



Haut Conseil du financement de la protection sociale

Rapport sur le financement des couvertures sociales
dans les domaines de la famille et de la dépendance
en comparaison internationale

Octobre 2018

Sommaire

1. Le financement des dépenses sociales en faveur des enfants et des familles.....	7
1.1. <i>Les dépenses sociales en faveur des familles : des définitions et concepts pour partie à préciser</i>	7
1.2. <i>Des politiques en faveur des familles plus développées dans les pays du Nord de l'Europe que dans ceux du Sud, avec un fort accent mis sur la fourniture de services.....</i>	10
1.3. <i>Un financement de la politique familiale par le budget de l'État majoritaire dans les pays de l'Union européenne, avec quelques exceptions.....</i>	12
2. Le risque « dépendance » ou « perte d'autonomie » ou « soins de longue durée »	17
2.1. <i>La dépendance : des définitions qui peuvent être différentes selon les politiques nationales</i>	17
2.2. <i>Les dépenses liées à la dépendance : des comparaisons internationales délicates, mais une importance plus grande, dans les pays du Nord de l'Europe, des dépenses prises en charge par les régimes publics et obligatoires.....</i>	20
2.3. <i>Le financement du risque dépendance : une grande hétérogénéité des systèmes de prise en charge et des acteurs</i>	25
Annexe 1 – La grille française AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources).....	33
Annexe 2 – Le périmètre des dépenses retenues en France dans le compte de la dépendance de la Drees.....	35
Annexe 3 – Le système de prise en charge de la dépendance en France et son financement.....	37

Le financement des couvertures sociales dans les domaines de la famille et de la dépendance en comparaison internationale

Rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale¹

Dans le prolongement des travaux que le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS) a menés en 2017 sur les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison européenne² et en 2018 sur les enjeux des réformes en cours pour le financement de la protection sociale française³, le présent rapport se propose d'approfondir la connaissance des modes de financement de la protection sociale en France et à l'étranger, en concentrant son attention sur les deux risques que sont la famille et la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, aussi qualifiée de « dépendance ».

Plusieurs raisons justifient de porter un intérêt particulier au financement de ces deux risques de la protection sociale :

- Tout d'abord, les risques famille et dépendance présentent, selon les pays, des différences importantes dans les modes de financement faisant intervenir à des degrés divers des interventions publiques et privées et mobilisant, pour la part de la dépense prise en charge par la sphère publique, une palette variée de financeurs (État, régimes d'assurance sociale, collectivités locales) et d'outils de distribution des aides (prestations sociales, en espèces ou en nature, avantages fiscaux, financement direct de structures, etc.). Par-delà cette diversité, le financement de la branche famille repose, en France, encore largement sur des cotisations sociales, ce qui place notre pays dans une situation pour partie atypique par rapport à nos partenaires européens, où la redistribution en faveur des familles par le biais de prestations d'entretien comme les allocations familiales est majoritairement du ressort de l'État, et donc financée par l'impôt⁴. Quant à la perte d'autonomie, elle ne fait pas l'objet d'une définition univoque selon les pays et ne constitue pas un risque social identifié en tant que tel. Pour autant, les différents pays ont mis en place des systèmes, pour partie publics, de prise en charge des besoins spécifiques des personnes âgées en perte d'autonomie selon des modalités assez diverses⁵.
- La politique familiale et la prise en charge de la dépendance des personnes âgées soulèvent par ailleurs des problèmes de frontière avec d'autres champs de la protection sociale : ainsi, certaines politiques sociales (en matière de logement, de lutte contre la pauvreté) prennent

¹ Ce rapport a été rédigé par Sylvie Le Minez, secrétaire générale adjointe du Haut Conseil du financement de la protection sociale, et par Éric Lefebvre, secrétaire général.

² *Rapport sur les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale*, Haut Conseil du financement de la protection sociale, décembre 2017.

³ *Rapport sur l'état des lieux et les enjeux des réformes pour le financement de la protection sociale*, Haut Conseil du financement de la protection sociale, mai 2018.

⁴ Dans les pays nordiques, comme en Suède, le financement des revenus de remplacement associés aux congés parentaux peut en revanche être assuré par des cotisations sociales dédiées.

⁵ En regard, le financement des dépenses de santé et de retraite, qui avait été plus spécifiquement examiné dans le rapport du HCFIPS de décembre 2017, paraît moins éclaté, avec, dans le champ de la vieillesse, une place souvent prépondérante des régimes d'assurance sociale financés par cotisations et, dans celui de la santé, de l'État – pour les pays à système national de santé – ou des régimes d'assurance maladie.

en compte la taille de la famille, sans relever pour autant du risque famille au sens du règlement statistique européen d'Eurostat, et des porosités peuvent exister, s'agissant des politiques en faveur de la petite enfance, entre scolarisation précoce et garde d'enfants. La dépendance, de son côté, qui ne constitue pas pour Eurostat comme pour l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) un risque de protection sociale en tant que tel, pose des questions de définition et de périmètre pour identifier, de manière homogène entre pays, les prestations qui s'y rattachent au sein des risques santé, invalidité et vieillesse.

- Enfin, les débats évoqués dans le rapport du Haut Conseil de mai 2018 donnent une actualité particulière au financement de la politique familiale et de la dépendance : s'agissant de la première, les interrogations formulées portent sur le maintien d'un financement partiel de la branche par la voie de cotisations ou, *a contrario*, sur un financement par impôts et taxes, qui pourrait aller jusqu'à une budgétisation de tout ou partie de ses dépenses, comme cela a été fait récemment pour le financement des allocations logement. En matière de dépendance, l'annonce par le Président de la République, d'un projet de loi pour la fin 2019 posera la question des financements nouveaux qui y seront alloués et pourrait amener le cas échéant à réinterroger la structure actuelle de son financement, dans un contexte de montée en charge rapide de ces dépenses à compter de 2030 sous l'effet du vieillissement de la population.

Le présent rapport éclaire ces questions et s'est nourri des informations apportées, lors de leurs auditions devant le Haut Conseil et à l'occasion des échanges que le secrétariat général du Haut Conseil a eus avec eux, par deux responsables de l'OCDE et deux conseillers pour les affaires sociales du réseau diplomatique français. M^{me} Francesca Colombo, cheffe de la division santé à la direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, a comparé les dépenses de soins de longue durée dans les différents pays membres de l'organisation et la manière dont elles sont financées. M. Olivier Thévenon, analyste des politiques sociales à la direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, a dressé un panorama des modes de financement des politiques familiales dans les pays membres de l'organisation. M. Manuel Bougeard, conseiller pour les affaires sociales à l'ambassade de France à Berlin, et M^{me} Dominique Acker, ancienne conseillère pour les affaires sociales à l'ambassade de France à Stockholm, ont évoqué le financement de la prise en charge de la dépendance et de la politique familiale respectivement en Allemagne et en Suède. Leurs contributions, particulièrement éclairantes, ont été reprises dans les développements ci-après.

Ce rapport passe successivement en revue le financement de la politique familiale (partie 1) et celui de la prise en charge de la perte d'autonomie (partie 2). Pour chacune des deux, il présente tout d'abord quelques éléments de questionnement sur le périmètre et les concepts utilisés pour définir le champ des dépenses concernées, puis illustre certaines différences existant entre les pays dans leurs modes de financement et de prise en charge.

1. Le financement des dépenses sociales en faveur des enfants et des familles

1.1. Les dépenses sociales en faveur des familles : des définitions et concepts pour partie à préciser

Dans la mesure où elles font l'objet d'un compte « séparé » dans les données qu'Eurostat et l'OCDE produisent à des fins de comparaison internationale, les dépenses de protection sociale en faveur des enfants et des familles sont plus aisément identifiables que celles relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, même si elles posent des problèmes pour partie analogue en termes de périmètre.

Le système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (Sespros) piloté par Eurostat, et alimenté, pour la France, par les données issues des comptes de la protection sociale publiées par la Drees⁶, isole, au sein des sept fonctions de la protection sociale – maladie-soins de santé, invalidité, vieillesse-survie, famille-enfants, chômage, logement, pauvreté-exclusion sociale –, les dépenses de politique familiale ; de même, la base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales (Sox⁷), elle-même alimentée par les données d'Eurostat pour les pays membres de l'Union européenne, comporte, parmi les neuf programmes de dépenses, un programme dédié à la famille.

Les données disponibles dans ces deux bases présentent l'avantage d'être homogènes en termes de champ et de concepts et de couvrir l'ensemble des acteurs – régimes d'assurance sociale, État, collectivités locales, mais aussi mutuelles, institutions de prévoyance, régimes d'entreprise – qui interviennent dans le champ de la politique familiale. Ainsi s'agissant de la France, les dépenses du risque « famille-enfants » des comptes de la protection sociale incluent non seulement les prestations familiales versées par la branche famille de la sécurité sociale – telles que les allocations familiales, la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) ou l'allocation de rentrée scolaire (ARS) –, mais également les concours publics au financement des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE)⁸, l'aide sociale à l'enfance à la charge des départements, les bourses d'études (hors enseignement supérieur) versées par l'État, les suppléments familiaux de traitement accordés aux agents de la fonction publique, les indemnités journalières de maternité⁹ et de paternité...

Dans les données de comptes publiées par la Drees, chaque dépense de protection sociale n'est rattachée qu'à un risque et un seul. Eurostat, comme l'OCDE, appliquent donc une grille de critères pour classer les dépenses qui, par leur nature, relèvent de plusieurs risques (*cf.* encadré 1). En application de celle-ci, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), qui sont des prestations de la branche famille, sont considérées, dans les comptes de la protection sociale, comme une dépense du risque invalidité, et non du risque famille-enfants.

⁶ *La protection sociale en France et en Europe en 2016 - Résultats des comptes de la protection sociale*, édition 2018, Drees, juin 2018.

⁷ Social Expenditure Database. Pour une description des bases de données Sespros et Sox, voir notamment le *Rapport sur les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale*, Haut Conseil du financement de la protection sociale, décembre 2017, encadrés 1 et 2, pp. 8-9.

⁸ À la fois *via* le budget d'action sociale de la branche famille et les subventions apportées aux structures par les collectivités locales.

⁹ Les dépenses de soins liés à la maternité sont en revanche classées dans le risque maladie. Dans les comptes de la protection sociale, les indemnités journalières de maternité étaient classées dans le risque maladie jusqu'au changement de base comptable opéré en 2016 sur les comptes de l'année 2014, qui les a intégrées dans le risque famille-enfants.

**Encadré 1 – Les modalités de répartition des dépenses sociales
entre les différents risques de la protection sociale**

Dans la nomenclature d'Eurostat, la répartition des dépenses entre les différentes fonctions de la protection sociale s'opère, pour les prestations pouvant, par leur nature, relever de plusieurs risques, selon un ordre de classement qui privilégie les risques les plus « spécialisés » au détriment de ceux à vocation plus générale. L'ordre de classement des risques – du plus spécialisé au moins spécialisé – est le suivant : maladie et soins de santé (prestations en nature), logement, vieillesse, invalidité, survie, chômage, maladie et soins de santé (prestations en espèces), famille-enfants, pauvreté-exclusion sociale¹⁰.

Le risque invalidité étant considéré comme plus spécialisé que le risque famille-enfants, cela conduit à rattacher au premier les dépenses d'AEEH et d'AJPP. Les mêmes raisons conduisent à intégrer dans le risque logement l'ensemble des dépenses d'allocations logement, bien qu'elles comportent dans leur mode de calcul une dimension forte de familialisation. Enfin, bien que le risque pauvreté et exclusion sociale soit moins spécialisé que le risque famille-enfants, l'ensemble des dépenses de revenu de solidarité active (RSA) – dispositif lui aussi fortement familialisé – est classé dans le premier, le statut de filet de sécurité minimal du RSA étant regardé comme prépondérant. Ces considérations montrent la difficulté d'avoir une analyse univoque des aides en faveur des enfants et des familles.

Des différences de structures institutionnelles entre pays peuvent par ailleurs rendre délicate l'harmonisation des données et fragiliser les comparaisons. Il est en particulier difficile de délimiter de manière homogène entre pays ce qui relève des dépenses de garde d'enfants – et donc ressortit au champ de la protection sociale – et ce qui peut être considéré comme des dépenses d'éducation. Certains pays favorisent en effet la scolarisation des jeunes enfants en école maternelle – quasiment généralisée dès l'âge de trois ans en France –, alors qu'elle est presque inexistante dans d'autres pays. Qui plus est, l'âge de scolarisation dans l'enseignement pré-primaire varie selon les pays, ce qui laisse, en amont, une place plus ou moins importante aux services de garde d'enfants proprement dits (crèches, assistantes maternelles, gardes à domicile). Enfin, des structures comme les jardins d'enfants – très répandues en Allemagne, puisque 93 % des enfants de trois à cinq ans y sont pris en charge au moins une partie de la semaine – mêlent à du temps de garde des activités d'éveil pédagogique pour partie comparables à celles proposées en école maternelle. S'agissant de ces dépenses « éducatives », Eurostat et l'OCDE n'ont pas adopté les mêmes conventions pour l'élaboration de leurs données de protection sociale, l'approche retenue par l'OCDE étant plus extensive que celle retenue par l'organisme statistique européen (cf. encadré 2).

**Encadré 2 – La prise en compte des dépenses d'enseignement pré-primaire
dans les données de la protection sociale publiées par Eurostat et l'OCDE**

Le champ de la protection sociale exclut pour Eurostat les dépenses de nature éducative, qu'elles soient financées directement par les ministères de l'éducation nationale des États membres (comme pour les rémunérations des personnels enseignants en école maternelle, en France) ou par les collectivités locales (pour les personnels administratifs, techniques, ouvriers ou de service).

Par souci de comparabilité des données entre États, les données de l'OCDE incluent en revanche, dans les dépenses de protection sociale, l'ensemble des dépenses d'éducation engagées auprès d'enfants âgés de moins de six ans.

¹⁰ Voir : *European system of integrated social protection statistics – Manuel of user guidelines*, Eurostat, édition 2016, paragraphe 110D, p. 37.

