dans le scénario B retenu par le HCFIPS). Aussi est-il usuellement proposé de ramener le montant des dépenses au PIB de l'année courante afin de neutraliser cette difficulté : c'est le sens de la deuxième présentation proposée ici : en parts de PIB.

La présentation des résultats en parts de PIB présente toutefois l'inconvénient d'être souvent moins parlante pour le lecteur qu'une explicitation des montants et enjeux financiers en question. Aussi, est-il proposé ici de retenir également une troisième grille de lecture dite « en valeur de PIB de 2011 » ou encore « valeur équivalente de 2011 ». Il s'agit concrètement de ramener les montants projetés l'année N à un niveau plus facilement appréhendable par le lecteur : celui qui neutralise l'effet de la croissance supposée du PIB entre 2011 et l'année N. Ce montant, qui devient alors directement comparable à celui de l'année 2011, permet de relativiser l'ampleur de certaines évolutions, les montants croissant mécaniquement sur longue période en euros constants du simple fait de la croissance du PIB. D'un point de vue technique, il s'obtient par une simple règle de trois en multipliant les montants de dépenses projetés l'année N (en euros constants 2011) par le PIB de l'année 2011 et en le divisant par le PIB de l'année N (également exprimé en euros constants 2011).

¹⁷ Ce point est présenté et expliqué en détail dans la note DREES « La projection des dépenses de santé des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2060 » annexée au rapport 2013 du HCAAM.

TABLEAU 2

Les dépenses publiques en faveur des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2060, sous le scénario central de la Drees et sous ses variantes macroéconomiques (Md€ constants 2011, sauf mention contraire)

Financements publics	2011	2015	2020	2025	2030	2040	2050	2060
Sc. B - en valeur équivalente de 2011 (Md€)	21,1	23,0	24,0	24,6	25,5	30,6	34,0	35,3
Sc. B - en Md€ constants 2011	21,1	23,6	27,5	31,5	35,7	50,3	65,8	80,5
Sc. A' - en Md€ constants 2011	21,1	23,6	27,5	31,9	37,0	54,8	75,2	96,9
Sc. A - en Md€ constants 2011	21,1	23,6	27,5	31,8	36,6	53,0	71,4	90,0
Sc. C - en Md€ constants 2011	21,1	23,6	27,4	31,0	34,6	47,8	61,1	73,2
Sc. C' - en Md€ constants 2011	21,1	23,6	27,3	30,5	33,5	44,9	55,7	64,7

Nota : les scénarios présentés ici correspondent au scénario central avec indexation intermédiaire (mi-prix, mi-salaires), effectifs intermédiaires de personnes âgées dépendantes et à ses variantes macroéconomiques.

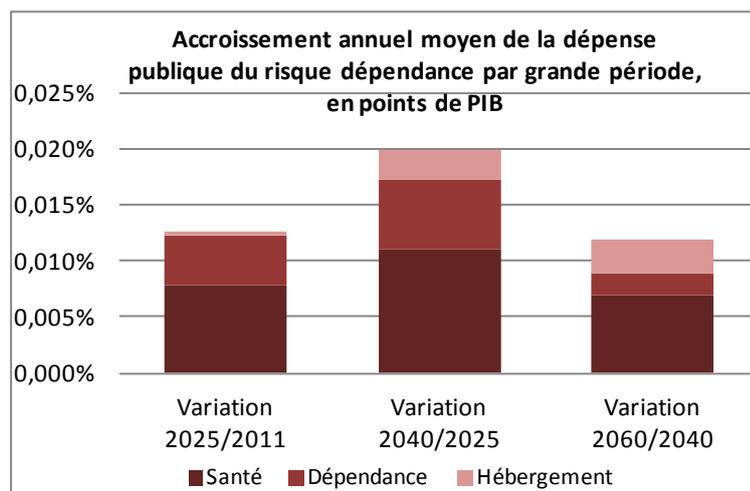
Source : Drees (2013, maquette *Rustica*).

- Quatrièmement, la dépense publique en faveur de la dépendance croîtrait continûment jusqu'en 2060 (y compris en parts de PIB et en valeur équivalente de 2011, pour atteindre 35 milliards d'euros à cet horizon, contre 21 milliards d'euros en 2011), même si, pour des raisons démographiques, le plus fort accroissement de la dépense aurait lieu de 2025 à 2040.

Sous le scénario central, le profil de croissance de la dépense le plus prononcé serait atteint sur la période 2025-2040 (+20 millièmes de point de PIB par an en moyenne) tandis qu'il n'atteindrait que respectivement 13 et 12 millièmes de point de PIB par an sur les quinze années précédentes (2011-2025) et sur les vingt suivantes (2040-2060) (cf. graphique 1a). La dépense publique tendrait même à se stabiliser en fin de période de projection (sous ce scénario, elle ne progresserait plus au total que d'un peu moins de 0,03 point de PIB de 2055 à 2060, soit à peine plus de 5 millièmes de point de PIB par an (cf. graphique 1b).

GRAPHIQUE 1A

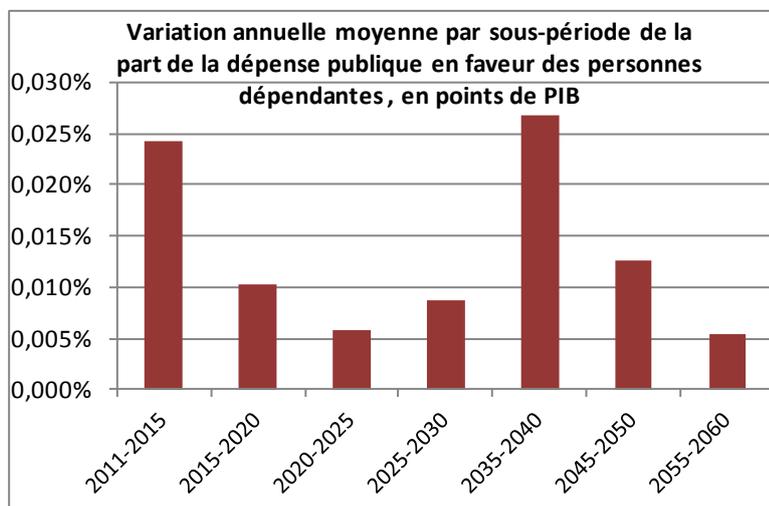
Illustration des trois périodes principales de la projection dans le scénario central



Source : Calculs Drees (2013).

GRAPHIQUE 1B

Évolutions par période fine dans le scénario central



Nota : sous les scénarios « prix » et « salaires », le profil temporel d'évolution serait similaire par période fine, seul les niveaux constatés seraient différents.

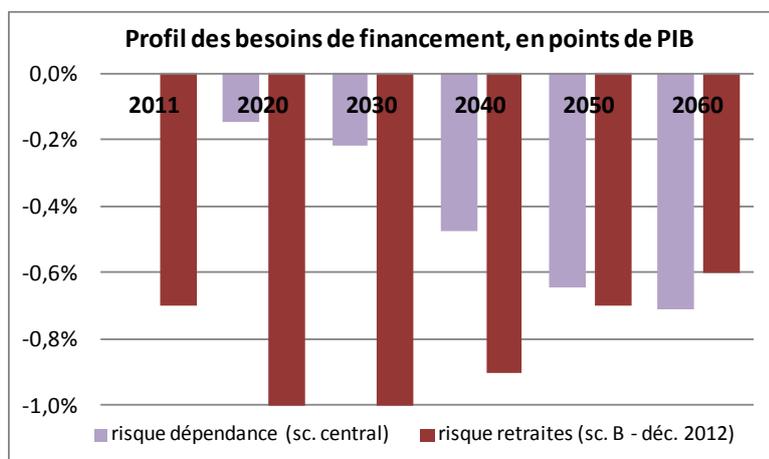
Source : Calculs Drees (2013).

