



LE DOSSIER DU MOIS JANVIER 2017

LA DÉPENDANCE, LE DÉFI DES 20 PROCHAINES ANNÉES : DE L'ÉTAT DES LIEUX AUX SOLUTIONS

Le Cercle de l'Épargne, de la Retraite et de la Prévoyance

104-110, Boulevard Haussmann • 75008 PARIS

Tél.: 01 76 60 85 39 • 01 76 60 86 05

contact@cercledelepargne.fr

www.cercledelepargne.com



SOMMAIRE

LA DÉPENDANCE, RAPIDE ÉTAT DES LIEUX 3

Un coût à géométrie variable..... 4

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie, l'allocation clef de la dépendance..... 4

La complexe architecture de la prise en charge publique de la dépendance..... 9

LES PISTES DE RÉFORME OU COMMENT FINANCER LA DÉPENDANCE ? 11

L'assurance dépendance.....11

La difficile mobilisation du patrimoine des personnes dépendantes.....12

ÉPARGNE
RETRAITE
PRÉVOYANCE



WWW.CERCLEDELEPARGNE.COM

SUIVEZ-NOUS SUR    

DOSSIER DU CERCLE

LA DÉPENDANCE, LE DÉFI DES 20 PROCHAINES ANNÉES :

DE L'ÉTAT DES LIEUX AUX SOLUTIONS

La dépendance est un sujet délicat et complexe. Délicat, car elle est synonyme de fin de vie et qu'elle constitue pour les personnes concernées et leurs proches une épreuve ; complexe car elle impose l'intervention d'un grand nombre d'acteurs publics et privés et qu'elle peut poser, pour les familles, des problèmes d'ordre financier.

La dépendance est également un thème à éclipses. Elle a été au cœur de l'actualité publique au début des années 2000. À l'époque, la question de la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale était évoquée. Une grande loi était censée résoudre les problèmes de financement. Depuis la crise de 2008, à l'exception de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, le règlement de question de la dépendance est reporté. Cela est d'autant plus facile qu'arrivent, aujourd'hui, à l'âge de la dépendance, les générations étroites des années 30. Or, d'ici une dizaine d'années, arriveront à cet âge les premières générations du baby-boom. Le nombre de personnes de plus de 80 ans augmentera, alors, de manière exponentielle.

LA DÉPENDANCE, RAPIDE ÉTAT DES LIEUX

Le nombre de personnes de plus de 60 ans en situation de dépendance varie en fonction des critères retenus. Il serait de 1,24 million si l'on retient le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et de 3,3 millions selon une mesure épidémiologique. Il pourrait même être de près de 4 millions si l'on prend en compte l'auto-déclaration (source : Eurostat).

D'ici 2040, sauf catastrophe, l'évolution de la population peut être facilement appréciée. L'inconnu réside essentiellement sur les flux migratoires et marginalement sur le nombre de naissances.

Dans ces conditions, la population de plus de 60 ans qui était de 5 millions en 1980 et qui a atteint 15 millions en 2015 devrait s'élever à 25 millions en 2040. Les personnes âgées de plus de 75 ans sont au nombre de 8,8 millions. Elles seront 9,6 millions en 2020 et 15,6 millions en 2060. Les personnes de plus de 85 ans, les plus susceptibles d'être en situation de dépendance, passeront de 1,4 à 4,8 millions de 2015 à 2060.

Dans le cadre du scénario médian retenu par le Ministère des Affaires sociales, la progression des personnes dépendantes augmentera d'ici 2020 de 1,4 à 1,5 % par an. Cette hausse atteindrait 1,5 à 1,8 % entre 2020 et 2040. Dans le scénario haut, le taux de progression pourrait atteindre un maximum de 2 % par an entre 2030 et 2040.

En retenant le taux de progression moyen, le nombre de personnes dépendantes passerait de 1,2 million en 2015 à 1,5 million en 2030 et à 2 millions en 2050. Chaque année, plus de 225 000 nouveaux cas de dépendance sont actuellement enregistrés. 2 % des plus de 70 ans sont en situation de dépendance et ce taux monte à 30 % pour les plus de 90 ans.