Les aides destinées à compenser les charges de famille prennent généralement la forme de prestations sociales – qui peuvent être monétaires ou en nature, notamment pour la fourniture de services de garde d’enfants –, mais elles peuvent aussi passer par des avantages fiscaux. Suite à un élargissement de périmètre opéré dans les comptes de l’année 2014, en cohérence avec les nouvelles règles applicables en matière de comptabilité nationale, les dépenses de protection sociale évaluées par Eurostat et les comptes de la protection sociale comprennent aussi désormais les crédits d’impôt à vocation sociale. Pour la France, deux dispositifs sont concernés dans le champ du risque famille : le crédit d’impôt pour frais de garde d’enfants de moins de six ans à l’extérieur du domicile et le crédit d’impôt pour l’emploi d’un salarié à domicile, pour la part qui finance de la garde d’enfants au domicile des parents¹¹. Dans les autres pays de l’Union européenne, ces crédits d’impôt en faveur des familles peuvent poursuivre d’autres finalités : la compensation des charges de famille (sept États de l’Union européenne possédaient en 2014 des dispositifs de ce type) ou le soutien à la maternité (en Espagne). Au Royaume-Uni, la fusion du *child tax credit* (crédit d’impôt en faveur des enfants), du *working tax credit* (crédit d’impôt en faveur de l’emploi, qui était l’équivalent de la prime pour l’emploi française) et de quatre prestations sociales (dont les allocations logement et chômage) dans l’*universal credit* posera, de manière croissante au fil de la montée en charge de la réforme, le sujet d’une ventilation éventuelle de la dépense fiscale entre les différents risques de la protection sociale (cf. encadré 3).

Encadré 3 – Un exemple de difficulté de classification selon les risques de la protection sociale : les crédits d’impôt en faveur des familles au Royaume-Uni

Avant la mise en place progressive de l’*universal credit*, qui a vocation à se substituer à diverses prestations sociales et crédits d’impôt, avec une montée en charge étalée de 2013 à 2020, le Royaume-Uni disposait d’une large palette d’instruments – attribués sous forme de prestations sociales ou de crédits d’impôt – en faveur des familles avec enfants, du logement, des situations d’invalidité ou de handicap, du soutien au revenu des chômeurs et de l’incitation au retour à l’emploi ou à l’augmentation de la participation au marché du travail¹².

Les prestations sociales en faveur des enfants (*child benefit*, ou allocations familiales) ou réservées aux familles monoparentales (*one parent benefit*, ou allocation de parent isolé) ne sont pas touchées par la mise en place de l’*universal credit* et continuent à être versées selon les règles antérieures. L’*universal credit* fusionne néanmoins six dispositifs d’aide existants :

- deux crédits d’impôt, le *child tax credit*, destiné aux familles avec enfants, et le *working tax credit* (crédit d’impôt en faveur de l’emploi, qui était l’équivalent de la prime pour l’emploi française), tous deux servis sous condition de ressources ;
- quatre prestations sociales : les allocations logement (*housing benefits*) ; les allocations chômage (*jobseeker’s allowance*, ou *JSA*) et de soutien et d’emploi (*employment and support allowance*, ou *ESA*, destinée aux personnes handicapées dans l’incapacité temporaire de travailler), pour leur partie forfaitaire accordée sous condition de ressources¹³ ; et la prestation de soutien au revenu (*income*

¹¹ Les dépenses éligibles au crédit d’impôt pour l’emploi d’un salarié à domicile peuvent en effet concerner des services – entretien de la maison, travaux ménagers, jardinage... – qui ne relèvent pas du champ de la protection sociale. Un travail spécifique a été mené en 2018 par la Drees pour estimer, au sein du crédit d’impôt, la dépense fiscale relevant du champ de la protection sociale, ce qui a permis son intégration dans les comptes de la protection sociale de l’année 2016. Cf. *La protection sociale en France et en Europe en 2016 - Résultats des comptes de la protection sociale*, édition 2018, Drees, juin 2018, pp. 150-151.

¹² Pour une description de l’*Universal Credit*, voir P. Gonthier, « Fusion des minima sociaux : les défis du *Universal Credit* britannique », *Document d’études*, n°206, Dares, février 2017.

¹³ Au Royaume-Uni, le régime d’assurance chômage assure le service d’une prestation forfaitaire (dite *contribution-based*) pour une durée de six mois, indépendante des revenus et de la composition du ménage, si le chômeur a suffisamment cotisé auparavant ; puis d’une prestation, également forfaitaire (dite *income-based*), au maximum égale à la prestation versée durant les six premiers mois, et pouvant être réduite selon les revenus et la composition du ménage. Cette seconde

support) en faveur, notamment, des femmes enceintes et des parents isolés avec un ou plusieurs jeunes enfants à charge.

Introduit à titre expérimental dans quelques zones du territoire britannique en 2013, l'*universal credit* se déploie très progressivement, à mesure que les ménages sortent des dispositifs antérieurs et que des bénéficiaires remplissent les conditions du nouveau dispositif, la mesure ne touchant dans un premier temps que les flux de nouveaux éligibles. Le basculement de l'ensemble des allocataires des anciennes aides dans l'*universal credit* est prévu entre 2018 et 2020, date à laquelle la montée en charge de la réforme sera achevée.

Dans les nomenclatures d'Eurostat et de l'OCDE, le *child tax credit* et le *working tax credit* relèvent, pour l'ensemble de la dépense, de la fonction « famille » de la protection sociale. La mise en place, plus lente qu'initialement prévu, de l'*universal credit* ne pose pas à ce stade de problème statistique majeur de répartition éventuelle des montants d'aide entre les différents risques de la protection sociale : fin 2016, le nouveau crédit d'impôt ne touchait encore que 5 % de ses bénéficiaires potentiels. Mais, à mesure que le dispositif se généralisera, la répartition statistique des montants versés devra être envisagée entre les différents risques de la protection sociale.

Comme le rapport du Haut Conseil de décembre 2017 l'avait montré, l'OCDE retient une notion plus large qu'Eurostat des avantages fiscaux à vocation sociale : les dépenses sociales au sens de l'OCDE intègrent en effet l'ensemble des dispositifs fiscaux de nature sociale, qu'ils prennent la forme de crédits et réductions d'impôt¹⁴, d'abattements fiscaux, de déductions du revenu imposable, d'exemptions ou de dégrèvements d'impôt, de taux réduits d'imposition ou de barèmes spécifiques. Au sein des dépenses sociales du risque famille, le quotient familial représente de très loin de l'avantage fiscal le plus important en France (plus de 70 % du total) parmi ceux recensés par l'OCDE, loin devant l'abattement pour charge de famille applicable en matière de taxe d'habitation et les déductions de pensions alimentaires dans le cadre de l'impôt sur le revenu. Or, si l'approche retenue par Eurostat, cantonnée aux crédits d'impôt, est, de toute évidence, limitative, le choix fait par l'OCDE de comptabiliser l'ensemble de l'avantage en impôt procuré aux ménages par le dispositif du quotient familial peut être discuté, comme l'on montré les travaux de la Drees sur le sujet¹⁵, tout ou partie de cet avantage pouvant refléter la prise en compte des capacités contributives des individus pour le paiement de l'impôt, et non un dispositif dérogatoire à la norme fiscale. De même, la déductibilité des pensions alimentaires pour le parent qui les verse a pour contrepartie leur inclusion dans le revenu imposable de leur bénéficiaire, ce qui rend questionnable de considérer cette dépense fiscale comme une dépense sociale.

1.2. *Des politiques en faveur des familles plus développées dans les pays du Nord de l'Europe que dans ceux du Sud, avec un fort accent mis sur la fourniture de services*

Les données mises à disposition par Eurostat et par l'OCDE montrent un fort gradient entre les pays du Nord et du Sud de l'Europe, qu'il s'agisse de la part des dépenses en faveur des familles dans le produit intérieur brut (PIB) ou de leurs structures de financement.

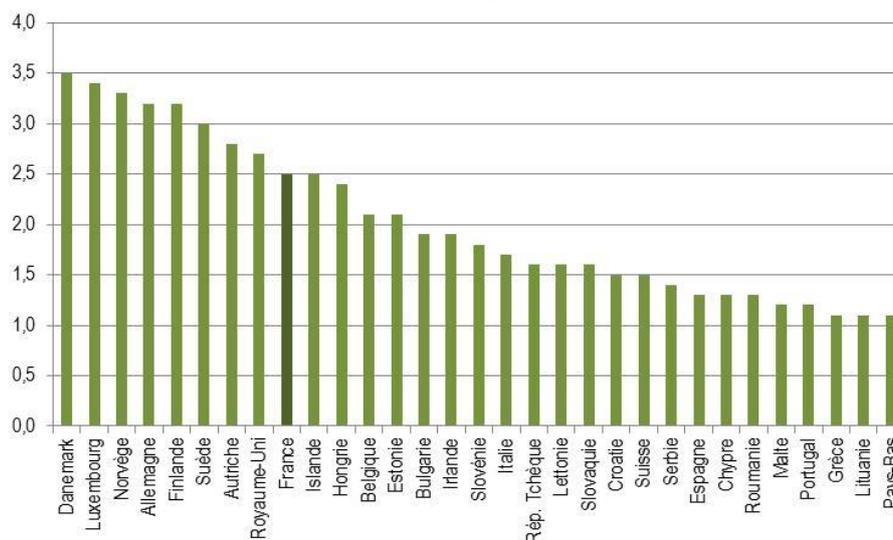
prestation est versée dès l'entrée dans le chômage si les conditions pour bénéficier de la première ne sont pas réunies. L'ESA, pour les personnes invalides, fonctionne selon des règles analogues. Dans les deux cas, l'*universal credit* supprime la seconde des allocations chômage et invalidité.

¹⁴ Restituables au contribuable dans la limite de l'impôt dû, à la différence du crédit d'impôt, qui est reversé intégralement, quel que soit le montant de l'impôt.

¹⁵ L'étude réalisée par la Drees en 2015 visant à mesurer l'effort social de la Nation en faveur des enfants montre que c'est sur le champ des avantages fiscaux que les choix méthodologiques, et donc l'ampleur de l'incertitude jouent le plus. M. André, J. Solard, « Au titre de la politique familiale, la Nation a consacré 4 % du PIB aux enfants en 2013 », in *La Protection sociale en France et en Europe en 2013*, Drees, édition 2015, pp. 209-223.

Les dépenses de protection sociale de la fonction famille-enfants au sens d'Eurostat, étaient, avant déduction des prélèvements sociaux qui peuvent leur être appliquées, supérieures ou égales à 3 % du PIB en 2015 dans l'ensemble des pays nordiques, le Danemark étant au premier rang, avec 3,5 % (cf. figure 1). Avec 2,5 % du PIB consacrés à ces politiques, la France se situe au-dessous de l'Allemagne (3,0 %) et du Royaume-Uni (2,7 %). L'Italie et l'Espagne étaient nettement plus bas (respectivement 1,7 % et 1,3 %).

Figure 1 – Dépenses sociales en faveur des familles et des enfants en 2015 selon Eurostat, en pourcentage du PIB



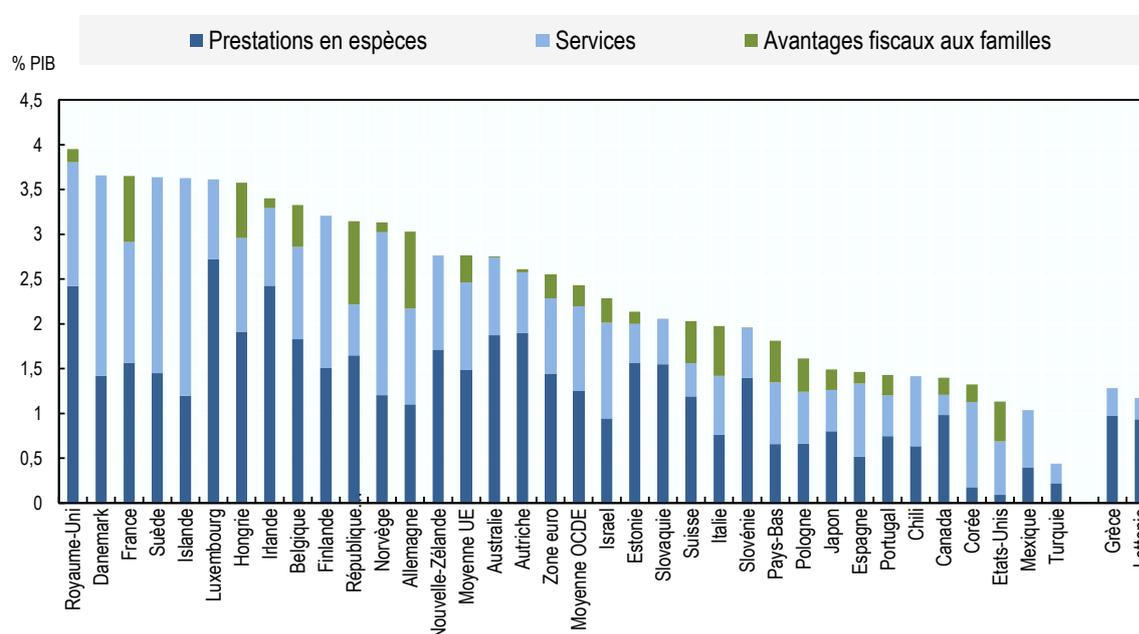
Source : base de données Sespros d'Eurostat.

Cette même opposition entre Nord et Sud de l'Europe se retrouve dans les données de l'OCDE, qui sont légèrement plus anciennes (2013), mais portent sur un champ plus large incluant l'ensemble des avantages fiscaux en faveur des familles, ce qui conduit à une modification des positions relatives de quelques pays. Les pays scandinaves, le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne (et ceux du Benelux à l'exception des Pays-Bas) se situent au-dessus de la moyenne de l'OCDE (2,4 %) et de l'Union européenne (2,8 %), le Royaume-Uni se détachant nettement en tête, avec 4 % de sa richesse nationale consacrée à cet objectif (cf. figure 2). La France est à la troisième place, avec une part de 3,7 %. À l'opposé, l'Italie et l'Espagne ont une politique familiale moins développée, puisqu'elles ne consacrent respectivement que 2 % et 1,5 % de leur richesse nationale aux dépenses en faveur des enfants et des familles. Hors d'Europe, le Japon et les États-Unis se caractérisent par un faible investissement public dans la politique familiale (respectivement 1,5 % et 1,1 % du PIB).

Les pays du Nord de l'Europe sont aussi ceux dans lesquels la composition des prestations sociales publiques à destination des enfants et des familles fait le plus de place aux services et aux aides en nature, et le moins au versement de prestations en espèces. Les services représentent ainsi de l'ordre de 60 % des prestations sociales totales (donc hors avantages fiscaux) en Suède, en Norvège et au Danemark et autour de 50 % en Allemagne, en Finlande et en France. Ils peuvent aussi représenter une part importante de la dépense dans certains pays du Sud de l'Europe (61 % en Espagne, par exemple) et aux États-Unis (87 %), mais dans le contexte d'une faible dépense totale en faveur des familles, qui conduit à des montants, exprimés en proportion du PIB, inférieurs à la moyenne de l'OCDE ou de l'Union européenne.