3.2 – Des besoins de financement nettement décalés dans le temps par rapport au profil temporel du risque retraites

Le premier résultat mis en évidence quant aux projections des dépenses publiques de dépendance est que l'apparition de besoins de financement serait plus tardif qu'en matière de retraite (cf. graphique 2). En effet, les principaux besoins de financement des régimes de retraite devraient être atteints vers 2020 sous le scénario central des projections à l'horizon 2060 publiées par le Conseil d'orientation des retraites (COR) en décembre 2012. À cet horizon, les besoins de financement du risque retraites varieraient de 0,9 à 1,1 point de PIB selon les scénarios (ils atteindraient 1,0 point en 2020 dans le scénario B).

GRAPHIQUE 2

Comparaison des risques dépendance et retraites à différents horizons



Nota : Pour le risque dépendance, il a conventionnellement été supposé une situation à l'équilibre en 2011, la variation du besoin de financement traduit uniquement celle de la dépense, indépendamment de toute hypothèse de recette.

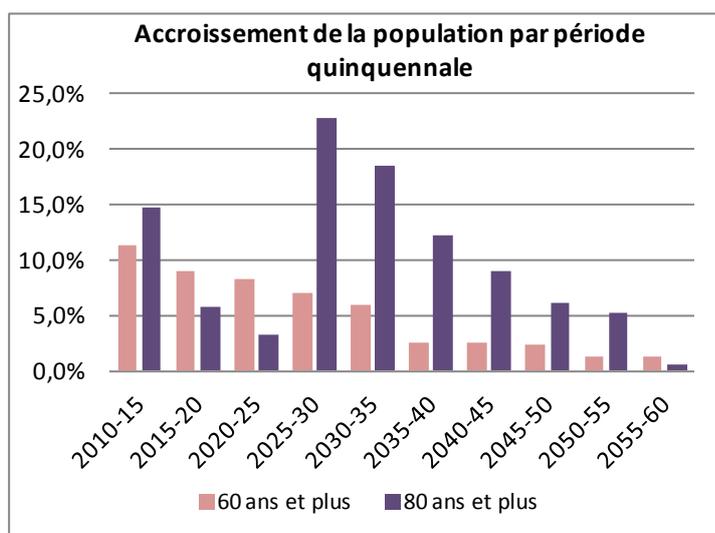
Sources : Drees (2013, maquette *Rustica*), rapport du COR de décembre 2012.

À très long terme en revanche (après 2050), les besoins de financement du risque dépendance deviendraient supérieurs à ceux du risque retraites et ce, quoique l'effet modérateur de la dernière réforme des retraites, postérieure à l'exercice de projection du COR, ne soit par définition pas pris en compte¹⁸.

La différence de profil temporel entre les comptes de la dépendance et de la retraite est très directement liée aux importants effets démographiques observés sur la période, comme illustré au graphique 3.

GRAPHIQUE 3

Dynamiques démographiques comparées des personnes de 60 ans et plus et de 80 ans et plus



Lecture : en 2015, les effectifs de personnes âgées de 80 ans et plus en France métropolitaine seraient près de 15 % plus élevés qu'en 2010.

Source : calculs Drees sur données Insee (projections démographiques France métropolitaine à 2060, scénario central).

Alors que l'accroissement des effectifs des personnes de 60 ans et plus, que l'on peut considérer en première analyse comme un proxy de la population des retraités, s'effectuerait à un rythme continûment décroissant sur la période 2010-2060, la dynamique des 80 ans et plus, âge auquel la prévalence de la dépendance devient élevée (voir premier graphique de l'encadré A2-1 en annexe 2) serait nettement plus complexe. Partant d'une dynamique supérieure sur la période 2010-2015 à celle des 60 ans et plus, la progression des effectifs de personnes âgées de 80 ans et plus ralentirait fortement à l'horizon 2020-25 avant de repartir de manière extrêmement marquée dès 2025-30. À compter de 2030-35 et jusqu'au terme de la projection, la progression des effectifs des 80 ans et plus ralentirait de nouveau de manière progressive, tout en restant nettement supérieure à celle des 60 ans et plus jusqu'en 2050-55.

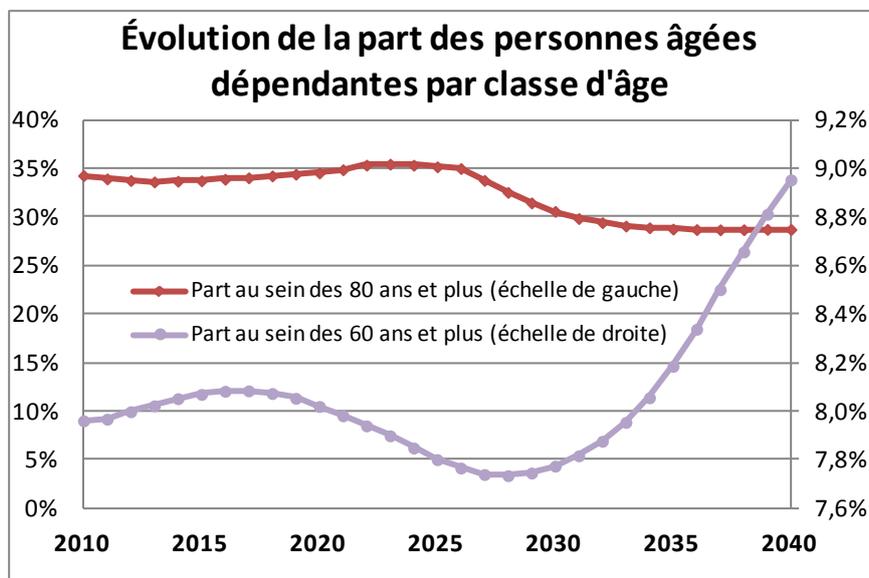
Cette dynamique spécifique des effectifs de personnes de 80 ans et plus est à rapprocher de phénomènes démographiques identifiés de longue date : les classes creuses nées pendant les années 1930 et la seconde guerre mondiale atteindraient des âges auxquels l'incidence de la dépendance est forte vers 2015-2025 tandis que vers 2025-2035, ce serait au tour des classes d'âge nombreuses du baby boom.

Du fait des tailles différentes des classes d'âge et des différences des taux de prévalence de la dépendance par âge, on constate une baisse significative de la part de la population dépendante dans la population des 80 ans et plus à la date de l'arrivée à cet âge des « baby boomers » (80 ans pour la génération 47 en 2027), baisse qui s'amorce plus tôt pour les mêmes raisons dans la population des plus de 60 ans. Cette baisse est transitoire, comme le montre d'ailleurs la courbe, figurée au graphique 4, des personnes dépendantes dans les 60 ans et plus.

¹⁸ Ce constat vaut dans le scénario macroéconomique central. Ce ne serait pas le cas avec les scénarios économiques moins favorables. En effet, les besoins de financement des retraites sont plus sensibles aux hypothèses macro-économiques que ceux de la dépendance.

GRAPHIQUE 4

Évolution des parts de personnes dépendantes dans la population des 80 ans et plus (échelle de gauche) et dans la population des 60 ans et plus (échelle de droite)



Source : Drees.

3.3 – Des effets des variantes d'indexation différenciés selon la composante du risque considérée

Au-delà des constats globaux mis en évidence au point 3.1 quant aux écarts de niveau de la dépense publique entre les scénarios, les différentes composantes de la projection ne réagissent pas toutes de manière similaire aux hypothèses d'indexation. Ainsi, si la sensibilité de la composante « médico-sociale » de la projection à une indexation supérieure aux prix apparaît importante, ce n'est pas le cas de la composante « hébergement » qui est à l'inverse très inerte.

L'explicitation de ces phénomènes nécessite de poursuivre l'analyse à un niveau de nomenclature plus désagrégé, en descendant au niveau des aides fiscales et sociales dont bénéficient les personnes âgées dépendantes.