Les simulations françaises sont assez optimistes au regard des évaluations retenues par nos partenaires étrangers. Le Royaume-Uni retient un taux de progression double à celui de la France. Certaines études estiment qu'à l'horizon 2050, le nombre de personnes dépendantes en France pourrait se rapprocher de 4 millions.

UN COÛT À GÉOMÉTRIE VARIABLE

Le coût total de la dépendance se situe entre 41 et 45 milliards d'euros. La dépense publique se monte à 23,5 milliards d'euros soit un peu plus d'un point de PIB, dont plus de la moitié correspond aux dépenses de soins et un gros tiers à l'aide formelle pour les activités de la vie quotidienne. D'ici 2040, la hausse est évaluée, en fonction des hypothèses retenues, entre 0,3 à 0,7 point de PIB.

Le coût pour les ménages – entre 17 et 21 milliards d'euros – se concentre pour plus de la moitié sur l'aide informelle et pour près d'un tiers sur les dépenses d'hébergement.

Au sein de la dépense publique, l'assurance-maladie apparaît comme le premier financeur public, les seules dépenses de soins représentant 12 milliards d'euros en 2014. La prise en charge de la dépendance stricto sensu est supportée par l'APA (5,5 milliards) et dans une moindre mesure via des dépenses fiscales et sociales (1 milliard). Pour les frais d'hébergement, l'essentiel de l'intervention publique correspond à l'Aide sociale à l'hébergement (ASH) à la charge des départements (1,2 milliard). Hors dépenses de soins, l'APA est ainsi la principale aide publique en faveur des personnes dépendantes. Son fonctionnement est sensiblement différent pour les personnes à domicile et en établissement. À domicile, il s'agit d'une prestation affectée, couvrant les dépenses liées à la perte d'autonomie telles que définies par un plan d'aide établi par l'équipe médico-sociale du département.

Si en termes de PIB, la dépendance représente une charge réduite par rapport aux dépenses de retraite ou d'assurance-maladie ; en revanche pour les ménages concernés, le montant des dépenses peut être rapidement insoutenable.

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE, L'ALLOCATION CLEF DE LA DÉPENDANCE

En France (hors Mayotte), selon le Ministère des affaires, en 2013, 3,8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus perçoivent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), soit 1,2 million de personnes. 59 % vivent à domicile et 41 % en établissement. Entre 2008 et 2013, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 11 %. 90 % des bénéficiaires ont plus de 75 ans. Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont plus âgés que ceux vivant à domicile : 66 % des premiers ont 85 ans ou plus contre 50 %

des seconds. Trois quarts des bénéficiaires de l'APA sont des femmes et la moitié a plus de 85 ans.

En 2013, les dépenses brutes de l'APA s'élèvent à 3,3 milliards d'euros pour l'aide à domicile et à 2,2 milliards d'euros pour l'accueil en établissement. Ces dépenses ont, de 2008 à 2013, augmenté de 10 % (+ 4 % en euros constants). La hausse est forte pour l'APA en établissement (+ 27 %, soit + 19 % en euros constants), quand celle de l'APA à domicile est contenue (+ 2 %, soit - 4 % en euros constants).

Les dépenses d'APA en établissement augmentent presque deux fois plus rapidement que le nombre de leurs bénéficiaires, traduisant une forte hausse de la dépense moyenne par bénéficiaire. Avec 4 400 euros, cette dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'APA en établissement, rejoint, en 2013, celle de l'APA à domicile. Cette évolution s'explique par le fait que les personnes âgées entrant en établissement nécessitent des soins de plus en plus importants. De plus en plus, les responsables des hôpitaux incitent les familles à placer leurs aînés dépendants dans des établissements spécialisés en gériatrie.