Les pays membres de l'OCDE présentent des niveaux très variables d'avantages fiscaux en faveur des familles (au sens extensif où l'entend cette organisation). Avec 0,7 %, la France se situe au troisième rang pour la part de ces avantages dans le PIB, derrière la République Tchèque et l'Allemagne (0,9 % dans chacun des deux pays). Mais l'importance de cette part en France s'explique par l'assimilation de la totalité de la dépense fiscale afférente au quotient familial – 0,5 % du PIB – à une dépense sociale. D'autres États – le Danemark, la Suède, la Finlande, les Pays-Bas, notamment – ne proportionnent pas le montant de l'impôt sur le revenu à la taille de la famille et ne comportent aucun dispositif fiscal incitatif particulier au recours à certaines catégories de services, comme la garde d'enfants (dans ces pays, les aides publiques à la garde d'enfants sont du ressort des collectivités locales).

Figure 2 – Dépenses sociales en faveur des familles et des enfants en 2013 selon l'OCDE, en pourcentage du PIB



Source : OCDE, base de données de la protection sociale. Les moyennes de l'OCDE et de l'Union européenne sont calculées hors Grèce et Lettonie (données hors Grèce pour la zone euro). Pour quelques pays, les données sont antérieures à l'année 2013.

1.3. *Un financement de la politique familiale par le budget de l'État majoritaire dans les pays de l'Union européenne, avec quelques exceptions*

Les débats récents en France ont mis en lumière des interrogations sur le mode de financement de la branche famille de la sécurité sociale, qui est un contributeur important de la politique familiale. Comme l'a montré le rapport du Haut Conseil de mai 2018¹⁶, cette branche reste, en dépit des réductions de cotisations d'allocations familiales en faveur des salariés et des travailleurs indépendants, financée à près de 60 % par des cotisations sociales¹⁷. Ce niveau de financement a pu être questionné par certains interlocuteurs au regard du caractère universel de la

¹⁶ Rapport sur l'état des lieux et les enjeux des réformes pour le financement de la protection sociale, Haut Conseil du financement de la protection sociale, mai 2018, éclairage n°4, p. 99, et éclairage n°7, pp. 186-190.

¹⁷ Les deux autres postes importants de recettes sont la contribution sociale généralisée (qui compte pour 20 %), et les impôts et taxes (17 %).

branche, effectif depuis 1978, tandis que d'autres s'interrogent sur son éventuelle « budgétisation », c'est-à-dire sur le transfert à l'État de ses dépenses de prestations. Ces débats conduisent à examiner les voies qui sont empruntées à l'étranger pour financer les dépenses sociales en faveur des familles et des enfants.

Si Eurostat et l'OCDE publient chaque année des comparaisons internationales de niveaux de dépenses de protection sociale par risque, il n'existe pas de publication régulière des structures de financement par risque, le document le plus récent produit sur le sujet étant une étude faite par la Commission européenne en 2015¹⁸ et portant sur des données de l'année 2011 (cf. encadré 4). Comme le Haut Conseil l'avait noté, ce travail, réalisé de manière ponctuelle, mériterait d'être actualisé à intervalles réguliers.

Encadré 4 – Une comparaison européenne des structures de financement de la politique familiale

En 2015, le Comité de la protection sociale de l'Union européenne et les services de la Commission européenne ont publié une étude comparant, pour l'année 2011, la structure du financement des différentes fonctions de la protection sociale, dans le champ des dépenses brutes mesuré par Eurostat (et donc, à l'époque, hors crédits d'impôt). Il en ressort les faits saillants suivants :

- Au sein de l'Union européenne, le financement de la politique familiale par le budget de l'État est majoritaire. Il est même exclusif ou quasi exclusif dans 10 des 19 pays sur lesquels l'étude a pu être menée : c'est notamment le cas en Allemagne, aux Pays-Bas, au Danemark ou en Finlande (figure 3).
- Parmi les économies les plus développées, trois pays présentent une structure de financement dans laquelle les cotisations sociales sont prépondérantes : la Suède, la France et l'Autriche. En présence d'un financement par cotisations, celui-ci repose exclusivement (Suède, France, Autriche, Italie...) ou très majoritairement sur les employeurs, même si, dans le cas français, la CSG affectée à la branche famille peut s'analyser, pour sa partie assise sur les revenus d'activité, comme une cotisation acquittée par les personnes protégées.

Figure 3 – Structure du financement des dépenses du risque famille-enfants selon Eurostat, en 2011



Lecture : SC Employers : cotisations sociales employeurs ; SC Protected P. : cotisations sociales des personnes protégées ; General revenue : budget général ; earmarked taxes : impôts affectés ; other : autres recettes. Ø : moyenne des 19 États membres de l'Union européenne retenus ici.

Source: Comité de la protection sociale et services de la Commission européenne, 2015.

¹⁸ *Social protection systems in the EU: financing arrangements and the effectiveness and the efficiency of resource allocation, Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission Services, Union européenne, 2015.*

Les comparaisons internationales montrent à cet égard des architectures variées s'agissant des institutions qui calculent et délivrent les aides aux familles comme des recettes qui les financent.

- L'État délivre directement dans un certain nombre de pays les prestations familiales, éventuellement par le biais d'une agence, comme c'est le cas en Belgique avec l'agence fédérale pour les allocations familiales (FAMIFED), dont les missions seront transférées en 2020 aux régions et communautés linguistiques. Il peut également financer, *via* l'impôt, des avantages fiscaux s'apparentant à des prestations sociales en espèces – ainsi, au Royaume-Uni, le *child tax credit* – ou solvabilisant des dépenses engagées par les ménages, notamment en matière de garde d'enfants – le crédit d'impôt pour frais de garde hors du domicile, en France, par exemple.
- Dans d'autres pays, moins nombreux, et parmi lesquels on compte la France et l'Italie, la responsabilité de la politique familiale est majoritairement du ressort de régimes de sécurité sociale, qui gèrent et financent des prestations en espèces et en nature, voire contribuent à la création et au fonctionnement de services et de structures (le budget d'action sociale de la caisse nationale d'allocations familiales cofinance à la fois les dépenses d'investissement et de fonctionnement des crèches, dans un cadre de contractualisation avec les collectivités locales).
- Les collectivités locales concentrent généralement leurs apports financiers sur les missions qui requièrent d'être au plus proche des besoins des familles, à savoir le financement de structures et de services de garde et de loisirs (Suède, par exemple) ou l'aide à l'enfance en difficulté (en France, les lois de décentralisation ont confié cette mission aux départements). La part que les collectivités territoriales prennent dans le financement de la politique en faveur de l'enfance est souvent d'autant plus grande que les services aux familles sont développés et structurés, à l'image, par exemple, des pays nordiques.
- La prise en charge par un acteur public de dépenses spécifiques effectuées par les familles (en matière de garde d'enfants, par exemple) peut laisser à la charge des familles une dépense résiduelle plus ou moins importante. Ces restes à charge ne sont pas retracés dans les données d'Eurostat ou de l'OCDE.

Ces responsabilités institutionnelles sont en lien étroit avec la nature des ressources qui financent les dépenses de politique familiale, mais des arrangements spécifiques peuvent exister dans certains pays.

- Le plus souvent, un financement direct par l'État des prestations familiales passe par l'ouverture d'une ligne de crédits au budget général et n'implique donc pas l'affectation d'un impôt spécifique au financement de ces missions. Toutefois, lorsque les aides aux familles sont délivrées par le biais non d'une prestation sociale monétaire, mais d'un avantage fiscal, c'est en général l'impôt sur le revenu qui est directement mis à contribution. En Allemagne, l'essentiel des aides aux familles sont ainsi financées par le budget de l'État, qu'elles soient attribuées sous forme de prestations sociales ou d'avantages fiscaux (*cf.* encadré 5). Au Danemark, de même, l'État – qui ne mobilise cependant pas l'outil fiscal – finance l'ensemble des prestations sociales d'entretien destinées aux familles, même si les collectivités locales conservent une place importante comme prestataires de services, notamment en matière de

garde d'enfants¹⁹. Enfin, l'Autriche – pays dans lequel les allocations familiales ont été supprimées et sont versées par l'administration fiscale sous la forme d'un crédit d'impôt sur le revenu – constitue un cas particulier, dans la mesure où une cotisation sociale patronale d'allocations familiales (au taux de 4,5 %) a été maintenue et est reversée au budget de l'État.

Encadré 5 – Le financement de la politique familiale en Allemagne

En Allemagne, comme l'a montré la présentation de M. Manuel Bougeard, la politique familiale est financée exclusivement par l'État fédéral (*Bund*), d'une part, les niveaux locaux de collectivités (États fédérés ou *Länder* et communes), d'autre part, et ne fait pas intervenir les régimes de sécurité sociale. En conséquence, il n'existe pas de cotisation sociale d'allocations familiales.

L'État fédéral finance sur son budget propre les prestations d'entretien en faveur des familles : allocations familiales (*Kindergeld*), versées sans condition de ressources, et leur majoration pour enfant (*Kinderzuschlag*), servie, elle, sous condition de ressources ; allocations parentales (*Elterngeld* et *Elterngeld Plus*) attribuées sous condition de ressources aux parents inactifs ou à temps partiel dans les mois qui suivent la naissance de l'enfant. Des avantages fiscaux complètent ces prestations (cas de l'abattement fiscal en faveur des familles monoparentales ou *Entlastungsbetrag für Alleinerziehende*) ou peuvent leur être substitués (cas de l'abattement fiscal pour enfants – *Kinderfreibetrag* – qui remplace les allocations familiales lorsque les foyers sont imposables).

Certaines politiques font, elles, l'objet d'un financement croisé associant, selon les cas, l'État fédéral, les *Länder* et les communes.

- Équivalent allemand de l'allocation de soutien familial versée par la Cnaf, les avances sur pension alimentaire (*Unterhaltsvorschuß*) effectuées par la collectivité en cas de défaillance de versement par l'autre parent sont financées à hauteur de 40 % par l'État fédéral et de 60 % par les *Länder* ; la part prise par l'État fédéral dans le financement de cette prestation s'est accrue en 2017 (de 33 % à 40 %) suite à l'extension de son champ aux enfants âgés de 13 à 18 ans.
- L'État fédéral prend en charge une partie des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements d'accueil de jeunes enfants, les *Länder* et les communes se partageant le reste du financement ; les aides de l'État à l'investissement ont fait l'objet, à partir de 2008, de plusieurs plans pluriannuels successifs, avec des possibilités de redéploiement en cours d'année des fonds alloués aux différents *Länder*.

Les aides publiques en faveur du recours aux services d'un assistant maternel pour la garde d'enfants sont, quant à elles, du ressort exclusif des communes, qui sont également responsables de la délivrance des agréments, de la formation professionnelle de ces personnels et exercent des fonctions d'intermédiation avec les parents, dans le cadre réglementaire fixé par l'État fédéral.

- Les quelques pays dans lesquels les régimes de sécurité sociale couvrent le risque famille recourent généralement à un financement plus ou moins important par la voie de cotisations sociales. C'est le cas de la France et de l'Italie. La Suède constitue un cas particulier dans la mesure où seules les allocations de remplacement servies durant les congés parentaux sont financées au moyen d'une cotisation sociale employeurs, dite d'assurance parentale, au taux de 2,6 %, les prestations familiales d'entretien, telles que les allocations familiales ou l'allocation de parent isolé, étant financées directement par le budget de l'État (cf. encadré 6). Dans les pays où subsistent des cotisations d'allocations familiales, des financements

¹⁹ D'après la présentation faite par M. Olivier Thévenon devant le Haut Conseil, 39 % des dépenses familiales de protection sociale étaient le fait de l'État au Danemark en 2013, la part restante étant financée par les collectivités locales. En Allemagne, l'État fédéral et les *Länder* finançaient 95 % de ces mêmes dépenses en 2015, et les communes 5 %. Ces proportions, issues de la base de données sociales de l'OCDE, s'entendent hors dépenses d'éducation pré-primaire (contrairement au champ habituellement retenu par l'OCDE dans ses communications, qui les inclut).

complémentaires peuvent intervenir, sous forme de contributions publiques ou d'impôts et taxes affectés : ainsi, la branche famille est destinataire en France de 0,85 point de la contribution sociale généralisée (CSG) prélevée sur les revenus d'activité, de remplacement et des jeux ainsi que d'un montant important de taxe sur les salaires.

Encadré 6 – Le financement de la politique familiale en Suède

Comme l'a montré l'intervention de M^{me} Dominique Acker, la politique en faveur de la famille en Suède s'appuie sur trois acteurs : l'État, les régimes de sécurité sociale et les collectivités locales.

- L'État finance les prestations d'entretien en faveur de la famille : allocations familiales (*barnbidrag*), allocation d'adoption (*adoptionbidrag*) et allocation de parent isolé (*underhållsstöd*, qui se substitue à la pension alimentaire en cas de défaillance de versement par l'autre parent). Ces prestations sont servies sans conditions de ressources au bénéfice de tout enfant résidant en Suède. Elles sont délivrées par l'agence nationale de sécurité sociale (*Försäkringskassan*) mais sont financées sur le budget général de l'État.
- Les caisses de sécurité sociale financent l'indemnisation des congés pris à l'occasion de la naissance d'un enfant : congé de maternité ; congé de paternité (dix jours, pris dans un délai de 60 jours suivant la sortie de l'enfant de la maternité) ; indemnité parentale (*föräldrapenning*, versée pendant 480 jours et jusqu'au douzième anniversaire de l'enfant) ; et indemnité parentale temporaire pour soins d'un enfant malade (*tillfällig föräldrapenning vid vård av barn*, limitée à 120 jours par an et par enfant jusqu'à son douzième anniversaire, ou jusqu'à son dix-huitième anniversaire en cas de maladie grave). Dans la plupart des cas, ces indemnités sont proportionnelles au salaire antérieur perçu. L'indemnisation de ces congés, qui représente le poste le plus important en termes financiers de la protection sociale en faveur des familles, est financée par une cotisation sociale employeurs dédiée, au taux de 2,6 % du salaire brut.
- Le financement des établissements d'accueil des jeunes enfants et des écoles maternelles (*forskola*) est du ressort des communes, qui sont destinataires d'une part importante de l'impôt sur le revenu des ménages. 83 % des enfants âgés d'un à cinq ans sont accueillis dans de telles structures en Suède.

- La fourniture de services par les collectivités locales s'effectue à partir de la mobilisation de leur propre budget, qui peut être alimenté par des dotations en provenance de l'État et une fiscalité propre, même si des cofinancements avec d'autres institutions peuvent exister (cas des établissements d'accueil de jeunes enfants en France et en Allemagne). À cet égard, les calculs que l'OCDE a spécifiquement effectués pour le Haut Conseil sur cinq pays européens²⁰ sur le champ des dépenses familiales de protection sociale – hors dépenses d'enseignement pré-primaire – montrent que la part prise par les collectivités locales dans le financement de ces dépenses peut être très variable, s'étageant par exemple de 5 % en Allemagne²¹ à 62 % du total au Danemark. La France (15 %) et le Royaume-Uni (18 %) se situent dans une zone intermédiaire, mais nettement au-dessous de la Suède (48 %).

