

<https://archined.ined.fr>

Le financement de l'aide à l'autonomie : Comment adapter notre système de protection sociale au défi du vieillissement?

Roméo Fontaine

Version

Libre accès

POUR CITER CETTE VERSION / TO CITE THIS VERSION

Roméo Fontaine, 2018, "Le financement de l'aide à l'autonomie : Comment adapter notre système de protection sociale au défi du vieillissement?". Paris, Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (ILVV).

Disponible sur / Available at:

<http://hdl.handle.net/20.500.12204/AWOdujSyT8lN2zFb8q6z>

Le financement de l'aide à l'autonomie : Comment adapter notre système de protection sociale au défi du vieillissement ?

Roméo Fontaine - Chargé de recherche, Ined

Texte publié dans «Lettre d'information de l'Institut de la Longévité, des vieillesse et du vieillissement, n°13, p.1-3, juin 2018.

Les dépenses d'aide à l'autonomie des personnes âgées représentaient au total près de 30 milliards d'euros en 2014. Environ 79 % de ces dépenses sont aujourd'hui couvertes par des financements publics, le reste étant laissé à la charge des ménages confrontés à une situation de perte d'autonomie.

Le taux de couverture publique des dépenses d'aide à l'autonomie se situe à un niveau quasiment identique à celui des dépenses de santé, estimé à 78 % en 2016 (pour une dépense totale de près de 198,5 milliards d'euros, donc nettement plus élevée). Mais paradoxalement, si la France est fréquemment mise en avant dans les comparaisons internationales au regard de la faiblesse des dépenses de santé restant à la charge des ménages, nombreux sont ceux qui, dans le champ de la perte d'autonomie, pointent les limites de la couverture publique.

Si on prolonge la comparaison avec le financement des dépenses de santé, il convient en premier lieu de noter que les restes à charge en santé se répartissent sur une population plus importante que les restes à charge relatifs à la perte d'autonomie, d'où la nécessité d'étudier les restes à charge au niveau individuel. Après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, le reste à charge moyen en santé est estimé en moyenne à près de 40€/mois, contre près de 80€/mois à domicile et 900€/mois en établissement dans le cadre des dépenses d'aide à l'autonomie.

Deuxièmement, la couverture publique des dépenses de santé limite nettement plus que dans le champ de la perte d'autonomie le risque de dépenses importantes : si 10 % des individus ont des dépenses de santé supérieures à 100€/mois, ils sont près de 80-90 % des résidents en EHPAD à être dans ce cas.

Troisième différence, et non des moindres : le rôle joué par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance). Ces derniers financent 13 % des dépenses de santé, ce qui ajouté aux financements publics permet en réalité de mutualiser entre bien-portants et malades près de 92 % des dépenses. Compte tenu de la faible diffusion des assurances dépendance parmi les personnes âgées, le niveau de mutualisation opéré par ces organismes dans le cadre de la perte d'autonomie est nettement plus faible. Les dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie bénéficient donc d'un degré de mutualisation bien plus faible que les dépenses de santé (cf. tableau 1).

La prise en compte de l'aide informelle ne fait que renforcer ce constat. Le conseil d'analyse économique a estimé le coût de l'aide informelle à 7-11 milliards d'euros. Si on retient ce montant au titre d'un reste à charge non financier, la charge pesant sur les ménages confrontés à un besoin d'aide à l'autonomie est donc beaucoup plus importante (cf. graphique 1).

Les débats sur la nécessité de réformer le système de financement ne se limitent cependant pas au niveau plus ou moins important des ressources publiques allouées à la prise en charge de la perte

d'autonomie, mais concernent plus fondamentalement les logiques de solidarités devant guider l'action publique.

Dans son architecture actuelle, le système de financement public des aides à l'autonomie se situe à mi-chemin entre une logique assurantielle, sur laquelle s'appuie le financement des dépenses de soins (couverture universelle et indépendante du revenu), et une logique d'assistance, sur laquelle s'appuie le financement des dépenses d'hébergement (aide sociale sous condition de ressource, subsidiaire à l'obligation alimentaire et récupérable sur succession).

Les débats autour de la création d'un « cinquième risque » questionnent l'intérêt d'un plus grand rapprochement avec le modèle de financement des dépenses de soins, et donc la logique assurantielle. Avec le remplacement de la Prestation spécifique dépendance (PSD) par l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) en 2002, la suppression de la subsidiarité à l'obligation alimentaire et du recours sur succession marque une évolution allant dans le sens de ce rapprochement.

La manière de conditionner les aides publiques aux ressources en aide informelle du bénéficiaire, ou dit autrement, la manière dont les solidarités publiques doivent s'ajuster aux solidarités familiales reste malgré tout une caractéristique structurante de l'action publique qu'il conviendrait de clarifier : certains départements modulent l'Apa en fonction de l'aide informelle reçue, quand d'autres s'y refusent. L'absence de cadre légal précis illustre ici aussi les hésitations du décideur public sur les principes de solidarités structurant la prise en charge publique.