	2008	2013	Évolution 2008-2013 (en %)
Bénéficiaires de l'APA à domicile	677 000	738 000	9,0
Bénéficiaires de l'APA en établissement	438 000	504 000	15,1
Bénéficiaires de l'APA	1 115 000	1 242 000	11,4
Dépenses d'APA à domicile (en millions d'euros courants)	3 213	3 281	2,1
Dépenses d'APA en établissement (en millions d'euros courants)	1 718	2 182	27,0
Autres dépenses d'APA (en millions d'euros courants)	59	32	- 45,8
Dépenses brutes totales (en millions d'euros courants)	4 990	5 495	10,1
Population des 60 ans ou plus	13 974 000	15 736 000	12,6
Population des 75 ans ou plus	5 468 000	5 985 000	9,5
Population totale	63 962 000	65 565 000	2,5

Sources : Drees, enquête Aide sociale ; Insee, recensements de la population 2008 et 2013.

L'APA, une répartition géographique inégale

Rapporté à la population de 75 ans ou plus, le taux de bénéficiaires de l'APA, à la fin 2013, est de 21 % en moyenne en France hors Mayotte. Dans le nord du pays, ce taux dépasse 25 % dans trois départements des Hauts-de-France (Pas-de-Calais, Aisne, Somme) et dans les Ardennes. Il est également élevé dans de nombreux

départements du Sud. Il atteint 33 % en Haute-Corse et dépasse 28 % dans l'Aveyron, la Lozère et l'Hérault. Dans les départements d'outre-mer (DOM), le taux est très élevé à La Réunion (40 %) mais aussi, dans une moindre mesure, en Guadeloupe et en Martinique.

Dans les départements du sud de la France où le taux de bénéficiaires de l'APA représente plus d'un quart des personnes de 75 ans ou plus, le taux de pauvreté pour cette tranche d'âge est systématiquement plus élevé que la moyenne (9 % pour la France métropolitaine). Ainsi, la part des personnes de plus de 75 ans pauvres est supérieure à 15 % dans la Creuse, le Gers et la Lozère. Elle atteint même 21 % en Haute-Corse. Le lien entre pauvreté et recours à l'APA peut s'expliquer par plusieurs facteurs : la santé des personnes pauvres est souvent plus fragile. Par ailleurs, même si l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, les revenus de la personne en déterminent le montant.

Néanmoins, les départements comme la Haute-Garonne ou l'Hérault comportent beaucoup de bénéficiaires de l'APA, bien que les taux de pauvreté des personnes de 75 ans ou plus se rapprochent de la moyenne (respectivement 9 % et 12 %). De même, dans les départements du nord de la France, les taux de pauvreté des personnes âgées sont souvent autour de 10 %, quand la part de bénéficiaires de l'APA y est très importante.

Pour l'APA à domicile, le taux de bénéficiaires est de 12 % en moyenne mais varie de 6 % à 37 % selon les départements. Il dépasse 20 % dans certains départements du Nord (Ardennes et Pas-de-Calais), en Corse, dans l'Hérault et dans trois DOM (Guadeloupe, Martinique, La Réunion). Les départements ayant le plus de bénéficiaires de l'APA à domicile ont souvent un taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile supérieur à la moyenne française. Cependant ce n'est pas le cas dans l'Hérault et en Corse. Dans l'ouest de la France, la part des bénéficiaires de l'APA à domicile est faible, inférieure à 10 %.

Pour l'APA en établissement, le taux départemental de bénéficiaires varie de 3 % à 16 % avec une moyenne de 8 %. Il est moins élevé dans le Sud, l'Île-de-France et la Corse. Il est très faible dans les DOM. En revanche, il est plus élevé dans les départements de l'ouest de la France, en Bourgogne, et dans le Centre-Sud. Ces départements où les bénéficiaires de l'APA en établissement sont nombreux sont ceux qui offrent le plus d'hébergements pour personnes âgées. Cette répartition dépend fortement de l'offre. Dans le Sud, le nombre d'établissements est faible. Par ailleurs, les familles y ont tendance, plus que dans le Nord, à accueillir au sein du foyer leurs parents dépendants.