²⁰ Allemagne, Danemark, France, Royaume-Uni, Suède.

²¹ Pour la seule part à la charge des communes, les dépenses des *Länder* n'ayant pu être isolées de celles de l'État fédéral.

2. Le risque « dépendance » ou « perte d'autonomie » ou « soins de longue durée »²²

2.1. La dépendance : des définitions qui peuvent être différentes selon les politiques nationales

La notion de dépendance renvoie à l'idée d'un besoin de soins de santé mais aussi d'assistance à la vie quotidienne (cf. encadré 7). Ces besoins relèvent globalement du champ de la protection sociale, mais la dépendance ne constitue pas, dans de nombreux pays, un risque social identifié en tant que tel, et encore moins au niveau international (qu'il s'agisse des données Sespros d'Eurostat ou de la base des données sociales de l'OCDE). Pour autant, les politiques de la dépendance sont souvent l'objet d'interrogations et de réformes, dans un contexte de vieillissement des populations, de moindre disponibilité des aidants et de maîtrise des dépenses publiques.

Encadré 7 – Quelles définitions de la dépendance ?

Deux approches de la dépendance sont généralement identifiées, l'une reposant sur des mesures épidémiologiques, qui permettent des comparaisons internationales, l'autre sur des définitions administratives, qui ne peuvent qu'être spécifiques au pays concerné. Comme le synthétisait toutefois le rapport de M. Jean-Michel Charpin en 2011²³, qu'elles soient institutionnelles ou scientifiques, les définitions de la dépendance, ou de la perte d'autonomie, reposent sur les différentes notions suivantes : « la notion de **limitations fonctionnelles**, résultant de l'altération de fonctions physiques (e.g. marcher), sensorielles (e.g. voir) ou cognitives (e.g. s'orienter) ; la notion de **restrictions d'activité**, qui peut être appréciée vis-à-vis de la capacité à exercer des activités de la vie quotidienne (AVQ ou en anglais ADL, pour *activities of daily living*) et/ou des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ ou IADL en anglais pour *instrumental activities of daily living*) ; la notion de **besoin d'aide ou d'assistance**. Le mécanisme de la perte d'autonomie peut être schématisé comme suit : la maladie et/ou le vieillissement peuvent susciter des limitations fonctionnelles, qui, si elles ne sont pas compensées par des aides techniques ou des aménagements de l'environnement de la personne, conduisent à des restrictions d'activités. La personne a alors besoin de l'assistance régulière de quelqu'un pour des activités élémentaires ». Ces notions ne se réfèrent pas à des seuils d'âge, les incapacités pouvant intervenir quel que soit le moment de la vie des personnes concernées.

Les activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ, *Activities Daily Living* ou ADL en anglais), définies par la grille de Katz, sont au nombre de six et sont les suivantes : se laver entièrement, s'habiller, aller aux toilettes et les utiliser, se déplacer du lit au fauteuil (déplacements à l'intérieur du lieu de vie), contrôler ses selles et ses urines, se nourrir (manger des aliments déjà préparés). Elles se rapportent à la perte d'autonomie physique et couvrent donc la mobilité fonctionnelle, la toilette, l'habillement et la prise de repas. Cet indicateur de Katz permet de définir 8 niveaux de dépendance : 1) Indépendant pour les six activités ; 2) Dépendant pour une seule activité ; 3) Dépendant pour deux activités dont la première ; 4) Dépendant pour trois activités dont les deux premières ; 5) Dépendant pour quatre activités dont les trois premières ; 6) Dépendant pour cinq activités dont les quatre premières ; 7) Dépendant pour les six activités ; 8) Dépendant pour au moins deux activités sans être classable dans les catégories précédentes.

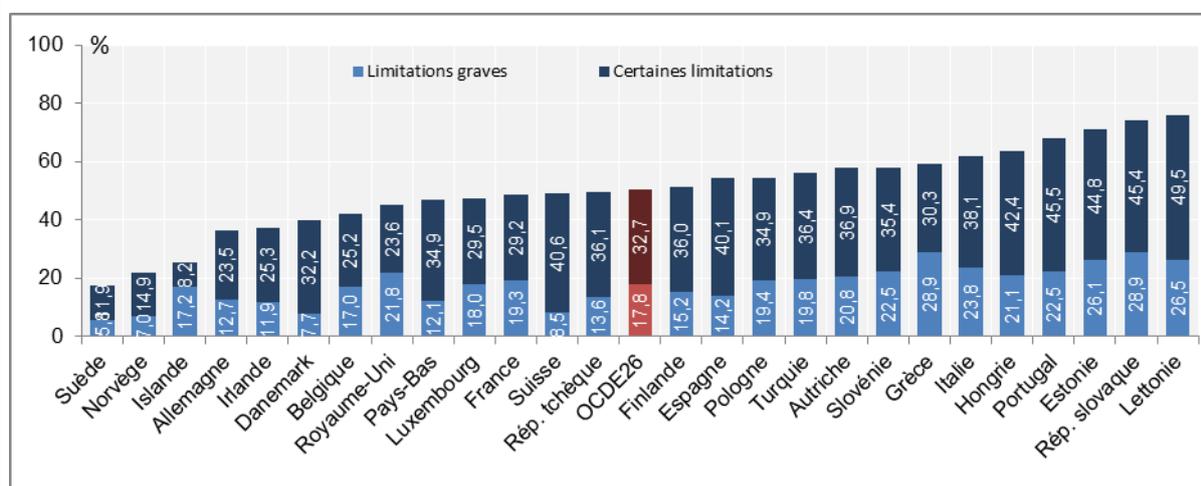
Les activités instrumentales (ou élémentaires) de la vie quotidienne (IAVQ, *instrumental activities of daily living* ou IADL en anglais) caractérisées par Lawton, comprennent les activités qu'une personne doit pouvoir réaliser pour rester à son domicile : utiliser le téléphone ou un autre moyen de communication à distance (pouvoir alerter), faire ses courses, préparer ses repas, tenir sa maison, laver son linge, utiliser les moyens de transport (déplacements à l'extérieur du lieu de vie), prendre ses médicaments, se servir de l'argent (gestion du budget).

²² Ces termes seront alternativement employés, même si le concept de dépendance est plutôt français et que celui de perte d'autonomie lui est dorénavant le plus souvent substitué.

²³ J.-M. Charpin (mod.), C. Tlili (rap.) (2011), *Perspectives démographiques et financières de la dépendance (dit Rapport Charpin)*, La documentation française, juin, page 3.

La mesure épidémiologique, qui s'appuie sur des normes internationales d'évaluation des limitations fonctionnelles et des restrictions dans les activités de la vie quotidienne, auxquelles peuvent s'ajouter une évaluation des capacités cognitives est, en pratique, souvent restreinte à la limitation d'activités (échelles d'activité quotidiennes de Katz, de Lawton et Brody, précédemment citées, et de mobilité de Rosow et Breslau...). Ce type de mesures est (partiellement) mis en œuvre dans des enquêtes européennes²⁴ et l'a notamment été en France dans des enquêtes en population générale sur la santé et le handicap²⁵. Selon l'enquête *European Statistics on Income and Living Conditions*, qui permet de mesurer l'incapacité générale, telle que perçue par les personnes (« Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? »), près de 18 % des habitants âgés de plus de 65 ans des pays de l'OCDE – hors personnes vivant en institution – souffriraient en 2015 de limitations graves dans leurs activités quotidiennes (« oui, fortement limité(e) ») et près de 33 % d'entre eux de certaines limitations (« oui, limité(e) »). C'est en Suède que la proportion de personnes âgées déclarant des limitations graves serait la plus faible (5,8 %) ; en Allemagne (12,7 %), elle serait également inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE, tandis qu'elle serait légèrement supérieure en France (19,3 %) et encore davantage au Royaume-Uni (21,8 %) ou en Italie (23,8 %). Au total, c'est dans les pays nordiques que les taux d'incapacité mesurés (forte ou modérée) seraient les plus faibles tandis que les taux les plus élevés seraient observés dans les pays d'Europe orientale tel que la Lettonie et la Slovaquie.

Figure 4 – Limitations dans les activités quotidiennes, population âgée de plus de 65 ans, pays européens, 2015 (ou année la plus proche (*))



Source: Base de données d'Eurostat. Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE - © OCDE 2017
 (*) 2014 pour la Suisse, 2009 pour la Turquie.

L'approche administrative, retenue en France pour la définition des politiques publiques, repose depuis 1997, et de façon spécifique, sur la distinction entre les besoins d'aide à l'autonomie des personnes âgées de moins et de plus de 60 ans, ces dernières étant les seules considérées comme relevant du champ de la dépendance. En pratique, le nombre de personnes dépendantes y est approché par le nombre de personnes bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance (PSD), puis à partir de 2002 de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), l'éligibilité à ces dispositifs étant appréciée à partir d'une grille spécifiquement française, bien qu'empruntant pour partie aux grilles internationales (la grille AGGIR, cf. annexe 1). En France, le nombre de personnes de

²⁴ Cf. le mini-module européen, composé de trois questions qui portent sur la déclaration d'une maladie chronique, sur l'état de santé et sur les limitations de plus de six mois dans les activités quotidiennes (indicateur « GALI » pour « Global Activity Limitation Indicator »), présent dans les enquêtes EU-SILC (*European Statistics on Income and Living Conditions*) et SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*). Les personnes placées en institution ne sont pas couvertes par ces enquêtes, ce qui entraîne une sous-estimation de la prévalence de l'incapacité. La mesure est subjective, et des facteurs culturels peuvent influencer les réponses.

²⁵ Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) ou Handicap-Santé réalisées par l'Insee et la Drees, ou dans des enquêtes plus spécifiques comme l'enquête Paquid (personnes âgées Quid) de l'Inserm.

plus de 60 ans en situation de dépendance est estimé à 1,25 million, s'agissant du nombre d'allocataires de l'APA (fin 2014²⁶), tandis que, selon une mesure épidémiologique, près de 3,3 millions de personnes vivant à domicile seraient limitées dans leurs activités « instrumentales » et 1,28 million dans leurs activités « essentielles » de la vie quotidienne²⁷. Les allocataires de l'APA représentent 7,5 % des personnes âgées de plus de 60 ans (1,8 % de la population totale) et près de 60 % d'entre eux vivent à domicile. La grille AGGIR est partagée par l'ensemble des acteurs institutionnels du champ de la perte d'autonomie (départements, caisses de retraite...), même si elle a pu donner lieu à des débats, dont certains subsistent encore : pertinence de distinguer les dispositifs de prise en charge du handicap et de la dépendance selon l'âge du bénéficiaire (barrière de 60 ans) ; hétérogénéité des pratiques de classement en GIR selon les collectivités ; flou de la frontière entre les GIR 4 et 5 ; validité de la grille pour évaluer les besoins en cas de démence sénile, etc. Il existe par ailleurs un non-recours à la prestation difficilement quantifiable.

L'approche par les « soins et services » dont bénéficient les personnes est, quant à elle, adoptée par de nombreux pays, et notamment les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord. Ce sont donc les besoins sanitaires et sociaux, révélés par les soins et services auxquels recourent les personnes, qui qualifient leur situation de dépendance, et non pas leur état, ni leur âge. D'aucuns considèrent que ce type d'approche prend mieux en compte l'environnement social et physique de la personne. Le terme de « **soins de longue durée** » (**SLD** ou en anglais, **Long Term Care (LTC)**) est souvent utilisé pour qualifier ces soins et services, qui recouvrent à la fois des soins curatifs (*cure*) et des soins d'entretien (*care*).

Cette approche est aussi retenue dans les travaux de comparaisons internationales et en particulier par l'OCDE dans ses travaux sur la dépendance²⁸ en prenant pour référence le besoin d'une aide extérieure, pendant une longue période pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) élémentaires, mais aussi pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), et ce, tous âges confondus. Ces données sont néanmoins difficiles à recueillir pour certains pays et ne sont pas parfaitement comparables²⁹. Elles couvrent l'ensemble de la population, quel que soit son âge, sachant néanmoins que certaines informations portant spécifiquement sur les personnes de 65 ans et plus, sont mises à disposition par l'OCDE. Il s'avère que la majorité des bénéficiaires de soins de longue durée sont des personnes âgées (plus de la moitié avaient plus de 80 ans en 2015), même si des soins de longue durée sont aussi dispensés à des personnes invalides qui peuvent être jeunes (en 2015, les moins de 65 ans représentaient ainsi 21 % des bénéficiaires de soins de longue durée dans les pays de l'OCDE)³⁰.

Si on se restreint aux seules personnes âgées, 13 % de celles âgées de plus de 65 ans recevaient donc en 2015 des soins de longue durée. Leur proportion variait de 2 % au Portugal à 6 %

²⁶ Pour un bilan détaillé des allocataires de l'APA, cf. : HCFEA (2017), *La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants*, décembre (chapitre 1 : Données de cadrage).

²⁷ A. Bozio, A. Gramain et C. Martin, avec la contribution d'A. Masson (2016), « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n° 35, octobre.

²⁸ Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr>

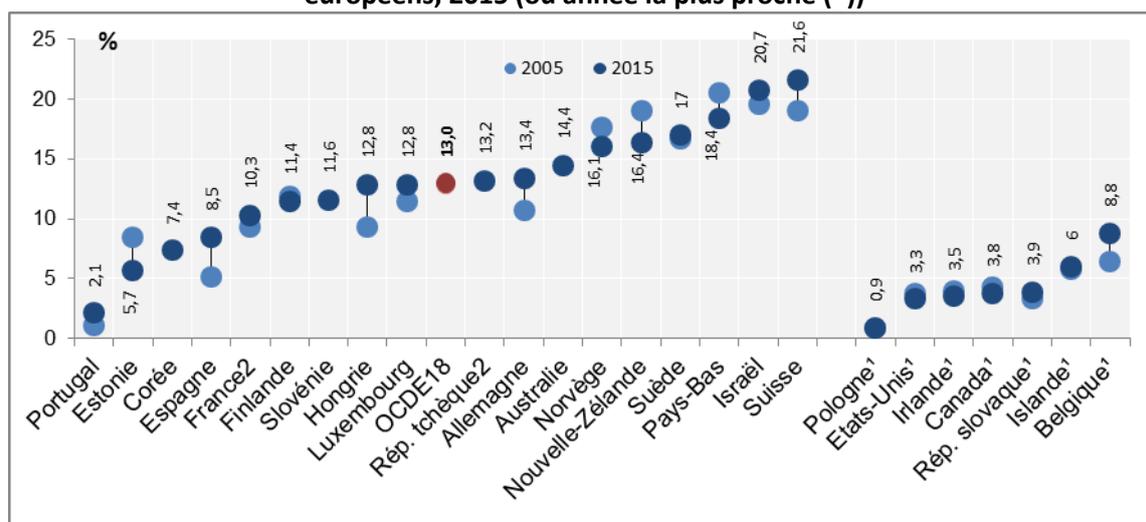
²⁹ Le périmètre précis des « soins de longue durée » est précisé *infra* (point 2.2).