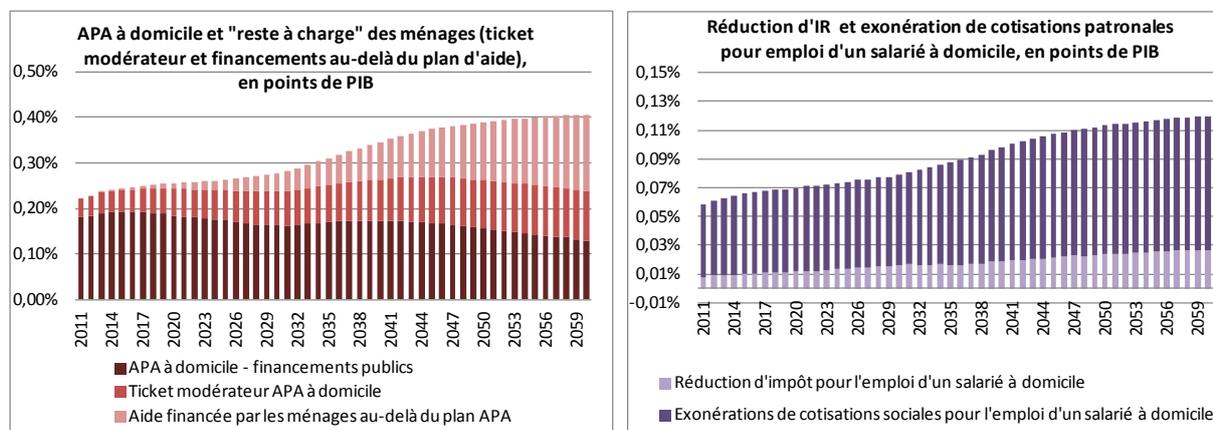
S'agissant des dépenses médico-sociales, les deux-tiers environ des financements publics de 2011 sont portés par la seule allocation personnalisée à l'autonomie, qui est servie à la fois à domicile et en établissement. Pour ce qui est des dépenses d'hébergement, les huit dixièmes de l'aide publique sont constitués, par ordre d'importance décroissante, de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et des allocations logement servies en institution, composantes qui réagissent de manière opposées aux mécanismes d'indexation. L'aide sociale à l'hébergement vient en effet en complément des autres aides afin de solvabiliser les personnes les plus modestes.

À domicile, les évolutions de l'APA et des aides fiscales et sociales associées (réduction d'impôt sur le revenu portant sur la part de l'aide humaine non financée par la puissance publique et exonération de cotisations sociales pour l'emploi d'un salarié à domicile, qui concerne quant à elle la totalité de la dépense en besoin d'aide humaine) sont représentées ci-après aux graphiques 5 et 6 sous les scénarios d'indexation extrêmes étudiés (prix et salaires). Ces graphiques, qui donnent un aperçu partiel de la dépense¹⁹, permettent de visualiser les effets des différentes variantes d'indexation simulées.

¹⁹ Seules sont présentées ici les composantes de la dépense fiscale et sociale de dépendance à domicile directement ou indirectement liées à des aides dispensées dans le cadre de l'APA ou des aides humaines acquittées par les ménages (ticket modérateur de l'APA et aide au-delà du plan d'APA). Le compte complet en projection est présenté à la section suivante

GRAPHIQUE 5

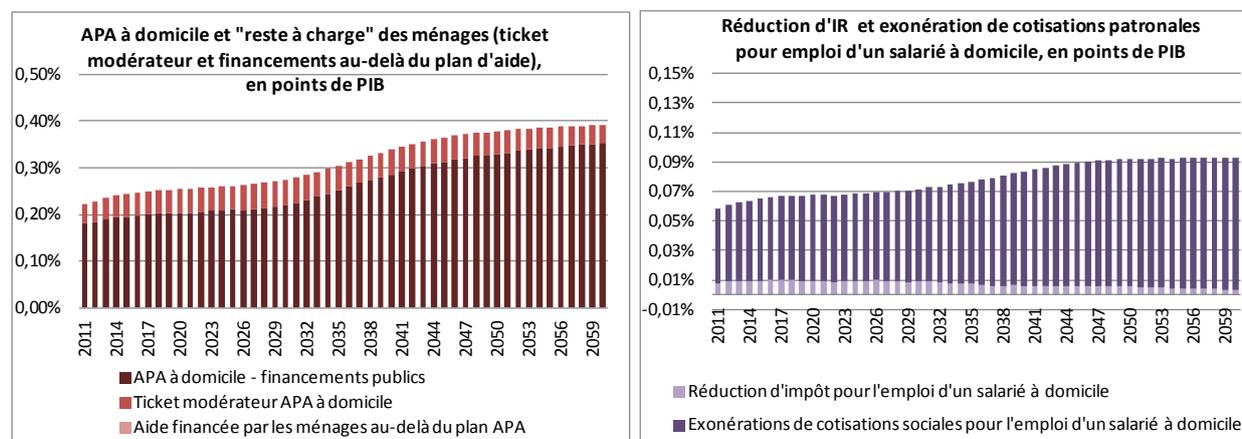
Évolution, en parts de PIB, de la dépense d'APA à domicile et des avantages fiscaux et sociaux liés à l'emploi d'un salarié à domicile, sous le scénario d'indexation sur les prix



Source : Drees (2013, maquette *Rustica*). Scénario d'indexation « prix », avec effectifs intermédiaires de personnes âgées dépendantes et scénario macroéconomique B.

GRAPHIQUE 6

Évolution, en parts de PIB, de la dépense d'APA à domicile et des avantages fiscaux et sociaux liés à l'emploi d'un salarié à domicile, sous le scénario d'indexation sur les salaires



Source : Drees (2013, maquette *Rustica*). Scénario d'indexation « salaires », avec effectifs intermédiaires de personnes âgées dépendantes et scénario macroéconomique B.

Dans l'ensemble des scénarios d'indexation, la somme de la dépense publique d'APA, du ticket modérateur acquitté par les ménages à ce titre et de la dépense au-delà du plan d'aide qu'ils sont supposés auto-financer sont les mêmes en parts de PIB pour une année donnée : cela correspond à l'hypothèse implicite que le volume d'aide humaine consommé pour compenser la perte d'autonomie est identique dans chacun des cas. Les deux graphiques de gauche qui précèdent ne se distinguent que par l'importance respective de ces trois composantes (aide publique, ticket modérateur de l'APA et aide financée par les ménages au-delà du montant de cette allocation) car, si la dépense totale est identique, son financement diffère.

Dans le scénario « prix », une part croissante de la dépense de prise en charge de la perte d'autonomie reposerait sur les ménages et ce, à deux titres :

- le ticket modérateur serait plus élevé que dans les scénarios pour lesquels le barème de l'APA serait indexé sur un indice reflétant le coût de l'aide humaine, à savoir les salaires ;

- la part de la dépense que les ménages devraient financer eux-mêmes au-delà du plan d'aide d'APA irait également croissant. Dans le scénario polaire d'une indexation des plans d'aide d'APA sur les salaires, cette dépense supplémentaire entièrement financée par les ménages serait *a contrario* supposée nulle (cette dépense au-delà du plan d'aide étant elle-même supposée nulle - par convention - dans le compte en année de base).

La charge supportée par les ménages serait toutefois atténuée par le dispositif de réduction d'impôt sur le revenu, qui joue un rôle d'amortisseur d'autant plus notable que le « reste à charge » des ménages est élevé (tandis que les exonérations de cotisations sociales liées à l'emploi d'un salarié à domicile, déterminées par le volume total d'aide, demeurent inchangées d'un scénario à l'autre).

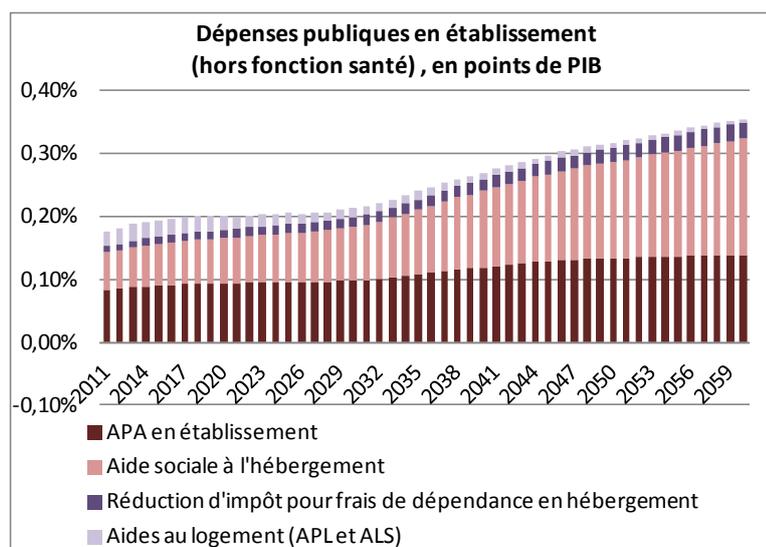
En établissement, des analyses similaires peuvent être menées. À titre d'illustration, sont présentées aux graphiques 7 et 8 les dépenses publiques (fiscales et sociales, hors champ « santé ») relatives à la prise en charge des personnes âgées dépendantes en institution et leur répartition par type d'aide sous les deux scénarios d'indexation polaires (prix et salaires).