L'APA, une allocation toujours contestée

Malgré de nombreux ajustements réalisés ces dernières années, les critères d'éligibilité à l'APA posent toujours problèmes. Ils sont définis par la grille « autonomie gérontologie groupes iso-ressources » (AGGIR). Cette grille qui permet un classement en six groupes (de GIR 1 – très forte incapacité – à GIR 6 – personnes autonomes) donne lieu à critiques en raison des imprécisions pour le seuil de passage du GIR 5 au

GIR 4. Elle n'est utilisée qu'en France, ce qui ne permet pas d'effectuer des comparaisons internationales. En retenant les Enquêtes « handicap santé » réalisées par l'INSEE et la DREES reposant sur les normes internationales, près de 7 millions de personnes de plus de 60 ans seraient en situation de dépendance. Parmi elles 48 % des personnes vivraient à domicile et 46 % seraient placées en institution. Près de 3,27 millions de personnes vivant à domicile seraient limitées dans leurs activités « instrumentales » et 1,28 million dans leurs activités « essentielles ».

Du fait de ces problèmes d'évaluation du nombre de personnes dépendantes, il est difficile d'estimer la progression des dépenses en la matière. Ces dernières dépendent de nombreux facteurs : nature de la prise en charge, à domicile ou en hébergement ; évolution du nombre d'aidants familiaux, évolution de l'état de santé des personnes de plus de 75 ans et répartition de la prise en charge (pouvoirs publics, secteur privé ou mutualiste ou institution de prévoyance, collectivités locales, ménages).

Au 31 décembre 2011, 693 000 personnes résidaient dans un établissement médico-social pour personnes âgées. Les institutions médicalisées (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD – et unité de soins de longue durée) représentent, aujourd'hui près de 85 % de la capacité d'accueil, contre 54 % en 2003. Les personnes accueillies, sont presque toujours très dépendantes : plus de 90 % ont besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage, plus de 80 % présentent des problèmes d'incohérence et 25 % des résidents sont placés sous protection juridique. Le reste des capacités d'accueil (15 % soit environ 100 000 personnes) correspond aux résidences à services intégrés (ex-logement foyer), solution hybride qui permet de disposer d'équipements collectifs et de services professionnels dans un logement autonome en habitat collectif. Les résidents sont essentiellement autonomes ou légèrement dépendants (GIR 6 à GIR 4). La loi d'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur en janvier 2016, tente de favoriser ce type d'habitat, beaucoup plus développé dans d'autres pays. Les résidences non médicalisées accueillent 4 % de la population âgée au Royaume-Uni et 7 % au Canada, contre seulement 1 % en France.

Les personnes dépendantes résident donc majoritairement en domicile ordinaire (672 450 bénéficiaires de l'APA, soit 55 % des bénéficiaires). Selon l'enquête Handicap Santé, en retenant une définition large de la dépendance, une personne dépendante à domicile sur deux reçoit régulièrement de l'aide professionnelle.

La prise en charge des personnes dépendantes à domicile repose en grande partie sur l'entourage, essentiellement les conjoints et enfants. Plus de trois personnes dépendantes sur quatre sont aidées régulièrement par un aidant informel. La durée quotidienne médiane de cette aide est de 1 h 40 par jour, contre 35 minutes pour l'aide formelle (tous niveaux de dépendance) : pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 2), les durées quotidiennes sont respectivement : 5 h 15 (aide informelle) et 2 h 10 (aide formelle). Les modalités d'organisation de la solidarité familiale confèrent à la France, comme à l'Allemagne, une position intermédiaire entre un modèle typique des pays du Sud et un modèle typique des pays du Nord. Ainsi, la proportion de personnes dépendantes à domicile qui vivent seules est relativement faible. Tandis que les enfants s'impliquent davantage en France que dans les pays du

Nord, les pays du Sud se caractérisent par davantage de cohabitation intergénérationnelle.