³⁰ En raison de la restriction du champ aux seuls soins de santé dans certains cas, ou aux seuls soins dispensés en établissements, ou encore d'une délimitation des soins sociaux et soins de santé variable selon les pays. Cf. OCDE (2017), « Bénéficiaires de soins de longue durée », dans *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

en Estonie et à plus de 20 % en Israël et en Suisse. En Allemagne, elle était de 13,4 % et en Suède de 17 %. En France, cette proportion était de 10,3 % (figure 5).

Selon l'OCDE, le vieillissement de la population n'expliquerait pas à lui seul les différences existant entre les pays³¹. Un déterminant plus important serait en effet l'existence de services de soins de longue durée financés par des fonds publics³². Par ailleurs, les normes culturelles, en particulier le rôle de la famille, influent sur le recours aux services formels.

Figure 5 – Bénéficiaires de soins de longue durée, population âgée de plus de 65 ans, pays européens, 2015 (ou année la plus proche (*))



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

1. Les données pour la Pologne, les États-Unis, l'Irlande, le Canada, la République slovaque, l'Islande et la Belgique étant disponibles uniquement pour les personnes qui reçoivent des soins de longue durée en établissement, le nombre total de bénéficiaires est donc sous-estimé.

2. Les données de la France et de la République tchèque correspondent au nombre de personnes ayant demandé à bénéficier de prestations de santé, ce qui peut ne pas correspondre directement au nombre de bénéficiaires des services.

(*) Luxembourg, Australie, Suède, Belgique (2014), États-Unis (2011), Islande (2010), République tchèque (2009).

2.2. Les dépenses liées à la dépendance : des comparaisons internationales délicates, mais une importance plus grande, dans les pays du Nord de l'Europe, des dépenses prises en charge par les régimes publics et obligatoires

En France, la formalisation d'une politique publique nationale de prise en charge de la dépendance date de la loi du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance (PSD). Différentes étapes, tant législatives que de concertation, ont permis d'élargir la prise en compte du périmètre des dépenses liées à la perte d'autonomie au-delà de la PSD, puis de l'APA qui l'a remplacée. Lors du débat national de 2011 sur la dépendance, **le rapport de M. Bertrand Fragonard avait en particulier envisagé, à des fins d'analyse, un périmètre des dépenses** comprenant celles liées à la perte d'autonomie (la dépendance au sens strict), les dépenses de soins et les dépenses

³¹ Par exemple, Israël a l'une des populations les plus jeunes de l'OCDE, mais la proportion de la population qui bénéficie de soins de longue durée est plus élevée que la moyenne.

³² Cependant, les données concernant les personnes recevant des soins en dehors des systèmes publics, difficiles à obtenir, peuvent être sous-estimées, ce qui implique que les chiffres pour des pays qui dépendent plus fortement des soins financés par le privé peuvent être artificiellement bas.

d'hébergement³³. Ces dépenses liées à la dépendance font depuis l'objet d'un **compte de la dépendance régulièrement actualisé par la Drees**³⁴. Celui-ci évalue le surcroît de dépenses sociales et fiscales lié à la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans ou plus, supporté par les pouvoirs publics et les ménages, en matière de soins de santé, d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie (dimension médico-sociale) et d'hébergement. En 2014, ce coût – hors gîte et couvert, cf. annexe 2 – était estimé à 30 Md€, soit 1,4 % du produit intérieur brut (PIB). Chacune des trois composantes en représentait environ le tiers, l'hébergement en établissement constituant la composante la plus dynamique depuis 2010. Les pouvoirs publics (sécurité sociale, État et collectivités locales) participaient à près de 70 % au financement, le reste représentant l'effort consenti par les ménages. Ces différents postes de dépenses du compte de la dépendance sont éclatés dans différents risques couverts par le système européen de statistiques intégrées de la protection sociale. Il n'est donc pas possible de retracer directement les dépenses liées à la dépendance dans les comptes européens.

L'OCDE explicite, quant à elle, dans un document récent de mars 2018³⁵, le type de dépenses considérées comme Long Term Care (LTC) dans sa base de données sur la santé. Les services de soins de longue durée comprennent, aux côtés des services médicaux de base (pansements, gestion de la douleur, prise de médicaments, suivi médical, prévention, rééducation ou soins palliatifs, entre autres exemples), un éventail de services destinés aux personnes présentant des déficiences fonctionnelles, physiques ou intellectuelles (encadré 8). Les dépenses liées aux services d'aide à la vie quotidienne ainsi que les dépenses d'hébergement en EHPAD y sont classées dans le volet « santé » des soins de longue durée, alors que dans le compte de la dépendance réalisé par la Drees, elles sont respectivement classées dans le volet « médico-social » (et non pas purement « santé ») et le volet « hébergement » (cf. annexe 2).

Encadré 8 – La définition et la mesure des soins de longue durée dans la base de l'OCDE

Les soins de longue durée (SLD) englobent les services sanitaires et sociaux fournis aux personnes dépendantes qui ont besoin de soins en continu.

Le volet « santé » des soins de longue durée comprend : les soins médicaux ou infirmiers (pansement, administration de médicaments, conseils en matière de santé, soins palliatifs, soulagement de la douleur et diagnostic médical relativement à des soins de longue durée). Cela peut inclure des activités préventives pour éviter la détérioration des conditions de santé à long terme ou des activités de réadaptation pour améliorer la fonctionnalité (par exemple, l'exercice physique pour améliorer le sens de l'équilibre et éviter les chutes) ; les services de soins personnels qui aident aux activités de la vie quotidienne (AVQ), à prendre un bain, à se laver, à s'habiller, à se lever et à se lever, à se rendre aux toilettes et à gérer l'incontinence. La surveillance générale des personnes atteintes de démence et de la maladie d'Alzheimer est aussi incluse dans ce volet « santé ».

Le volet « social » des soins de longue durée comprend les services d'assistance qui permettent à une personne de vivre de manière autonome. Ils se rapportent à l'aide aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) comme l'aide aux courses, la lessive, la cuisine, les travaux ménagers, la gestion des finances et l'utilisation du téléphone.

³³ B. Fragonard (2011), *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance, La documentation française, juin.

³⁴ T. Darcillon (2015), « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », La protection sociale en France et en Europe en 2014, édition 2016, Drees.

³⁵ Accounting and Mapping of Long Term Care Expenditure Under SHA 2011.

Le tableau ci-dessous indique précisément comment certains types de dépenses doivent être classés ; les **dépenses d'hébergement en établissements médicalisés pour personnes dépendantes** sont en particulier classées, selon la grille OCDE, dans le volet santé.

Figure 6 – Exemples de classement de soins de longue durée selon la grille OCDE

		Volet santé	Volet social
Soins médicaux et infirmiers	Administration de médicaments	x	
	Réalisation d'un diagnostic médical	x	
	Pansements	x	
	Conseil en santé	x	
Activités de la vie quotidienne (AVQ)	Aide à manger	x	
	Aide à la toilette	x	
	Aide à la mobilité	x	
	Aide à la gestion de l'incontinence	x	
Activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ)	Aide aux courses		x
	Aide aux travaux ménagers		x
	Portage de repas		x
Activités sociales	Chant, jeux....		x
	Exercice physique		x
	Excursions d'une journée		x
Hébergement	Résidences pour personnes dépendantes	x	
	Assistance à la vie quotidienne (sur site) en résidence pour personnes dépendantes		x

Pour qu'une activité soit classée comme soins de longue durée dans la base de données de l'OCDE, les trois conditions suivantes doivent aussi être vérifiées :

- **le service doit être destiné à des personnes dépendantes** telles que les personnes âgées ou les personnes handicapées physiques ou mentales souffrant de maladies chroniques ou de limitations cognitives sur une période de temps prolongée; les personnes dépendantes ont besoin de services de soins de longue durée de façon continue et récurrente. Cependant, la définition générique de la dépendance en tant que "déficience, limitation de l'activité et/ou restriction de la participation" s'étant révélée vague et affectant la comparabilité internationale des dépenses, l'OCDE a suggéré de dorénavant **définir la population dépendante comme les personnes nécessitant une aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ)**. En règle générale, il est également suggéré par l'OCDE de considérer que la déficience devrait durer au moins 6 mois ou pour le reste de leur vie sans espoir de rétablissement complet.
- **le service doit être lié au statut de dépendance** (le traitement médical d'un rhume ne sera probablement pas lié à la dépendance aux SLD et sera classé comme soins curatifs);
- **il existe une transaction**, c'est-à-dire que l'offre de soins de longue durée sans rémunération financière du soignant est exclue. Les allocations de soins pour les bénéficiaires ou les soignants, qui permettent de rémunérer les services de soins, sont incluses dans les activités de soins de longue durée.

Enfin, la classification d'un service ou d'un bien dans la catégorie des soins de longue durée est indépendante :

- **du prestataire** : les services de soins de longue durée peuvent être fournis par les hôpitaux, les maisons de retraite, les cabinets de médecins, les ménages et d'autres types de prestataires où la prestation de soins de longue durée est une activité secondaire ;
- **du mode de financement** : les services de SLD peuvent être financés par l'administration centrale ou locale, l'assurance maladie privée volontaire, les régimes d'assurance accidents, les programmes de protection sociale, etc.;
- **de la qualification du soignant** : des connaissances et des compétences médicales ou en soins de santé qualifiées sont *a priori* nécessaires pour que les activités de soins de santé soient incluses dans le champ des données de santé de l'OCDE ou que ces services soient fournis sous supervision ; dans le domaine des soins de longue durée, sont cependant également inclus les services de soins informels fournis par les membres de la famille (en cas d'allocation de soins), en supposant qu'ils ont reçu une formation initiale de base ou lors de visites occasionnelles par des professionnels qualifiés.

Source : OCDE (2018), *Accounting and Mapping of Long Term Care Expenditure Under SHA 2011*, Health Division, mars.

Les données détaillées relatives à l'année 2016, collectées selon ces définitions précisées ne seront cependant disponibles qu'à l'automne 2018³⁶. À ce jour, seules sont disponibles – et commentées ici – les données détaillées relatives à l'année 2015³⁷, ainsi que quelques données agrégées et partielles relatives à l'année 2016, collectées selon le nouveau guide³⁸. Enfin, les dépenses de soins de longue durée financées par les régimes d'assurance publics et obligatoires ainsi collectées se prêtent davantage à comparaison que les dépenses privées³⁹ et seront les seules commentées ci-dessous.

En 2015, le total des dépenses publiques/obligatoires au titre des soins de longue durée (englobant à la fois le volet santé et le volet aide sociale) s'est élevé à 1,7 % du PIB en France, comme par la moyenne des pays de l'OCDE (figure 7). En consacrant 3,7 % de leur PIB aux soins de longue durée, soit près du double de la moyenne de l'OCDE, les Pays-Bas ont déployé plus de moyens publics que les autres pays dans ce domaine, et ils affichent également la part des dépenses au titre du volet social de loin la plus importante (cf. encadré 9). Les dépenses sont également particulièrement élevées en Suède (3,2 % du PIB), ainsi que, de manière plus atténuée, dans les autres pays du Nord de l'Europe. À l'autre extrémité, la Hongrie, l'Estonie, la Pologne, Israël et la Lettonie ont consacré moins de 0,5 % de leur PIB aux services publics de soins de longue durée. Les écarts entre pays s'expliquent surtout par la mise en place de systèmes formels de prise en charge de la dépendance par opposition à des dispositifs plus informels reposant essentiellement sur la prise en charge assurée par des membres de la famille non rémunérés. S'agissant des principaux grands pays européens, les dépenses publiques et obligatoires de soins de longue durée, exprimées en proportion du PIB, s'échelonnent de 1,7 % en France, à 1,5 % et 1,3 % respectivement au Royaume-Uni et en Allemagne et à seulement à 0,8 % et 0,7 % en Espagne et en Italie. Néanmoins, dans certains pays, les dépenses privées peuvent pour partie compenser les écarts, même si leur comparabilité est loin d'être assurée : l'OCDE les estime à 0,7 % du PIB en Suisse et à 0,6 % du PIB en Allemagne et au Royaume-Uni⁴⁰. Par conséquent, la part des dépenses privées – principalement à la charge du patient – dans les dépenses totales de soins de longue durée s'élèverait à plus de 30 % dans ces pays.

³⁶ Elles seront publiées dans l'édition 2018 de l'ouvrage *Panorama de la santé* de l'OCDE à paraître à l'automne.

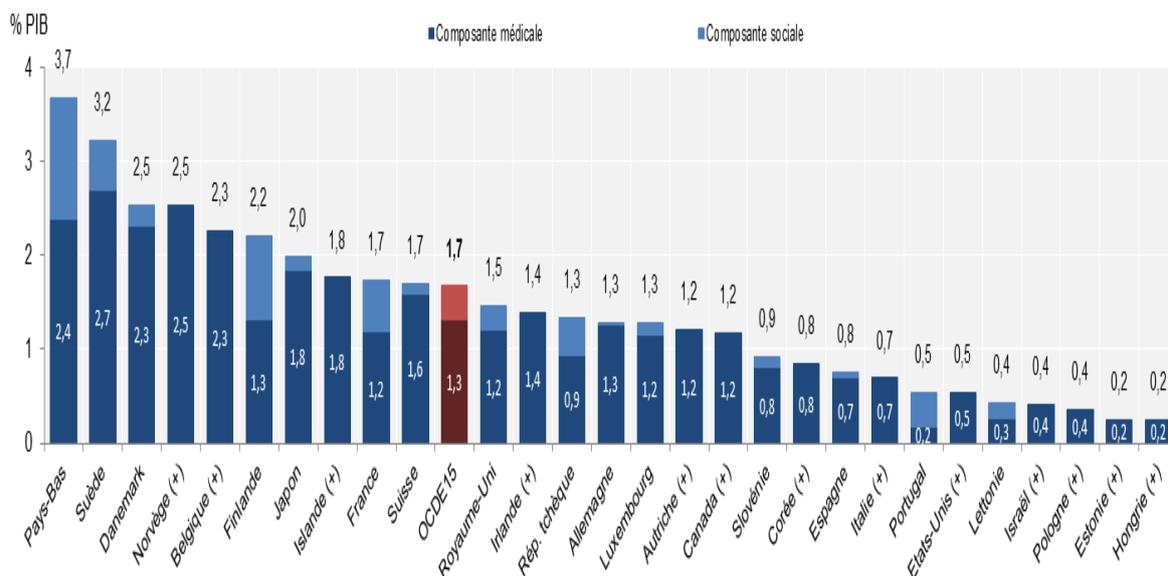
³⁷ Elles sont publiées dans l'édition de novembre 2017 de l'ouvrage *Panorama de la santé* de l'OCDE.