Là encore, la dépense totale, tous financeurs confondus, est supposée évoluer par personne âgée dépendante comme le salaire moyen par tête et n'est donc pas impactée par les différentes hypothèses d'indexation des prestations et aides fiscales. Hors champ santé, elle s'établit à 1,02 point de PIB en 2060 (cf. tableau 3). Toutefois, le jeu des mécanismes d'indexation conduit à faire croître moins rapidement les sommes consacrées à des prestations telles que l'APA et les aides au logement dans le scénario « prix » que dans les autres scénarios. De ce fait, la réduction d'impôt et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) délivrées aux personnes hébergées y jouent alors un rôle plus important. En effet, l'hypothèse d'indexation sur les « prix » du barème de l'impôt sur le revenu conduit un plus grand nombre de ménages de personnes âgées dépendantes (dont les revenus évoluent comme les pensions) à devenir imposables et par-là même à pouvoir bénéficier des réductions d'impôt liées aux frais d'hébergement en institutions. Dans le cas de l'ASH, il s'agit de limiter la charge liée à l'hébergement des ménages à revenus modestes et de leur laisser un « reste à vivre ».

Au niveau macroéconomique, il en résulte au global un profil décroissant pour les aides au logement et croissant pour les réductions d'impôt dans le scénario « prix », à l'inverse de ceux observés dans le scénario « salaires » (le scénario « intermédiaire », non représenté ici, se situant, par construction, dans une situation mitoyenne).

GRAPHIQUE 7

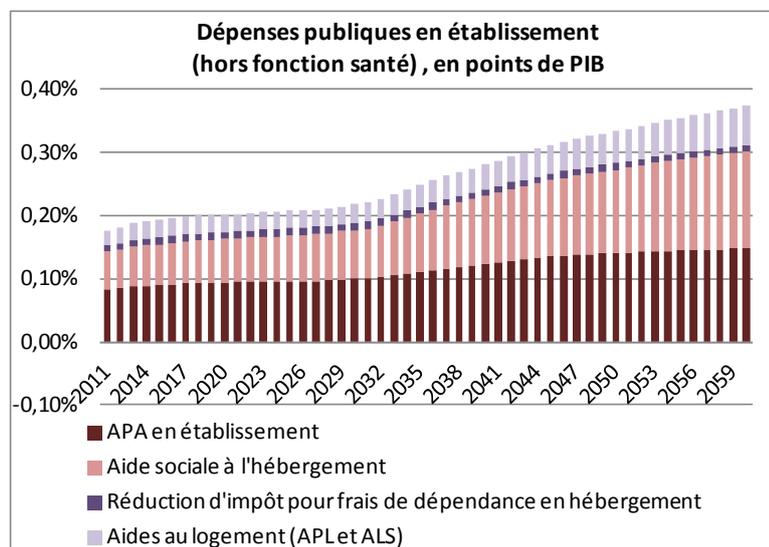
Évolution, en parts de PIB, des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance en établissement sous le scénario d'indexation sur les prix



Source : Drees (2013, maquette *Rustica*).

GRAPHIQUE 8

Évolution, en parts de PIB, des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance en établissement sous le scénario d'indexation sur les salaires



Source : Drees (2013, maquette *Rustica*).

Par des effets de composition de la dépense, ces phénomènes d'indexation expliquent, qu'au final, tous modes d'hébergement confondus, la composante « médico-sociale » de la projection soit plus dynamique dans le cas d'une indexation sur les salaires tandis que la composante « hébergement » n'évolue pratiquement pas selon le mode d'indexation.

4 – Le compte complet de la dépendance à l'horizon 2060

Les analyses présentées au point précédent illustrent les effets des indexations mais ne donnent qu'une vision partielle des financements publics et du « reste à charge » des ménages : en effet, ces analyses excluent le champ « santé » et ne rendent pas compte des phénomènes de compensation entre certains postes, en particulier les effets de compensation liés aux réductions d'impôt sur le revenu. Ainsi, obtenir une vision complète du « reste à charge » effectivement supporté par les ménages au titre de la prise en charge de la dépendance suppose de recourir à des analyses combinées sur l'ensemble du champ de la dépense, dans lesquelles le « reste à charge » des ménages est diminué des avantages fiscaux dont ils bénéficient (selon le mode d'hébergement considéré, il s'agit de la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile ou pour frais d'hébergement en institution).

Une telle consolidation du compte à l'horizon 2060 est présentée au tableau 3 par grand financeur (finances publiques et ménages) et par mode d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Il ressort de ce tableau qu'à l'horizon 2060, l'effort financier global de prise en charge de la dépendance serait, en termes relatifs (une fois neutralisés les effets de la croissance économique sur la période 2011-2060, comme présenté à l'encadré 2), 83 % plus élevé qu'en 2011 sous le scénario central. Exprimé en parts de PIB, cela représenterait, tous financeurs confondus, 1,17 point de plus qu'en 2011.

TABLEAU 3

Les dépenses totales par mode d'hébergement et par financeur à l'horizon 2060 sous le scénario central

Champ	Valeur équivalente de 2011		Points de PIB			
	2011 (Md€)	2060 (Md€)	2011	2060	dont financeurs publics (2060)	dont ménages (2060)
Santé	11,0	19,4	0,55%	0,97%	0,97%	0,01%
dont à domicile	3,1	5,4	0,16%	0,27%	0,27%	0,01%
dont en établissement	7,9	14,0	0,40%	0,70%	0,70%	0,00%
Dépendance	9,7	16,9	0,48%	0,84%	0,59%	0,25%
dont à domicile	6,9	11,9	0,35%	0,59%	0,44%	0,15%
dont en établissement	2,7	5,0	0,14%	0,25%	0,15%	0,10%
Hébergement	7,5	15,3	0,38%	0,77%	0,21%	0,55%
Total	28,3	51,6	1,41%	2,58%	1,77%	0,81%
dont à domicile	10,1	17,3	0,50%	0,86%	0,71%	0,16%
dont en établissement	18,2	34,3	0,91%	1,71%	1,06%	0,66%

Nota : les valeurs présentées ici correspondent au scénario central avec indexation intermédiaire (mi-prix, mi-salaires), effectifs intermédiaires de personnes âgées dépendantes et scénario macroéconomique central (scénario B).

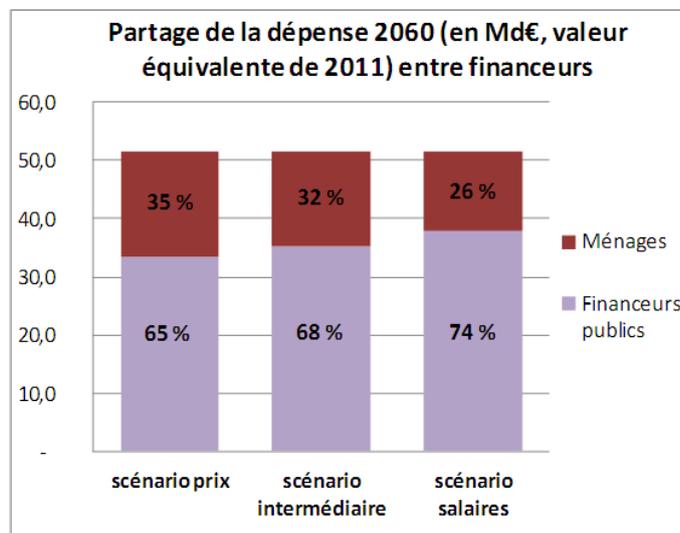
Source : Drees (2013, maquette *Rustica*).