Les statistiques disponibles montrent enfin que certaines catégories socioprofessionnelles, comme les agriculteurs et les cadres, entrent moins que d'autres en établissement.

Le placement en institution de plus en plus réservé aux personnes fortement dépendantes

Si seulement 3 % des personnes âgées qui vivent encore à domicile sont en forte situation de dépendance (GIR 1 et 2), la moitié des résidents sont fortement dépendants, 35 % sont dépendants avec un degré de sévérité moindre (GIR 3 et 4) et 14 % ne le sont pas.

Le placement en établissement est lié à la présence de forts handicaps. Un tiers des personnes de 75 ans ou plus sont touchées par la maladie d'Alzheimer (ou autre maladie assimilée), contre 4 % des personnes du même âge vivant à domicile. 6 % des personnes en institution ont la maladie de Parkinson, contre 2 % à domicile. 14 % des personnes vivant au sein d'un EHPAD présentent des séquelles d'accident vasculaire contre 6 % de celles vivant à domicile. Les troubles de l'humeur, l'anxiété et la dépression chroniques sont également plus fréquents parmi les personnes vivant en établissement. Par ailleurs, 45 % vivant en institution déclarent avoir une limitation sensorielle (vue ou audition), contre 26 % parmi les personnes du même âge vivant à domicile. Elles ont également plus souvent des limitations physiques (91 % contre 53 %) et beaucoup plus fréquemment des limitations cognitives (68 % contre 16 %). Les personnes âgées en institution cumulent plus souvent des limitations : un tiers d'entre elles ont trois types de limitations, et près de 40 % deux types de limitations fonctionnelles.

La santé bucco-dentaire est un facteur discriminant. 56 % des personnes âgées résidant en institution, ont perdu toutes leurs dents (ou presque), contre 42 % des personnes âgées vivant à domicile. La perte des dents provoque des difficultés pour l'alimentation et la communication.

Les personnes à domicile déclarent plus certaines maladies, rhumatismes, cataracte, arthrose, lombalgies, cervicalgies et arthrite. Le fait que les personnes âgées à domicile soient en meilleure santé que celles en institutions les conduit à mettre en avant des maladies ou dysfonctionnements que les seconds ne mentionnent pas. Par ailleurs, la douleur est mieux traitée en établissement qu'à domicile.

En revanche, d'autres problèmes de santé tels que le diabète ne sont pas discriminants. Ainsi, 12 % des personnes âgées à domicile se déclarent diabétiques contre 13 % des personnes âgées en institution. De même, la proportion de personnes atteintes d'un cancer est identique en institution et à domicile (10 %).

Des ménages de plus en plus exposés financièrement

L'APA n'est pas soumise à condition de ressources mais le taux de participation financière laissée à la charge du bénéficiaire (le ticket modérateur) varie en fonction de ses ressources. Contrairement à la prestation spécifique dépendance qu'elle a remplacée, l'APA n'est pas récupérable sur la succession.

L'APA est versée directement aux structures. Son montant dépend à la fois des tarifs « dépendance » de l'établissement et du revenu du bénéficiaire. Outre le forfait soin et le tarif dépendance, une troisième section tarifaire correspond au coût de l'hébergement. Celle-ci est à la charge du résident et de ses obligés alimentaires. Dans le cas où leurs revenus sont insuffisants, une aide sociale à l'hébergement (ASH), récupérable sur succession, est versée par le Conseil départemental. Les familles hésitent à placer leurs aînés de peur de voir amputé leur héritage, ce qui peut nuire à la qualité de vie des personnes dépendantes.

LA COMPLEXE ARCHITECTURE DE LA PRISE EN CHARGE PUBLIQUE DE LA DÉPENDANCE

La dépendance fait intervenir un grand nombre d'acteurs et d'autorités de contrôle :

- Pour les soins, la tutelle est confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS) et le financement à l'assurance-maladie ;
- Pour l'aide aux activités quotidiennes, la tutelle est assurée par les Conseils départementaux et le financement par les Conseils départementaux et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- Pour l'hébergement, le financement dépend de l'aide sociale départementale pour les personnes les plus pauvres.