Du fait du vieillissement de la population, ces différents aspects du débat sont d'autant plus importants qu'ils s'inscrivent dans un contexte d'augmentation des dépenses publiques de prise en charge. Dans le scénario de référence retenu par la Drees, une augmentation des dépenses publiques de 0,7 point de PIB est à attendre à un horizon de 30 ans. Augmentation modeste dans l'absolu, elle est non négligeable en terme relatif : les dépenses publiques de prise en charge représentant près de 1,1 point de PIB en 2015, une telle augmentation revient à augmenter de plus de 60 % la part de notre richesse consacrée au financement public de la prise en charge de la perte d'autonomie, et cela sans accroître la couverture publique actuelle.

Le vieillissement de la population, appréhendé uniquement quantitativement en termes d'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population, ne constitue sans doute pas le seul facteur prévisible d'augmentation des dépenses. L'aspiration à une prise en charge de meilleure qualité, aussi bien du point de vue des usagers que des professionnels, aussi bien à domicile qu'en établissement, semble être un vecteur d'accroissement des dépenses tout aussi - si ce n'est plus - important que le pur effet démographique.

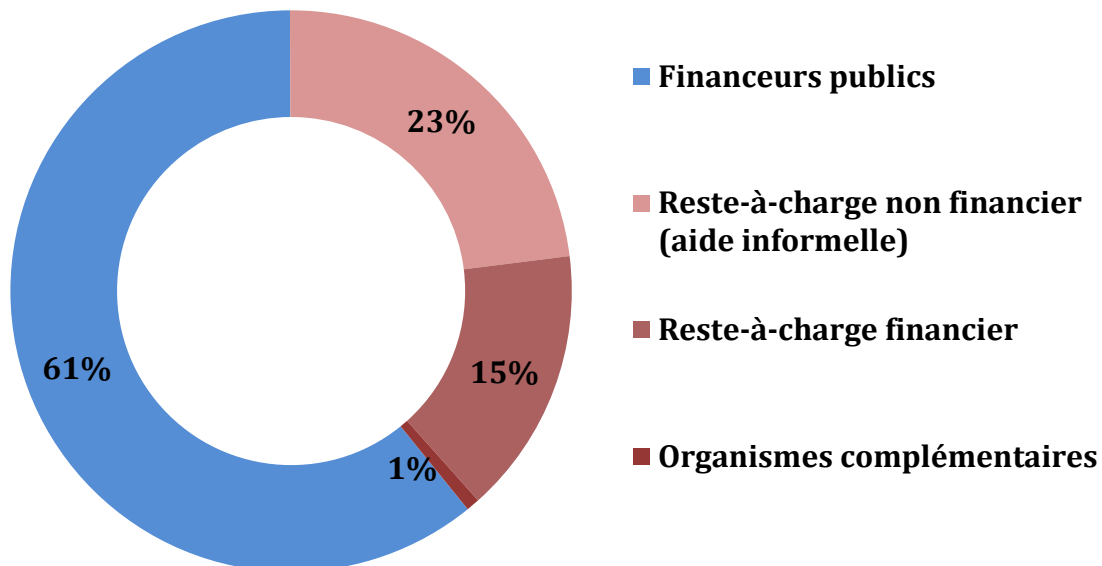
Tableau 1. Comparaison du financement des dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie et des dépenses de santé

	Perte d'autonomie (en 2014)		Santé (en 2016)	
	<i>Dépenses (en milliards d'euros)</i>	<i>% de la dépense totale</i>	<i>Dépenses (en milliards d'euros)</i>	<i>% de la dépense totale</i>
Financeurs publics	23,7	79%	155,6	78%
Organismes complémentaires	0,3	1%	26,4	13%
Reste à charge financier	6,0	20%	16,5	8%
Total dépenses	30,0	100%	198,5	100%

Note : aide informelle non prise en compte

Sources : Drees, 2017 ; Roussel, 2017 ; HCFEA, 2017.

Graphique 1. Partage du coût de la prise en charge de la perte d'autonomie (après prise en compte de l'aide informelle)



Sources : Roussel, 2017 ; HCFEA, 2017 ; Bozzio, Gramain et Martin, 2016.

Quelques références

Billaud, S., Bourreau-Dubois, C., Gramain, A., Lim, H., Weber, F. Xing, J. (2013). La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques. Rapport MIRE/Drees sur la partie monographique de l'enquête Territoire http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/Publications/2013/Territoire_Rapport-final.pdf

Bozzio, A., Gramain A., Martin C. (2016). Quelles politiques publiques pour la dépendance ?, Les notes du conseil d'analyse économique, n° 35. <http://www.cae-eco.fr/Quelles-politiques-publiques-pour-la-dependance.html>

Drees (2017). Les dépenses de santé en 2016 - Résultats des comptes de la santé - édition 2016 http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf

HCFEA (2017). Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie (rapporteurs : C. Bonnet et R. Fontaine). http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/2017_12_01_Rapport_annexe_Commission_assurance-2.pdf

Roussel, R. (2017). Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060, Études et Résultats, n° 1032, Drees. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/personnes-agees-dependantes-les-depenses-de-prise-en-charge-pourraient-doubler>