Cette évolution est imputable en grande partie à l'importance des phénomènes démographiques attendus sur la période : comme discuté au point 3.2 et en annexe 2, les effectifs de population dépendante doubleraient à l'horizon 2060 par rapport à 2011 (pour les GIR 1 à 4) sous le scénario central.

Sous les autres scénarios d'indexation, on retrouve les mêmes montants globaux de dépense, en raison de l'hypothèse d'inélasticité de la demande d'aide à son coût. Toutefois, le partage de la dépense globale entre financeurs varie alors, comme illustré au graphique 9, toutes les aides ne se compensant pas nécessairement en niveau au sein des financeurs publics lorsqu'on modifie leurs modes d'indexation.

GRAPHIQUE 9

Répartition projetée pour 2060 des dépenses de prise en charge de la dépendance sous les différents scénarios d'indexation



Source : Drees (2013, maquette *Rustica*).

Le « reste à charge » final des ménages ainsi calculé ressort à des niveaux d'autant plus faibles que l'indexation est soutenue. Inversement, la part de la dépense qui repose *in fine* sur les pouvoirs publics présente un dynamisme d'autant plus grand que l'indexation des barèmes des prestations et des aides fiscales est forte. Enfin, si les résultats du scénario intermédiaire se situent bien entre ceux des scénarios « prix » et « salaires », ils sont, à long terme, plus proches du premier en raison d'effets de cumul d'une moindre indexation.

Annexe 1 – La méthodologie de projection

D'une manière similaire à la méthodologie déjà retenue en 2011 dans le cadre du groupe Charpin, deux principaux cas de figure ont été distingués dans les nouvelles simulations effectuées selon que les dépenses sont ou non supposées évoluer en lien avec les revenus des personnes âgées dépendantes :

- **S'agissant des dépenses supposées indépendantes du revenu des personnes âgées dépendantes**, celles-ci évoluent en fonction des effectifs de personnes dépendantes (par GIR et par mode d'hébergement) et, selon les cas, en lien avec la croissance projetée du PIB par tête, ou avec la croissance du SMPT ; ou encore plus simplement en fonction de la croissance du PIB²⁰.
 - > Pour **les dépenses de soins** il est supposé qu'elles évolueront globalement au rythme du PIB ; et par conséquent que les dépenses par personne âgée dépendante évolueront comme le PIB par tête ;
 - > Pour **les dépenses médico-sociales** d'aide à la personne et les exonérations de cotisations sociales pour les emplois à domicile associées, les aides sociales des collectivités territoriales et des régimes de retraite²¹ ou encore les taux réduits de TVA pour les services à la personne et le financement par la CNSA d'actions d'animation, il est supposé qu'elles évolueront - par personne dépendante - comme toute charge de personnel, c'est-à-dire comme le SMPT ;
 - > Pour **les dépenses d'hébergement** des personnes dépendantes (tarif hébergement en établissement hors « gîte et couvert »²²), il est supposé qu'elles évolueront également, par personne hébergée, comme les salaires par tête ;
 - > Pour **l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance en faveur des contrats d'assurance** dépendance, il est supposé qu'elle concerne *a priori* l'ensemble de la population et évolue ainsi comme la richesse nationale, c'est-à-dire comme le PIB ;
 - > Enfin, pour **les autres dépenses** (les taux réduits de TVA sur certains appareillages spécifiques et sur la construction des établissements pour personnes âgées, le crédit d'impôt sur le revenu pour les équipements spéciaux ou encore le financement par la CNSA d'opérations d'investissement²³), il est supposé qu'elles évolueront - par personne dépendante - comme les prix, c'est-à-dire que leur évolution globale ne dépend en euros constants que de l'évolution du nombre de personnes dépendantes.

Dans tous les cas, pour la composante de la dépense liée aux effectifs, la simulation s'appuie sur les projections de personnes âgées dépendantes de la Drees, sous chacun des trois scénarios démographiques de personnes âgées dépendantes, tels que décrits à l'annexe 2. Ceux-ci aboutissent à une croissance plus ou moins importante des effectifs de personnes âgées selon leur niveau de dépendance (du GIR 1 au GIR 4) à l'horizon 2060. L'évolution du nombre de personnes en GIR 5 et 6 se déduit par différence entre l'évolution de la population totale des 60 ans et plus pour la France entière à l'horizon 2060, elle-même reconstituée par la Drees à partir des projections France métropolitaine de l'Insee, et les projections des GIR 1 à 4.

La répartition des effectifs entre domicile et établissement repose quant à elle sur les enquêtes réalisées par la Drees sur les modes d'hébergement ; elle est supposée stable pour chaque GIR en projection²⁴.

²⁰ Les évolutions postulées du PIB et du SMPT sont détaillées au tableau 2 de l'annexe 3.

²¹ En toute rigueur il faudrait tenir compte de l'évolution des revenus des personnes âgées dépendantes pour la projection des dépenses d'aide sociale des collectivités territoriales et des régimes de retraite. Cela aurait toutefois supposé que l'on dispose des barèmes mis en œuvre et des ressources des bénéficiaires.

²² Afin de disposer du seul surcoût engendré par l'institutionnalisation en établissement du fait de la situation de dépendance, il convient de retrancher du tarif de l'hébergement, outre les aides publiques reçues (ASH, aides au logement, réduction d'impôt pour frais d'hébergement), le « gîte et couvert » qui représente les dépenses inévitables (alimentation, assurances logement, loyer...) que la personne devrait de toute façon acquitter quels que soient son degré de dépendance et son lieu d'hébergement. Cette dépense est estimée selon la même méthodologie que celle présentée en détail dans le rapport de 2011 piloté par Bertrand Fragonard (voir annexes au rapport du groupe n°4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »).

²³ En ce qui concerne le plan de modernisation des établissements, il a été supposé que celui-ci n'était pas reconduit au-delà de 2013.

²⁴ Toutefois, en raison d'un effet de structure (la proportion des personnes résidant en institution étant croissante avec le niveau de dépendance), dans la projection, qui est effectuée séparément pour chaque groupe iso-ressource, la répartition des personnes par mode d'hébergement varie – dans des proportions différentes selon les scénarios – à l'horizon 2060.

- **S'agissant des dépenses supposées liées au revenu des personnes âgées dépendantes**, leur projection nécessite de faire appel à des outils plus complexes.
 - > Dans un premier temps, pour chacun des scénarios macroéconomiques supposés, l'Insee micro-simule les revenus annuels des personnes âgées sur l'ensemble de la période 2011-2060 grâce au modèle *Destinie*.
 - > Dans un deuxième temps, sur la base de ces revenus estimés au niveau individuel et des effectifs projetés de personnes dépendantes connus par ailleurs, le modèle *Autonomix* de la Drees a permis de micro-simuler à son tour, sous l'ancien scénario macro-économique central²⁵ et les quatre variantes d'indexation et d'effectifs de personnes âgées dépendantes, les droits à prestation de chacune des aides dont l'obtention et/ou le montant sont fonction des ressources (ainsi que, le cas échéant, de l'évolution du salaire des aidants, supposé suivre celle du salaire moyen par tête - SMPT -). C'est le cas par exemple de l'APA, mais aussi des diverses aides fiscales qui en découlent (comme les réductions d'impôt sur le revenu pour l'emploi d'un salarié à domicile ou en lien avec un hébergement en établissement) et, plus généralement, des diverses prestations destinées à solvabiliser l'hébergement des personnes âgées dépendantes en établissement (allocations logement et aide sociale à l'hébergement, pour les plus démunies).
 - > Dans un troisième temps, un outil de simulation plus léger a été mis au point à la Drees afin de simuler à un niveau méso-économique l'ensemble des variantes demandées. Cet outil, la maquette *Rustica*, a été étalonné à partir du modèle *Autonomix* sous les cinq scénarios précédemment simulés et a ensuite été utilisé pour la simulation des neuf scénarios présentés au schéma 1 de l'article²⁶.