³⁸ et rétopolées pour les années antérieures (ces données sont accessibles à partir de la base de données de l'OCDE (OECD.Stat). S'agissant de la France, les données collectées selon le nouveau guide conduisent à réintégrer dans le périmètre des soins de longue durée les dépenses liées à l'hébergement en établissements (auparavant communiquées à l'OCDE à titre informatif uniquement), ces dépenses étant classées, selon les consignes de l'OCDE, dans le volet « santé » des soins de longue durée.

³⁹ Enfin, comme vu précédemment à propos des bénéficiaires, certains pays (comme l'Estonie, Israël et les États-Unis) peuvent uniquement fournir des données sur les dépenses liées aux soins en établissement, ce qui se traduit par une sous-estimation du montant total des dépenses des régimes d'assurance publics et obligatoires au titre des services de soins de longue durée.

⁴⁰ En France, cette part serait moindre, et la part dans le PIB des dépenses totales liées aux soins de longue durée serait ainsi proche de celle estimée pour l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Figure 7 –Dépenses de soins de longue durée (composantes médicale et sociale) des régimes d'assurance publics et obligatoires, en pourcentage du PIB, en 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

Note : La moyenne de l'OCDE inclut seulement les 15 pays qui fournissent des données sur les composantes médicale et sociale.

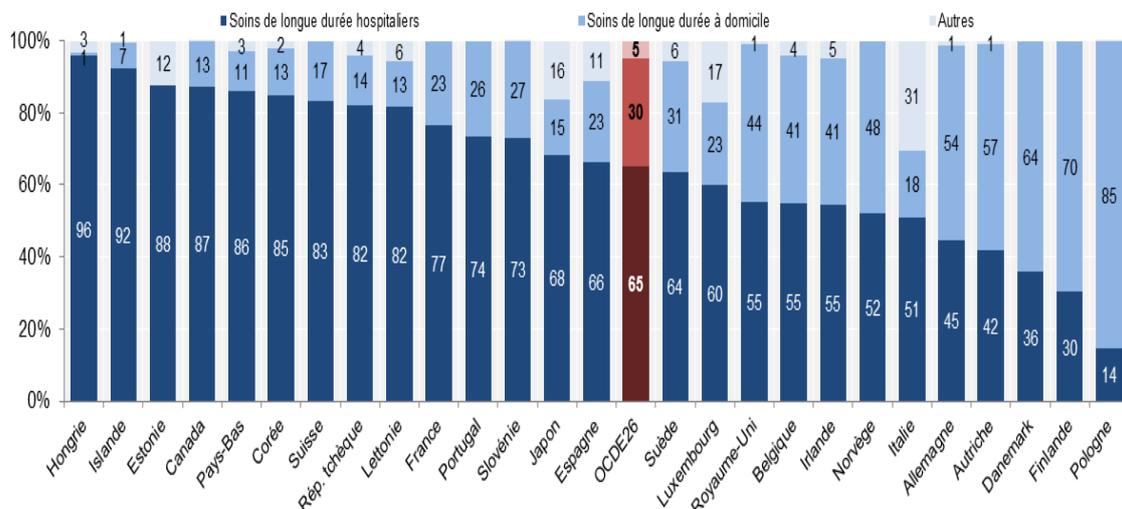
(*) Japon (2014), Israël (2013) ; (+) Composante sociale non renseignée.

Encadré 9 – Parts respectives afférentes aux volets « sanitaire » et « social » des soins de santé de longue durée

Comme déjà indiqué, la frontière entre le volet sanitaire et le volet social des dépenses de soins de longue durée n'est toujours pas la même d'un pays à l'autre, et les comparaisons en la matière sont à prendre avec précaution. La Suède et la Norvège consacraient 2,5 % ou plus de leur PIB au volet sanitaire des dépenses de soins de longue durée, à partir des régimes publics/obligatoires, soit environ le double de la moyenne de l'OCDE (1,3 %). Avec plus de 1,3 % du PIB, les Pays-Bas afficheraient le niveau le plus élevé de dépenses publiques au titre de la prise en charge sociale des soins de longue durée, soit largement supérieur à la moyenne OCDE (0,4 %). En France, les dépenses de santé de longue durée représentaient 1,2 % du PIB en 2015. Néanmoins, comme expliqué *supra*, ces dépenses ont été récemment actualisées à l'aune du nouveau manuel de l'OCDE, et intégreront, à partir de l'édition 2018 du *Panorama des données de santé*, les frais d'hébergement en EHPAD, ce qui conduira à augmenter de 0,1 point la part, dans le PIB, des soins de santé de longue durée pris en charge par des systèmes d'aides ou d'assurances publiques.

L'organisation des soins de longue durée dans les pays influence également la composition et le montant global de ces dépenses. Dans les pays de l'OCDE, les deux tiers des dépenses des régimes publics et obligatoires au titre des soins de santé de longue durée concernaient en 2015 les soins hospitaliers, lesquels étaient principalement prodigués dans des structures d'hébergement et de soins de longue durée (figure 8). Mais en Pologne, en Finlande, au Danemark, en Autriche et en Allemagne, les dépenses de soins de santé de longue durée à domicile représentaient plus de 50 % de l'ensemble des dépenses (volet santé). Les dépenses au titre des soins de santé de longue durée dispensés à domicile sont relatives aux services assurés soit par des professionnels du secteur, soit par des aidants informels lorsqu'il existe une allocation dépendance qui rémunère les aidants pour les services fournis.

Figure 8 – Dépenses de soins de longue durée (composante médicale) des régimes d'assurance publics et obligatoires, selon le lieu de prestation des soins, 2015 (ou année la plus proche *)



Note : La catégorie « Autres » comprend les admissions avec sortie le jour même et les soins de longue durée prodigués dans une structure d'accueil de jour.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

(*) Japon (2014).

Il convient enfin de signaler, pour conclure cette partie relative aux dépenses, que l'OCDE a engagé des travaux complémentaires visant à comparer le mode et le degré de couverture des dépenses de soins de longue durée par le système de protection sociale dans quatorze pays à partir d'une démarche par « cas-type » intégrant la prise en compte du reste à charge des ménages⁴¹.

2.3. Le financement du risque dépendance : une grande hétérogénéité des systèmes de prise en charge et des acteurs

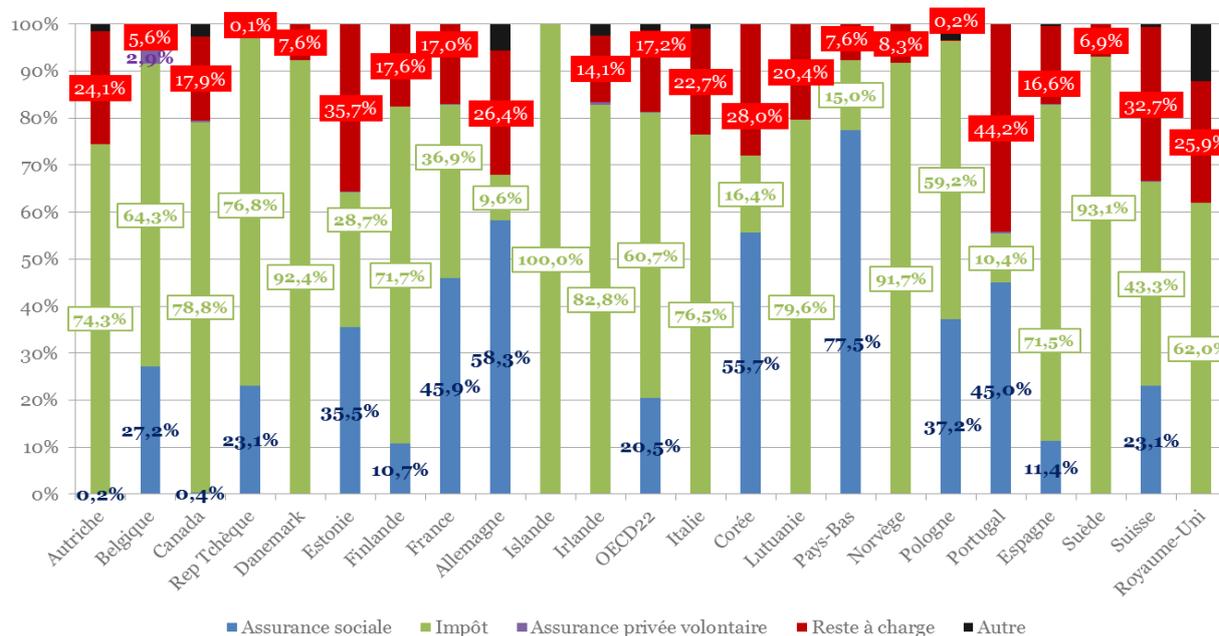
Les systèmes de prise en charge de la dépendance sont très divers selon les pays, en lien avec les places respectives de l'État, de la famille et du marché, mais aussi les relations entre les échelons locaux et nationaux. Certains pays disposent de systèmes de prise en charge des personnes dépendantes depuis la fin des années 1960 (Danemark, Suède et Pays-Bas). Dans de nombreux pays, comme en France⁴², la mise en place de systèmes de protection sociale du risque dépendance est relativement récente, datant des années 1980 voire 1990 (loi « *National Health Service and Community Care* » votée en 1990 au Royaume-Uni, assurance dépendance obligatoire créée en 1995 en Allemagne, etc.). Récents, ces dispositifs apparaissent souvent relativement peu stabilisés et font l'objet de nombreuses réformes depuis une quinzaine d'années. Les débats sur le degré de prise en charge collective de la dépendance et de son mode de financement font aussi l'objet de débats récurrents en France, qui seront sans doute relancés à l'occasion de la future loi de 2019.

⁴¹ T. Muir (2017), « Measuring social protection for long-term care », *OECD Health Working Papers*, n°93, OECD Publishing, Paris.

⁴² Une définition de la dépendance a été introduite pour la première fois dans le Code de l'action sociale et de la famille (CASF) à l'occasion de la loi du 4 janvier 1997 créant la prestation spécifique dépendance (PSD), ce qui ne signifie pas pour autant que la prise en charge de l'autonomie liée au vieillissement n'ait fait l'objet d'aucune prise en charge collective avant cette date. On peut ainsi considérer qu'en France la dépendance relève explicitement de la protection sociale depuis la fin des années 1990, son champ étant celui des personnes reconnues dépendantes selon la grille AGGIR.

Selon les dernières données collectées par l'OCDE⁴³, **les dépenses liées à la dépendance sont majoritairement financées par des régimes publics** : près de 21 % des dépenses totales de soins de longue durée étaient en 2016 financées par les assurances sociales dans les pays de l'OCDE, près de 61 % l'étaient par l'impôt, la quasi-totalité des dépenses restantes étant à la charge des ménages (17,2 %) (figure 9). Il existe cependant des différences importantes entre les pays du point de vue du financement de ces dépenses. En effet, si dans les pays nordiques (à l'exception de la Finlande), le financement par l'impôt dépassait les 90 %, il était de l'ordre de 10 % en Allemagne, où existe un régime d'assurance autonome financé par cotisations (cf. encadré 11). En France, le financement par l'impôt n'est que de 37 %, tandis que les assurances sociales couvrent 46 % des dépenses (contre 59 % en Allemagne mais aussi en Pologne).

Figure 9 – Modalités de financement des dépenses de soins de longue durée en 2016



Source : données de santé de l'OCDE 2018, présentation de F.Colombo, OCDE, HCFIPS, 04/07/2018.

L'OCDE, dans ses travaux sur les soins de longue durée, distingue trois types de couverture publique⁴⁴ (figure 10) :

- un système de couverture universelle qui offre des services à tous les individus qui en ont besoin et qui est organisé au sein d'un programme unique (assurance sociale dépendance en Allemagne, au Japon et aux Pays-Bas, services financés par l'impôt au Danemark ou en Suède etc.) ;

⁴³ Ces données ont été présentées par Mme Colombo aux membres du Haut Conseil en juillet 2018.

⁴⁴ La littérature propose par ailleurs plusieurs typologies possibles des systèmes -publics et privés- de prise en charge de la dépendance en Europe ou dans les pays de l'OCDE, qui se distinguent notamment selon l'importance accordée aux principes de solidarité (Etat, famille, organisations professionnelles...), aux modalités de financement (impôts nationaux et/ou locaux, cotisations sociales, assurance privée, prise en compte ou non des ressources de la famille), aux modes de régulation (par exemple, conditions d'accès aux prestations, coordination des acteurs, choix des prestataires de services), etc.. Ces typologies sont cependant susceptibles de devoir être modifiées en raison des réformes à l'œuvre. Cf. notamment Gimbert V. et Malochet G. (coord.) (2011), *Les défis de l'accompagnement au grand âge. Perspectives internationales*, Centre d'analyse stratégique, Rapports et documents.

- un système de couverture qui fait office de filet de sécurité pour les plus démunis, où l'accès aux prestations est soumis à des conditions de ressources (Royaume-Uni, Etats-Unis) ;
- un système mixte qui combine ces différents dispositifs et financement (France, Belgique).

La plupart des pays qui ont des systèmes reposant sur l'assurance sociale ont cependant aussi mis en place des programmes d'aide aux plus défavorisés financés par l'impôt (*safety net*). Par ailleurs, les financements publics peuvent provenir de l'État ou des collectivités territoriales. Ainsi, en Angleterre et au Danemark, les impôts, qui financent les soins de longue durée, émanent à la fois du gouvernement central et des administrations locales. Les critères d'éligibilité aux aides publiques, et la générosité de ces aides, peuvent également varier au plan local (comme aux États-Unis ou en Italie), même quand les règles d'éligibilité sont déterminées au niveau national (comme cela est le cas en France). Dans certains pays (Slovénie, Islande), le montant du reste à charge est déterminé au niveau local. Il s'avère qu'il n'existe pas de lien entre le type de couverture de la dépendance mis en place par les pays et le degré de générosité des financements publics.

Figure 10 – Modalités du financement public des dépenses de soins de longue durée en 2016

	Pays
Assurance sociale en majorité	Corée, Japon, Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg
Impôts en majorité	Australie, Autriche, Canada, République Tchèque, Danemark, Finlande, Irlande, Nouvelle Zélande, Norvège, Slovaquie, Espagne, Suède, Royaume Uni
Mixte	France, Belgique, Estonie, Grèce, Hongrie, Mexique, Pologne, Slovénie, Suisse, Etats-Unis

Tous les pays européens ou de l'OCDE sont confrontés, à des degrés divers, à une hausse projetée des dépenses liées au vieillissement et à la dépendance⁴⁵ (cf. encadré 10), dans un contexte par ailleurs orienté vers la maîtrise des dépenses publiques. Les modèles de prise en charge de la perte d'autonomie vont de plus devoir faire face à une moindre disponibilité des aidants familiaux et à des difficultés de recrutement dans le secteur des aides aux personnes dépendantes. En dépit de la difficulté d'établir des projections démographiques du nombre de personnes dépendantes et des dépenses de prise en charge, l'accroissement de la demande d'aides et de services ne fait presque aucun doute : les incertitudes portent plutôt sur son intensité et sur le moment auquel ce besoin se fera sentir.