²⁵ Les cinq scénarios simulés dans un premier temps s'appuyaient sur le scénario macroéconomique B utilisé par le COR pour son exercice de projection mené en décembre 2012.

²⁶ Les neuf nouveaux scénarios s'appuient sur un jeu de cinq scénarios macroéconomiques élaborés par la DGTrésor pour le HCFiPS à l'automne 2013 sur la base notamment des nouvelles hypothèses communes au PLF et au PLFSS pour l'année 2014.

Annexe 2 – Les principales hypothèses démographiques sous-tendant la projection des dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes

La démographie générale de source Insee et les hypothèses de populations âgées dépendantes calculées par la Drees et utilisées pour les projections sont synthétisées au tableau ci-dessous :

TABLEAU A2-1

Les hypothèses démographiques

Démographie	2011	2015	2020	2025	2030	2040	2050	2060
Population totale (millions)	65,1	66,5	68,0	69,5	70,8	73,2	74,9	76,4
dont plus de 60 ans	14,3	15,7	17,2	18,7	20,2	22,4	23,5	24,3
Pop. Dépendante (sc inter.)	1 176	1 294	1 404	1 481	1 581	1 982	2 244	2 355
dont GIR 1-2 (milliers)	420	460	497	518	540	658	755	792
dont GIR 3-4 (milliers)	755	834	906	963	1 041	1 324	1 489	1 563
Pop. Dépendante (sc haut)	1 176	1 311	1 447	1 554	1 691	2 189	2 541	2 740
dont GIR 1-2 (milliers)	420	460	497	518	540	658	755	792
dont GIR 3-4 (milliers)	755	852	950	1 036	1 152	1 531	1 786	1 948
Pop. Dépendante (sc bas)	1 176	1 266	1 338	1 375	1 430	1 715	1 876	1 903
dont GIR 1-2 (milliers)	420	460	497	518	540	658	755	792
dont GIR 3-4 (milliers)	755	806	841	858	890	1 057	1 121	1 111
Résidents en institution (GIR 1-4)								
sc. haut	463	513	561	596	639	810	937	1 001
sc. inter	463	508	551	578	612	760	864	907
sc. bas	463	501	535	552	575	694	774	796

Sources : Insee, Drees

La méthodologie de projection des effectifs de personnes âgées dépendantes a été reprise de celle élaborée par la Drees lors des travaux du groupe Charpin de 2011. Comme précisé dans le document « *Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation* »²⁷, le nombre de bénéficiaires de l'APA projeté dépend de deux facteurs : le nombre de personnes âgées dans la population d'une part (composante démographique) et la proportion de personnes âgées qui bénéficient de l'APA d'autre part (composante liée à la dépendance).

Le calcul se fonde en premier lieu sur les populations par sexe et âge projetées par l'Insee : afin d'intégrer l'influence de la démographie sur l'évolution à venir du nombre de bénéficiaires de l'APA, est appliquée, aux effectifs de population par sexe et âge, une proportion de personnes supposée bénéficiaires de l'APA. C'est sur l'évolution future de cette proportion que portent les hypothèses sous-jacentes aux trois scénarios. Ce raisonnement est conduit séparément pour les hommes et pour les femmes, par âge détaillé, et ce pour chaque année, entre l'année de départ des projections et son horizon temporel.

Chacun des trois scénarios postulés suppose que le nombre de personnes « lourdement » dépendantes (GIR 1 et 2) évoluerait de la même manière : les écarts entre les différents scénarios portent donc uniquement sur la dépendance « modérée » (GIR 3 et 4). L'idée sous-jacente est que : « *l'incertitude concerne principalement l'évolution de la dépendance modérée, dont les contours sont moins aisés à définir, et qu'une fréquence plus ou moins grande de la dépendance modérée pourrait être sans incidence sur celle de la dépendance lourde si des mesures adéquates – portant aussi bien sur les aides techniques que sur la prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie – sont mises en œuvre* ».

Plus précisément, le **scénario bas** postule « la stabilité de la durée de vie en dépendance (être dépendant signifiant ici bénéficier de l'APA) à 65 ans. Tous les gains d'espérance de vie générale seraient des gains d'espérance de vie sans APA. Il y aurait donc un simple décalage dans le temps de la période vécue en situation de dépendance (cf. tableau A2-2) et la proportion de cette période vécue avec APA diminuerait. Ce scénario va ainsi dans le sens d'une compression rela-

²⁷ Dossier Solidarité Santé n° 43, Drees, septembre 2013, Aude Lecroart, Oliver Froment, Claire Marbot et Delphine Roy.

tive de la morbidité, et induit globalement une légère baisse des taux de prévalence par âge. Le choix de cette hypothèse repose sur l'évolution globalement parallèle de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité observée à partir de certaines enquêtes au cours des années 1990-2000, qui s'inscrivait alors comme une tendance de fond. Dès lors, les incertitudes sur les tendances à venir amènent à prendre en considération ce scénario comme un des scénarios envisageables. »

Le scénario intermédiaire suppose que : « le rapport entre l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie globale est constant dans le temps. L'espérance de vie sans incapacité évolue au même rythme que l'espérance de vie : la part de la durée de vie en dépendance à 65 ans au sens de l'APA est donc stable. Cette hypothèse est moins optimiste que la première, puisqu'ici la durée de vie en dépendance augmente légèrement. On fait l'hypothèse que le nombre de personnes en GIR 1-2 évoluerait de manière identique à l'hypothèse basse, toute la différence se concentrant sur les GIR 3 et 4. »

Enfin, **le scénario haut** se décline « avec des hypothèses différentes selon le niveau de dépendance : les taux de prévalence par âge seraient constants chez les personnes âgées « modérément » dépendantes (GIR 3 et 4), en revanche l'espérance de vie en dépendance « lourde » (GIR 1 et 2) calculée à 65 ans serait stable. L'évolution des GIR 3 et 4 y est donc plus pessimiste que celle des GIR 1 et 2 (dont l'évolution correspond à celle de l'hypothèse basse). Dans ce scénario, la durée de vie en dépendance augmente globalement, de manière assez forte car les personnes appartenant aux GIR 3 et 4 sont les plus nombreuses (elles représentent 65 % des bénéficiaires de l'APA). Ce scénario prend en compte l'augmentation possible de la prévalence des démences et les tendances récentes d'espérance de vie sans incapacité chez les 50-65 ans, dans un climat d'incertitudes fortes. Des techniques de compensation, des politiques de prévention joueraient ici un rôle pour empêcher l'aggravation de l'état de dépendance en maintenant plus souvent les personnes concernées en GIR 3 et 4. »

TABLEAU A2-2

Synthèse des effets des scénarios d'évolution de la dépendance à 65 ans

		Scénario haut	Scénario intermédiaire	Scénario bas
Hommes	EV	23,6 ans		
	Gains EV 2010-60	+5,3 ans		
	EVSI	21,3 ans	21,7 ans	22,1 ans
	EVSI/EV	90%	92%	94%
	Gains EVSI 2010-60	+ 4,5 ans	+ 4,9 ans	+ 5,3 ans
Femmes	EV	27,6 ans		
	Gains EV 2010-60	+4,9 ans		
	EVSI	22,8 ans	23,4 ans	24,1 ans
	EVSI/EV	82%	85%	87%
	Gains EVSI 2010-60	+ 3,5 ans	+ 4,1 ans	+ 4,9 ans

Légende : EV = espérance de vie (à 65 ans) ; EVSI = espérance de vie sans incapacité (à 65 ans).

Lecture : En 2010, l'espérance de vie sans incapacité des hommes de 65 ans atteint 21,7 ans dans le scénario intermédiaire, soit 92 % de l'espérance de vie des hommes de cet âge (23,6 ans). Sous ce scénario, les gains d'espérance de vie sans incapacité sont estimés à 4,9 années pour les hommes entre 2010 à 2060 tandis que les gains d'espérance de vie des hommes atteindraient 5,3 années.

Source : Drees.

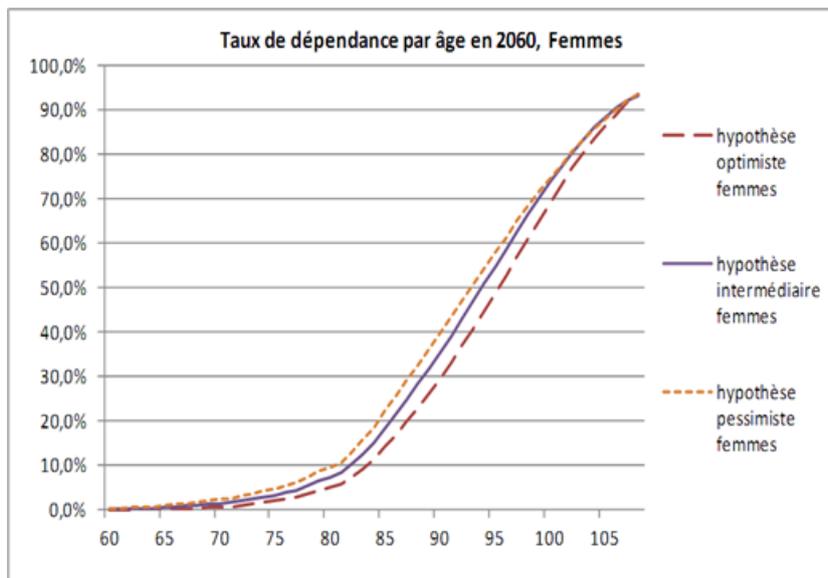
Ces trois scénarios peuvent correspondre à différentes combinaisons en termes d'incidence et de durée en dépendance, tel que présenté dans l'encadré A2-1 ci-après. En 2010, on estime que la durée moyenne des personnes dépendantes est égale à 4 ans environ pour une incidence de 60 % (probabilité d'être un jour dépendant). Cette situation est représentée dans le graphique de l'encadré par le carré noir. A l'horizon 2060, avec les gains d'espérance de vie sans perte d'autonomie, ce couple demeure possible dans le scénario « bas », les deux autres scénarios supposent une augmentation de l'un ou l'autre de ces deux paramètres.

ENCADRÉ A2-1

Prévalence et incidence de la dépendance

La prévalence est définie comme la part des personnes âgées dépendantes dans la population mesurée lors d'une année donnée. Elle est généralement calculée par sexe pour un âge ou pour une classe d'âges déterminés (par exemple, à 70 ans ou pour les personnes de 70 à 74 ans).

À titre d'illustration, le graphique suivant présente l'évolution par âge de la prévalence de la dépendance des femmes de plus de 60 ans mesurée pour l'année 2060.

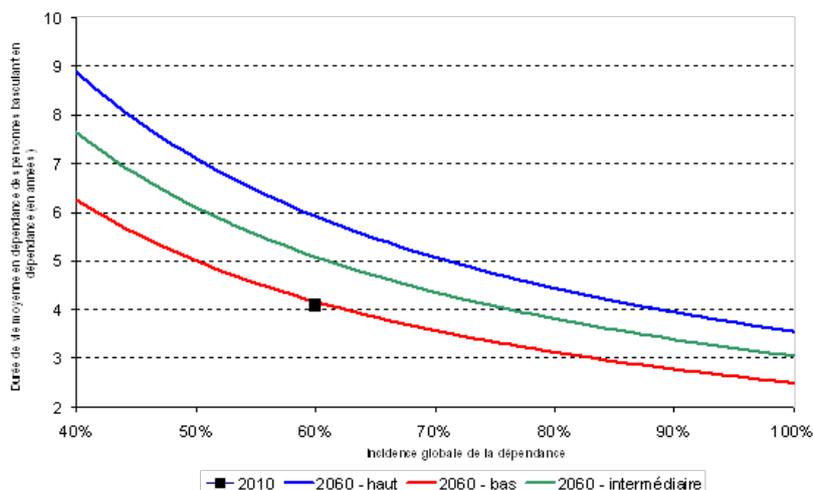


Source : Drees.

L'incidence représente quant à elle la probabilité, pour une personne encore en vie à 65 ans, d'être un jour en situation de dépendance avant de décéder. À l'inverse de la notion précédente, il ne s'agit donc pas là d'un taux mesuré « en instantané » mais calculé dans la durée, à partir de données de prévalence mesurées à différents âges.

À un scénario donné de prévalence, peuvent donc correspondre de multiples combinaisons de niveaux d'incidence et de durée de dépendance, en fonction des hypothèses retenues quant à la durée de survie des personnes en situation de dépendance. À titre d'illustration, le graphique suivant représente l'évolution possible à l'horizon 2060 de l'ensemble des couples incidence/durée envisageables sous les trois scénarios retenus, par rapport à la situation estimée en 2010.

Relation entre incidence et durée pour les femmes



Champ • France métropolitaine.

Sources • Drees, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007.

Annexe 3 – les scénarios macro-économiques

Les exercices de projection présentés dans cet article s'appuient sur les scénarios macro-économiques actualisés par la DG Trésor pour l'exercice du HCFIPS²⁸. Cinq scénarios tendanciel de long terme ont été retenus. Ceux-ci combinent des hypothèses d'évolution de la productivité à long terme et des hypothèses de cible de taux de chômage d'équilibre (cf. tableau A3-1).

TABLEAU A3-1

Hypothèses de croissance de la productivité et de taux de chômage cible à long terme selon les cinq scénarios macro-économiques retenus

Hypothèses à long terme	scénario tendanciel A'	scénario tendanciel A	scénario tendanciel B	scénario tendanciel C	scénario tendanciel C'
Taux de chômage cible <i>atteint en</i>	4,5% 2027	4,5% 2027	4,5% 2031	7,0% 2024	7,0% 2024
Gain de productivité annuel <i>atteint en</i>	2,00% 2027	1,80% 2026	1,50% 2024	1,30% 2025	1,00% 2025
Taux de croissance annuel du PIB entre 2030 et 2060	2,10%	1,90%	1,60%	1,40%	1,10%

Source : HCFIPS

Sous l'hypothèse d'une évolution à long terme du salaire moyen par tête identique à celle de la productivité, la part de la masse salariale dans le PIB se stabilise, quel que soit le scénario retenu, à partir des années 2025-2030 (années de convergence des taux de chômage à leur taux d'équilibre). À ces horizons la croissance du PIB est égale dans tous les scénarios aux gains de productivité correspondants augmentés de l'évolution de la croissance de la population active. Ainsi, le ratio du SMPT rapporté au PIB a la même tendance baissière dans tous les scénarios une fois le taux de chômage stabilisé, cette baisse étant imputable à l'évolution de la population active (cf. graphique A3-1).

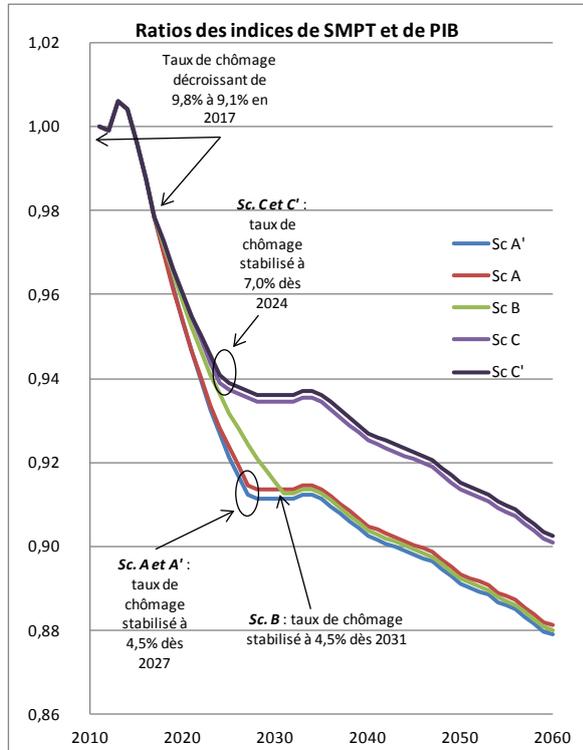
Les gains de productivité étant cependant très différents entre les scénarios, les écarts de niveaux de PIB sont importants du fait des effets cumulatifs des hypothèses de productivité. Entre les scénarios polaires A' et C', les niveaux de PIB s'écartent en effet d'environ 50 %, écart du même ordre de grandeur que celui concernant le SMPT (46 %) (cf. tableau A3-2). Les écarts en termes d'emploi sont en revanche faibles (de l'ordre de 3 %), ce qui montre l'effet limité d'un passage d'un taux de chômage de 7 % à 4,5 % à l'horizon 2060 comparé à celui d'une réduction des gains de productivité annuels de 1 % sur le long terme.