⁴⁵ La part des individus de plus de 80 ans augmentera dans l'ensemble des pays de l'OCDE, même si ceux-ci se différencient par le rythme et la nature du vieillissement de leur population. Aujourd'hui, selon l'OCDE, la moitié des usagers des services de soins de longue durée ont plus de 80 ans et un usager sur cinq a moins de 65 ans : la dépendance n'est donc pas uniquement un problème lié au grand âge, même si sa prévalence augmente nettement avec celui-ci.

Encadré 10 – Les projections européennes de dépenses publiques en soins de longue durée et les projections françaises de dépenses liées à la dépendance

Selon le scénario de référence des projections des dépenses publiques en soins de longue durée, réalisées dans le cadre des travaux de l'*Ageing Working Group* de la Commission européenne, ces dernières devraient augmenter, dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, de 1,6 % du PIB en 2013 à 2,7 % du PIB en 2060, soit une augmentation de 1,1 point⁴⁶. En Allemagne, comme en Suède, l'augmentation serait de 1,5 point (les dépenses de LTC passant en Allemagne de 1,4 % du PIB en 2013 à 2,9 % du PIB en 2060, et de 3,6 % du PIB à 5,1 % du PIB en Suède), tandis qu'elle serait plus limitée en France (de 0,8 point, le poids des dépenses de LTC s'accroîtrait de 2 % du PIB en 2013 à 2,8 % du PIB). Le périmètre des soins de longue durée retenu dans ces projections est identique à celui retenu par l'OCDE. Le scénario de référence fait, quant à lui, l'hypothèse que la moitié des gains d'espérance de vie projetés le seraient sans incapacité⁴⁷.

En France, les dernières projections des dépenses liées à la dépendance, telles que retracées dans le compte de la dépendance⁴⁸, datent de juin 2017. Elles ont été réalisées par la Drees à la demande du Haut Conseil⁴⁹. En retenant une hypothèse dite « intermédiaire » d'évolution de la prévalence⁵⁰, une indexation des prestations dite « mixte » (à mi-chemin entre une indexation sur les prix et une indexation sur les salaires) et le scénario macroéconomique médian avec des gains de productivité de long terme de 1,5 % et un chômage de long terme de 7,5 %, relativement au PIB, la dépense publique croîtrait de 1,4 point en 2030 à 1,8 point de PIB en 2045, puis jusqu'à 2,0 points de PIB d'ici 2060.

Les contributions de M. Manuel Bougeard et de M^{me} Dominique Acker ont permis d'éclairer de façon plus spécifique l'organisation de la prise en charge de la dépendance en Allemagne d'une part, en Suède d'autre part, et les évolutions récentes. Les réformes récentes de l'assurance dépendance en Allemagne, et l'augmentation prévue des taux de cotisations, illustrent les besoins de financement de cette cinquième branche de la sécurité sociale et les vases communicants, en termes de financement, avec les branches excédentaires « retraite » et « maladie »⁵¹ (cf. encadré 11). En Suède, pays dans lequel le financement de la dépendance est assuré à hauteur de plus de 80 % par des impôts locaux, il a été décidé de restreindre certaines aides à la vie quotidienne afin de faire face aux besoins de financement des communes (cf. encadré 12). Dans ces deux pays, le soutien aux aidants a également été renforcé, de même qu'en Allemagne, l'appui à la politique de l'emploi dans le domaine des services d'aides aux personnes dépendantes (avec le concours de l'assurance maladie).

⁴⁶ European Commission (DG ECFIN) and Economic Policy Committee (Ageing Working Group) (2014), « The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies », *European Economy*, n°8 ; European Commission (DG ECFIN) and Economic Policy Committee (Ageing Working Group) (2015), « The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060) », *European Economy*, n°3.

⁴⁷ Le scénario macroéconomique de l'AWG repose sur une cible de chômage de long terme de 7,5 % atteinte en 2040. Quant à la productivité de long terme, elle serait de 1,5 % dans le scénario central de l'AWG, le retour à ce rythme tendanciel étant prévu à partir de 2035.

⁴⁸ Hors celles relatives au gîte et au couvert dans les établissements d'accueil.

⁴⁹ Haut Conseil du financement de la protection sociale (2017), *Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale*, et R. Roussel (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.

⁵⁰ Dans le scénario « intermédiaire », il est supposé que le rapport entre l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie globale était constant, entraînant de ce fait une légère augmentation de la durée de vie en dépendance, pour les personnes en GIR 3 et 4. Pour les personnes en GIR 1 et 2, il est supposé la stabilité de la durée de vie en dépendance, les gains d'espérance de vie étant intégralement des gains d'espérance de vie sans APA, ce qui induisant globalement une légère baisse des taux de prévalence par âge.

⁵¹ À cet égard, il est intéressant de mentionner que dans de nombreux pays, qui n'ont pas un système d'assurance dépendance, de nombreuses dépenses liées à la dépendance sont prises en charge par l'assurance maladie, y compris dans plusieurs pays celles liées aux aides à la vie quotidienne, ce qui n'est pas le cas en Allemagne.

Encadré 11 – L'assurance dépendance, une cinquième branche de la sécurité sociale en Allemagne

En Allemagne, une assurance dépendance (*Pflegeversicherung*) a été créée en 1995, gérée par la même caisse de sécurité sociale que celle de l'assurance maladie. Elle offre une protection aux personnes victimes d'atteintes à leur autonomie ou à leurs facultés pour des raisons de santé, dès lors que la dépendance, constatée par un expert (du service médical de l'assurance maladie pour les assurés légaux et de la société MEDICPROOF pour les assurés privés⁵²), est grave et a une durée présumée de plus de six mois⁵³.

Elle s'adresse également à des personnes en situation de handicap, jeunes ou non, 85 % des personnes dépendantes étant des personnes âgées.

Les personnes, quels que soient leur âge (les retraités cotisent depuis 2006) et leurs revenus, ont une **obligation d'affiliation à l'assurance dépendance**. La cotisation est fonction du revenu : au premier janvier 2017, le taux de cotisation s'élève à 2,55 % de la rémunération – sous plafond, de 4 350 € mensuels – soumise à cotisations, partagé à part égale entre salariés et employeurs, et majoré à 2,8 % pour les personnes sans enfant à partir de 23 ans. À titre de comparaison, les taux de cotisations sociales pour les autres risques sont respectivement de 18,7 %, 14,6 % et 3 % pour les branches retraite, maladie et chômage, le taux de cotisation pour les accidents du travail étant, quant à lui, fonction de la caisse et du risque. À sa création, le taux de cotisation à l'assurance dépendance était de 1 %.

L'assurance dépendance a été réformée en deux temps en 2015 (*Pflegestärkungsgesetz I*) et en 2016 (*Pflegestärkungsgesetz II*) :

- Afin de dégager des recettes supplémentaires, le taux de cotisation a augmenté de 0,3 point en 2015 (de 2,05 % à 2,35 %), cette hausse ayant été partiellement compensée par une baisse des cotisations de la branche retraite excédentaire (-0,2 point) ; puis, il a à nouveau augmenté en 2016 de 0,2 point (pour atteindre 2,55 %). En 2015, les ressources supplémentaires ont permis d'une part, d'augmenter presque toutes les allocations liées à la dépendance (à hauteur de 2,4 Md€, répartis en 1,4 Md€ pour la prise en charge à domicile et 1 Md€ pour celle en établissement), réduisant ainsi le reste à charge des ménages, et d'autre part, d'alimenter un fonds public de prévoyance mutualisé (à hauteur de 1,2 Md€), visant à pallier le déséquilibre démographique du système à partir de 2035.
- La réforme de 2016 a, quant à elle, permis une refonte de la grille d'appréciation de la perte d'autonomie en fonction des capacités individuelles (à partir de six domaines d'appréciation concernant la mobilité corporelle, les capacités cognitives et communicationnelles, les problèmes psychiques et comportementaux, la capacité à être autonome, la capacité à gérer son traitement médical de manière autonome, les actes de la vie quotidienne et contacts sociaux) et non plus des limitations physiques ou psychiques : les niveaux de dépendance, au nombre de trois précédemment, ont été portés à cinq, avec une extension du périmètre et une meilleure prise en compte des maladies neurodégénératives, permettant de mieux définir les soins et prestations financières correspondants.
- La situation des aidants a également été consolidée, avec l'obligation faite à l'assurance vieillesse de verser des cotisations retraites à leur bénéficiaire et la mise en place d'une protection en matière d'assurance chômage en cas de démission d'un actif en vue d'assurer des soins à une personne âgée dépendante. Par ailleurs, une loi entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015 a facilité la prise de congés des

⁵² À partir d'un certain seuil de revenu, les assurés peuvent demander à être exemptés de l'assurance maladie mais doivent dans ce cas souscrire à une assurance privée (cf. rapport du HCFiPS de décembre 2017, *Les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale*). Il en est de même pour l'assurance dépendance.

⁵³ Quel que soit le revenu et quel que soit l'âge, les personnes reconnues dépendantes, affiliées depuis au moins deux ans, perçoivent un montant forfaitaire dépendant de leur degré de dépendance compensant les prestations en nature fournies par un organisme professionnel et/ou prenant la forme d'une allocation en espèces lors du maintien à domicile, ou encore les prestations fournies par l'établissement en cas d'entrée en établissement. Qu'elle soit à domicile – solution généralement encouragée – ou en établissement (24 % des cas), la personne dépendante doit en revanche financer ses coûts de logement, de repas et ses dépenses quotidiennes. Le forfait varie selon le niveau de dépendance (mais pas selon les revenus) de 0 à 1995 € s'agissant du remboursement des prestations à domicile, de 0 à 901 € s'agissant de l'allocation en espèce et de 125 € (degré 1 de dépendance) à 2005 € (degré 5 de dépendance) s'agissant de la prise en charge lors d'un placement en établissement (sachant que le coût moyen d'un EHPAD en Allemagne est de 3 268,75 €). Il n'y a pas de distinction en Allemagne entre l'hébergement dans des structures sanitaires (du type USLD en France) ou sociales. En revanche, les dépenses médico-sociales peuvent être secondées par les caisses d'assurance-maladie, lors de maladies graves très coûteuses.

aidants, sujet sur lequel les partenaires sociaux ont souhaité s'engager (avec selon les cas, des indemnités financées par l'assurance dépendance, des possibilités d'emprunts à taux zéro, des possibilités de lissage des rémunérations lors d'un passage à temps partiel, etc.), les conventions collectives pouvant également compléter ces dispositifs publics.

L'assurance-dépendance a enregistré des excédents de 2008 à 2016. En 2017, elle a cependant été en déficit (recettes : 36,1 Md€, dépenses : 38,52 Md€, déficit : -2,42 Md€), qui devrait être plus important encore en 2018. À cet égard, le ministre de la Santé et de la dépendance a annoncé une **augmentation du taux de cotisation à l'assurance dépendance d'au moins 0,3 point en 2019 (qui pourrait être portée à 0,5 point)**, suivie d'une stabilisation jusqu'en 2022. Cette hausse pourrait être compensée par une baisse des cotisations à l'assurance maladie (excédentaire), voire des cotisations à l'assurance chômage (plus forte que celle actuellement prévue).

Encadré 12 – Un financement de la prise en charge de la dépendance par les communes et la sécurité sociale en Suède

En Suède, **la responsabilité de la prise en charge des personnes dépendantes relève des municipalités depuis une loi de 1992 (loi Ädel), son financement étant, quant à lui, principalement assuré par les impôts locaux (85 %)**, et, dans une moindre mesure, par des subventions gouvernementales (10 %) et les utilisateurs (4 à 5 %). Près des deux-tiers (64 %) des dépenses concernent l'accueil en établissement et un peu plus d'un tiers le maintien à domicile : au-delà de 20 heures de soutien par semaine, c'est la sécurité sociale qui prend en charge les dépenses correspondantes.

Les soins de longue durée relèvent, dans le secteur sanitaire, de la responsabilité des comtés, notamment les soins hospitaliers. Il existe par ailleurs une forte incitation à la réduction des lits hospitaliers avec transfert aux communes des dispositifs d'hébergement (notamment des logements de courte durée) dédiés aux personnes âgées ayant besoin de soins. Le comté continue à financer ce qui relève des soins, quel que soit le lieu dans lequel ils sont délivrés. Les soins médicaux spécialisés à domicile (maladies chroniques, soins palliatifs ...) sont ainsi financés par les comtés. Les soins à domicile (« retour sûr à la maison ») sont assurés par les infirmières du district et d'autres professionnels exerçant sous la responsabilité du centre de santé.

Comme dans de nombreux pays, la Suède a opté pour une politique de maintien à domicile très développée, et ce à partir des années 1990, et une stratégie nationale pour la démence a été adoptée en mai 2018. Une caractéristique de la politique de la dépendance en Suède est **l'accompagnement diversifié mis en place pour les aidants, financé par la sécurité sociale**. Depuis 2009, une réglementation plus claire encadre le soutien familial, avec la reconnaissance du statut d'aidant (comportant la faculté de les agréer comme salariés, des congés – possiblement fractionnés- jusqu'à 100 jours indemnisés, une compensation par la solidarité nationale du manque à gagner pour la retraite, un soutien psychologique et des conseils, un droit au répit, une protection de l'emploi et des conditions de travail). Pour autant, l'audit de la Cour des comptes suédoise de 2014 dresse un bilan critique de ce soutien aux aidants : les instruments de contrôle ne sont pas jugés efficaces ; la rémunération du congé et sa durée restent insuffisantes pour faire face aux besoins les plus lourds, et seraient plus adaptées aux périodes de fin de vie qu'à la dépendance au long cours. Cet audit préconise l'amélioration de la qualité des services de santé, qui devrait en retour permettre d'améliorer le vécu des aidants.

De façon plus générale, afin d'assurer le financement de la dépendance et de limiter le reste à charge des personnes, notamment les plus modestes et/ou celles ayant les besoins les plus importants, de nombreux pays mettent en œuvre des mesures du même type, leurs modèles respectifs de prise en charge de la dépendance ayant ainsi parfois tendance à converger. Certaines mesures sont relatives aux prestations (cf. encadré 13).