Ces résultats ne sont pas sans incidence sur les exercices de projection des dépenses totales de dépendance tous financeurs confondus. Celles-ci sont, dans la plupart des cas (cf. annexe 1), indexées sur l'évolution du SMPT. Dès lors le ratio des dépenses de dépendance en part de PIB est très peu sensible aux scénarios macro-économiques examinés. En niveaux toutefois (en valeur de l'année 2011) elles s'écartent sensiblement d'un scénario à l'autre.

²⁸ Rapport du HCFIPS sur « les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale », janvier 2014.

GRAPHIQUE A3-1

Évolutions comparées du ratio SMPT/PIB sous les différents scénarios macroéconomiques



Source : graphique Drees sur données DGTresor.

TABLEAU A3-2

Les hypothèses macroéconomiques retenues pour la projection

Hypothèses macroéconomiques	2011	2015	2020	2025	2030	2040	2050	2060
PIB en volume, sc. A' (Md€ 2011)	2 001	2 056	2 297	2 609	2 908	3 580	4 420	5 462
PIB en volume, sc. A (Md€ 2011)	2 001	2 056	2 294	2 596	2 869	3 463	4 192	5 080
PIB en volume, sc. B (Md€ 2011)	2 001	2 056	2 288	2 556	2 802	3 294	3 872	4 556
PIB en volume, sc. C (Md€ 2011)	2 001	2 056	2 281	2 513	2 689	3 090	3 561	4 109
PIB en volume, sc. C' (Md€ 2011)	2 001	2 056	2 274	2 472	2 606	2 907	3 252	3 643
Indice de PIB en volume, sc. A'	100	103	115	130	145	179	221	273
Indice de PIB en volume, sc. A	100	103	115	130	143	173	209	254
Indice de PIB en volume, sc. B	100	103	114	128	140	165	193	228
Indice de PIB en volume, sc. C	100	103	114	126	134	154	178	205
Indice de PIB en volume, sc. C'	100	103	114	123	130	145	163	182
Indice de SMPT, sc. A'	100	102	109	120	132	161	197	240
Indice de SMPT, sc. A	100	102	109	120	131	157	187	224
Indice de SMPT, sc. B	100	102	110	119	128	149	173	200
Indice de SMPT, sc. C	100	102	109	118	126	143	163	185
Indice de SMPT, sc. C'	100	102	109	116	122	135	149	164
Indice d'emploi, sc. A'	100	101	106	109	111	112	113	115
Indice d'emploi, sc. A	100	101	106	109	111	112	113	115
Indice d'emploi, sc. B	100	101	105	108	110	112	113	115
Indice d'emploi, sc. C	100	101	105	108	108	109	110	112
Indice d'emploi, sc. C'	100	101	105	108	108	109	110	112
Taux de chômage - sc. A' (en %)	9,2	10,0	7,6	5,3	4,5	4,5	4,5	4,5
Taux de chômage - sc. A (en %)	9,2	10,0	7,6	5,3	4,5	4,5	4,5	4,5
Taux de chômage - sc. B (central, en %)	9,2	10,0	7,9	6,2	4,8	4,5	4,5	4,5
Taux de chômage - sc. C (en %)	9,2	10,0	8,2	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Taux de chômage - sc. C' (en %)	9,2	10,0	8,2	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0

Source : DGTresor, Insee, calculs Drees (novembre 2013).

Liste des sigles

ACOSS : agence centrale des organismes de Sécurité sociale

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne

AGIRR : grille autonomie gérontologie groupes iso-ressources (permet de classer les personnes par niveau de gravité de dépendance, grille utilisée pour définir le champ des personnes pouvant bénéficier de l'APA)

AIS : actes infirmiers de soins (actes tels que : la toilette, l'hygiène, la garde à domicile ou encore la prévention)

AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne (faire ses courses, son ménage, se déplacer à l'extérieur de chez soi, faire sa lessive, gérer son budget...)

ALD : affection de longue durée

ALS : allocation de logement à caractère social

AMI : actes médicaux infirmiers (actes tels que : prélèvement, injection, pansement...).

APA : allocation personnalisée d'autonomie

APL : aide personnalisée au logement

ASH : aide sociale à l'hébergement

AVQ : activités de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller, s'alimenter, aller aux toilettes)

CHR : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

DGFIP : direction générale des finances publiques

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EV : espérance de vie

EVSI : espérance de vie sans incapacité

HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCF : Haut conseil à la famille

HCFIPS : Haut conseil du financement de la protection sociale

HSI : enquête handicap santé en institution

HSM : enquête handicap santé en ménages ordinaires

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IR : impôt sur le revenu

OGD : objectif global des dépenses (Il représente l'ONDAM médico-social augmenté d'une part des recettes propres de la CNSA)

ONDAM : objectif national d'assurance maladie

PCH : prestation de compensation du handicap

PSD : prestation spécifique de dépendance

PIB : produit intérieur brut

SMIC : salaire minimum interprofessionnel de croissance

SMPT : salaire moyen par tête

SNIIRAM : système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

TSCA : taxe spéciale sur les conventions d'assurance

TVA : taxe sur la valeur ajoutée

USLD : unité de soins de longue durée

Bibliographie

Articles de périodiques et articles de revue

- Roy D. et Marbot C., 2013, « L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040 », *Insee analyses*, Insee, n°11, septembre.
- Lecroart, A., Froment O., Marbot C., Roy D., 2013, « Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation », *Dossier solidarité santé*, Drees, n°43, septembre.
- Calvet L. et Montaut A., 2013, « Les dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes », *Dossier solidarité santé*, Drees, n°42, août.
- Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 (EHPA 2011, Drees), *Premières données* – juillet 2013
- Bérardier M., 2012, « Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : quels restes à charge pour les bénéficiaires ? », *Revue française des affaires sociales*, 2012/2-3 (n° 2-3), pp. 197-217.
- Joëlle Chazal, Jacqueline Perrin-Haynes, 2012, « L'hébergement offert en établissements pour personnes âgées », *Dossier Solidarité et Santé*, Drees, n°29, juin.
- Eghbal-Téhérani, S. et Makdessi, Y., 2011, « Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 », *Document de travail, Série sources et méthodes*, Drees, n°26, septembre.
- Bérardier M., Debout C., 2011, « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », *Étude et Résultats*, Drees, n° 748.
- Lecroart A., 2011, « Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 - Sources, méthode et résultats », *Document de travail, Série Sources et Méthodes*, Drees, n° 23.
- Bérardier M., 2011, « APA à domicile : quels montants si l'APA n'était pas plafonnée ? », *Document de travail, Série Sources et Méthodes*, Drees, n° 21.
- Prévot J., 2009, « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Études et résultats*, Drees, n°699, août.

Rapports, colloques et conférences

- Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale, Haut Conseil du Financement de la protection sociale, janvier 2014.
- Rapport annuel 2013 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, décembre 2013.
- « La place des familles dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées », note adoptée par le Haut Conseil de la Famille lors de sa séance du 16 juin 2011.
- Rapport « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », J-M. Charpin, juin 2011.
- Rapport « Stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées », B. Fragonard, juin 2011.
- Rapport « Les personnes âgées dépendantes », rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations intéressées, Cour des comptes, novembre 2005.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directeur de la publication : Franck von Lennep

ISSN : 1958-587X