La tendance est par ailleurs à l'élargissement des bases de financement des systèmes de prise en charge de la dépendance. Ceci se traduit dans certains cas par un élargissement des

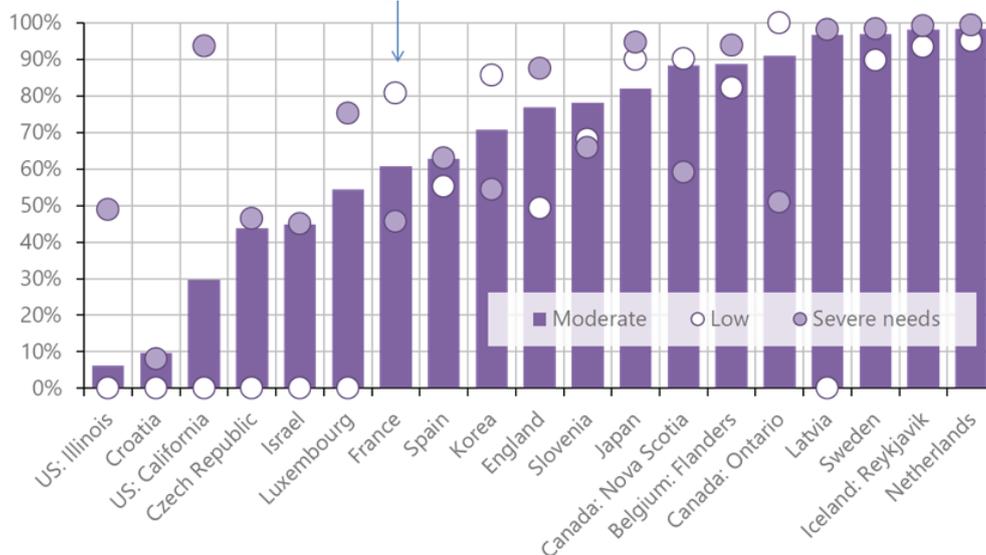
ressources mobilisées par le recours à l'impôt pour faire reposer le financement sur une base plus étendue que celle des seules cotisations sociales (Japon, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas) ; dans d'autres cas, par une meilleure répartition de l'effort de financement entre les générations (par exemple, les retraités doivent verser une contribution d'assurance sociale pour la dépendance en Allemagne, au Japon et en France). Des réflexions existent aussi au sujet du développement d'une assurance privée et volontaire, sachant néanmoins les problèmes d'aléa moral (faudrait-il développer des mécanismes d'adhésion automatique à une telle assurance privée volontaire ?). C'est pourquoi, les réflexions se tournent également vers le développement d'autres produits (tels que les prêts viagers hypothécaires, les dispositifs associant assurance-vie et assurance dépendance) ou vers l'achat d'obligations ou d'actions des structures d'hébergement (comme en Australie).

Encadré 13 – Les actions mises en place dans de nombreux pays dans le domaine des prestations liées à la dépendance

Les actions mises en place visent :

- à cibler davantage les personnes qui ont les besoins les plus importants tout en universalisant l'accès aux prestations. La figure 11 ci-dessous fait état du degré de prise en charge des dépenses d'aide à domicile par les régimes publics, selon la sévérité de l'état de dépendance. Dans certains pays, la prise en charge par des financements publics des aides à domicile s'avère de fait plus importante pour les personnes faiblement dépendantes que pour celles qui le sont plus sévèrement ;
- à privilégier le maintien à domicile et améliorer la couverture par l'aide publique des soins dispensés à domicile pour les personnes les plus dépendantes. La figure 12 ci-dessous indique le degré de prise en charge des dépenses liées à la dépendance par les régimes publics, selon que la personne dépendante vit à domicile ou en institution. Dans plusieurs pays, ce sont les dépenses en institution qui sont davantage prises en charge par des aides publiques que celles dispensées à des personnes vivant à domicile ;
- à moduler l'aide publique en fonction des ressources de la personne, sachant qu'en la matière, les pratiques sont très différenciées selon les pays (figure 13).

Figure 11 – Proportion des aides à domicile financées par des mécanismes publics, selon le degré de sévérité de la dépendance



Source : OCDE, présentation de M^{me} F. Colombo, juillet 2018.
 Note : All cases have low assets.

Figure 12 – Proportion des dépenses couvertes par l'aide publique pour les dépendants sévères selon qu'ils vivent en institution ou à domicile



Source : OCDE, présentation de M^{me} F. Colombo, juillet 2018.

Note : All cases have low assets.

Figure 13 – Quelle prise en compte des ressources de la personne dépendante et de sa famille pour l'attribution des aides ?

	Pays
Traitement de la résidence principale	Plusieurs pays (e.g. Angleterre, Sloveie, Croatie, Espagne, Etats-Unis) excluent la résidence principale quand celui qui reçoit les soins l'habite. Certains pays incluent la valeur de la résidence principale (e.g. Luxembourg, Croatie, France)
Soins domicile vs. institution	Israel et Japon conditionnent l'aide à la richesse seulement pour les soins en institution
Ressources des aidants familiaux	Certains pays (e.g. Allemagne, Belgique, France, Australie) prennent en considération les moyens de l'époux lors de la détermination de l'aide publique
Protection des actifs	Dans plusieurs pays (e.g. Angleterre, Irlande, Pays-Bas et Sloveie) les actifs en-dessous d'un certain seuil ne sont pas pris en compte

Source : OCDE, présentation de M^{me} F. Colombo, juillet 2018

Annexe 1 – La grille française AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources)

Conçue au début des années 1990, la grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) a été généralisée au plan national en 1997 lors de la création de la Prestation spécifique dépendance (PSD) et confirmée en 2001 comme instrument de référence lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'y est substituée. Elle permet d'évaluer la capacité ou l'incapacité des personnes âgées à effectuer les actes de la vie quotidienne en raison d'un accident, d'une maladie invalidante ou d'une polypathologie à partir d'un questionnaire qui comprend 17 variables. Dix des variables du questionnaire AGGIR se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique. Celles-ci incluent les 6 AVQ de la grille de Katz (la toilette ; l'habillement ; l'alimentation ; l'hygiène de l'élimination ; les transferts ; le déplacement à l'intérieur), deux variables psychiques (cohérence et orientation) et deux variables instrumentales (se déplacer à l'extérieur, alerter). En fonction de leur degré de difficulté pour réaliser ces dix activités (fait seul, totalement, habituellement et correctement ; fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ; ne fait pas), un score est calculé, qui permet d'attribuer à chaque personne un groupe iso-ressources (GIR) : ce score mesure un niveau de perte d'autonomie, du plus léger, le GIR 6 au plus grave, le GIR 1, regroupant des personnes qui réclament une même quantité d'heures de soins, même si elles peuvent avoir des profils d'incapacités différents (d'où le terme de groupes iso-ressources). Ces dix variables sont dites « discriminantes » car huit d'entre elles sont retenues pour le calcul du GIR. Sept autres variables, qui concernent la perte d'autonomie domestique et sociale sont dites « illustratives » : elles viennent étayer le constat (notamment pour l'élaboration du plan d'aide APA) mais n'entrent pas dans le calcul du GIR. **Les niveaux du GIR les plus dépendants (GIR 1 à 4 sur une échelle de 1 à 6) ouvrent droit à l'APA mise en place début 2002.**

- 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 ; 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'habillement. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule ; d'autre part celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que 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 – Le périmètre des dépenses retenues en France dans le compte de la dépendance de la Drees

Le coût est retracé dans ses trois dimensions principales, à savoir les dépenses de santé, les dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie (dimension médico-sociale) et, enfin, les dépenses d'hébergement directement liées à l'état de dépendance.

Le périmètre comprend **les dépenses au titre de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans ou plus** considérées comme fortement ou moyennement dépendantes et classées, de ce fait, en GIR 1 à 4, selon la grille AGGIR. Sont également prises en compte ici certaines dépenses qui bénéficient à des personnes classées en GIR 5 à 6 (considérées comme peu ou pas dépendantes par la grille AGGIR), soit parce qu'elles permettent de lutter contre la perte d'autonomie, soit parce qu'elles sont destinées à des personnes hébergées dans des établissements pour personnes dépendantes. En plus des dépenses d'APA à domicile prises en charge par les départements et la CNSA, l'intégralité des dépenses prises en charge par les ménages est estimée. Ces dépenses comprennent le ticket modérateur de l'APA ainsi que le montant du plan d'aide au-delà du plafond, que l'on suppose directement financé par les ménages. Sont également comptabilisées les prestations des organismes complémentaires versées aux ménages au titre des garanties dépendance. En revanche, sont exclues du champ les aides informelles apportées aux personnes âgées dépendantes par leurs proches, ces dépenses étant difficilement quantifiables et ne pouvant être valorisées de manière fiable. Parmi **les dépenses de santé**, on ne prend pas en compte les dépenses d'hospitalisation, faute de pouvoir isoler dans les données disponibles les dépenses d'hospitalisation des personnes dépendantes. Ceci conduit à une sous-estimation du surcoût en santé des personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, pour éviter tout double compte avec les dépenses en établissement, les dépenses en soins de ville sont exclusivement considérées comme des dépenses à domicile. L'enrichissement en cours des données de l'assurance maladie permettra d'améliorer dans l'avenir l'estimation des dépenses de santé des personnes dépendantes en établissement. Parmi **les dépenses publiques à l'hébergement**, modestes au regard du total des dépenses, figurent notamment l'aide sociale à l'hébergement (ASH), les allocations de logement et les aides aux établissements.

En plus des prestations sociales, le compte intègre aussi des éléments de nature fiscale, à savoir les estimations des quotes-parts des dépenses en faveur des personnes dépendantes au sein de dispositifs fiscaux à portée plus générale (notamment une demi-part fiscale en GIR 1 et 2), le crédit d'impôt sur les équipements spéciaux pour les personnes dépendantes, la réduction d'impôt pour emploi d'une personne à domicile transformée en crédit d'impôt à partir de 2017, la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement.

Le compte de la dépendance en 2014 et ses financements publics

Champ	Type de dépense	Dépense totale (en milliards)	dont financeurs publics (en milliards)	dont ménages (en milliards)
Santé	OGD personnes âgées	9,4	9,4	-
	Soins de ville	1,8	1,8	0,1
	USLD	1,0	1,0	-
	Total	12,2	12,1	0,1
Perte d'autonomie	APA - aide publique	5,5	5,5	-
	dont aide à domicile	3,5	3,5	-
	dont aide en établissement	2,0	2,0	-
	TMAPA et aide au-delà de l'APA	2,5	-	2,5
	PCH & ACTP (60 ans ou plus)	0,6	0,6	-
	Action sociale (collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale)	0,9	0,9	-
	Exonérations cotisation employeur	0,6	0,6	-
	Crédit IR dépendance à domicile	-	0,2	-0,2
	Autres aides fiscales (demi-part invalidité, taux réduits de TVA, etc.) et diverses	0,4	0,4	-
	Dépenses appareillages	0,1	-	0,1
	Total	10,7	8,3	2,4
Hébergement	ASH	1,2	1,2	-
	Aides au logement (APL, ALS)	0,5	0,5	-
	Autres aides aux établissements	1,3	1,3	-
	Réduction IR en établissement	0,3	0,3	-
	Coût net de l'hébergement (hors gîte et couvert)	3,8	-	3,8
	Total	7,1	3,3	3,8
	Total (en milliards)	30,0	23,7	6,3
	Total (en points de PIB)	1,40 %	1,11 %	0,29 %

OGD : objectif global de dépenses médico-sociales ; USLD : unités de soins de longue durée ; APA : allocation personnalisée d'autonomie ; TM : ticket modérateur ; IR : impôt sur le revenu ; PCH : prestation de compensation du handicap ; ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; ASH : aide sociale à l'hébergement.

Note : Non compris ici les 4,4 Md de gîte et couvert (nourriture, frais de logement et d'assurance) supportés par les ménages en établissements, mais qui seraient également à leur charge s'ils résidaient à leur domicile.

Lecture • Les financeurs publics de la dépendance assurent donc 23,7 des 30,0 milliards d'euros de dépenses en 2014, soit environ 79 % du total.

Source : Drees.

Annexe 3 – Le système de prise en charge de la dépendance en France et son financement

Le système de prise en charge de la dépendance est structuré en France de la manière suivante :

- une prestation universelle, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), versée par le département, qui en est le principal financeur, mais qui emprunte plusieurs caractéristiques de l'aide sociale : évaluation individualisée des besoins de la personne (grille AGGIR et plan d'aide établi en fonction du degré de dépendance de la personne), prise en compte des ressources de la personne pour déterminer le montant de la prestation ; cette prestation est également une prestation en nature (remboursement des frais engagés au titre de services à domicile ou du « tarif dépendance » en établissement d'accueil) ;
- des prestations de santé aussi bien à domicile (avec les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), l'hospitalisation à domicile, les infirmiers et médecins libéraux) qu'en établissement (avec la « médicalisation » des établissements d'hébergement et des prestations de santé des personnes prises en charge par l'assurance maladie sur la base du « tarif soins », selon une dotation fixée pour chaque établissement par l'agence régionale de santé, mais également les unités de soins de longue durée des hôpitaux) ;
- des aides sociales, dont l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des départements permettant de prendre en charge les prestations d'hébergement des établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

En 2004 a été créée la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui apporte un appui technique aux gestionnaires locaux des prestations dans le domaine de la dépendance (et du handicap), et qui gère les ressources suivantes en assurant leur péréquation entre les départements :

- une contribution de l'assurance maladie figurant au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et votée chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Cette contribution, qui correspond au sous-objectif de l'Ondam intitulé « financement des prestations de soins des établissements et services prenant en charge des personnes âgées », permet de financer les soins dans les Ehpad et les Ssiad ;
- une fraction, portée à 1,38 point en 2017, du prélèvement social sur les revenus du capital et l'intégralité (0,3 point) du prélèvement social additionnel portant sur ces mêmes revenus ; ces recettes se sont substituées à une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) dont la CNSA était initialement affectataire ;
- la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) instituée en 2004 en contrepartie de la création d'une « journée de solidarité » et prélevée sur les salaires et les revenus du patrimoine au taux de 0,3 %, et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) mise en place en 2013 au taux de 0,3 % sur les retraites, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraite à partir d'un certain seuil de revenu.

Ces ressources financent à titre principal les dépenses de prestations de soins des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées de l'objectif global de dépenses (OGD), dont le montant est fixé chaque année par arrêté ministériel, et des concours

financiers aux départements au titre de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH). En 2016, la contribution de la CNSA au financement des dépenses d'APA s'élevait à 27,0 %⁵⁴.

D'autres financeurs interviennent dans le champ de la dépendance : la branche maladie pour les surcoûts de remboursement de soins prodigués aux personnes âgées en ville ou à l'hôpital, la branche vieillesse au titre de son action sociale (notamment pour les GIR 5 et 6), l'État, *via* les dispositifs fiscaux évoqués précédemment (*cf.* annexe 2).

⁵⁴ Source : « Faible hausse des dépenses d'aide sociale départementale en 2016 », *Études et résultats*, n°1 049, Drees, janvier 2018.