Le grand nombre de financeurs et de régulateurs rend difficile la mise en œuvre d'une politique globale.

Par ailleurs, plusieurs activités ne sont pas régulées. En premier lieu, les infirmiers libéraux peuvent s'installer librement ce qui aboutit à de fortes disparités géographiques. Les infirmiers se concentrent dans les zones à forte population âgée et à fort pouvoir d'achat (Sud de la France, par exemple). De même, les employés de maison qui jouent un rôle important en matière d'aide aux personnes dépendantes ne sont pas encadrés par une convention spécifique. Pour autant, leur activité ouvre droit à une réduction d'impôt, ce qui pourrait justifier un suivi plus poussé de la part des pouvoirs publics.

Les EHPAD non habilités à l'aide sociale, soit 18 % des établissements dont 66 % des EHPAD privés à but lucratif, peuvent fixer librement leur prix en ce qui concerne la partie « hébergement ».

Cette complexité conduit à des pratiques peu transparentes. Ainsi, les établissements ont tout intérêt à se médicaliser afin de pouvoir faire passer sur l'assurance-maladie le maximum de frais. Par ailleurs, les frais d'hébergement ont une tendance à s'accroître

car ils sont bien souvent la seule variable d'ajustement. En 2011, plus d'un résident sur deux avait un reste à charge supérieur à ses revenus.

Des places en institutions trop rares

Selon la DREES, en 2007, 62 % des proches des résidents en EHPAD estimaient avoir attendu plus d'un mois entre le dépôt du dossier et l'entrée effective de leur parent en institution et 16 % plus de six mois.

Les pouvoirs publics ont freiné les créations d'EHPAD et incité à la concentration au sein de ce secteur. Les opérateurs privés ont eu tendance à vouloir contrôler le marché plutôt qu'à l'étendre. La faible concurrence ne favorise pas la maîtrise des prix. Par ailleurs, les familles choisissent l'établissement avant tout en fonction de considérations géographiques et en fonction de leur réputation. La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur en 2016, impose désormais aux établissements d'afficher leurs prix sur un portail Internet public (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr).

Le problème de l'encadrement au sein des EHPAD

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

Les établissements éprouvent des difficultés croissantes à recruter des personnes compétentes ; or, du fait de l'augmentation des pensionnaires et surtout du fait que leur état de santé exige des soins de plus en plus importants, le déficit en main-d'œuvre tend à augmenter. Les métiers au sein des EHPAD sont peu attractifs en raison de leur contenu et de leur faible rémunération. De ce fait, il n'est pas étonnant que 44,4 % des EHPAD soient confrontés à des difficultés de recrutement. La situation est similaire à domicile, où plus de 50 % des recruteurs déclarent rencontrer des problèmes, le taux est même de 65 % pour les recrutements d'auxiliaires de vie sociale. Les taux de départ du personnel sont aussi très élevés en EHPAD, confrontant certains établissements à des situations fréquentes de sous-effectif.

Les pouvoirs publics essaient depuis une dizaine d'années de professionnaliser la filière afin d'attirer un nombre plus important d'actifs. Ainsi, il a été créé, en 2002, un diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale qui a placé les aides à domicile au même niveau de formation et de rémunération que les aides-soignants. Il a été ouvert à la validation des acquis de l'expérience en 2003. En janvier 2016, il a été instauré un diplôme d'État d'accompagnant. Le Plan pour les métiers de l'autonomie, engagé en 2014, comporte un volet « formations » avec comme objectif la meilleure prise en compte des spécificités liées à la perte d'autonomie afin de valoriser les carrières en gérontologie. Cette professionnalisation bute sur la question des financements.

LES PISTES DE RÉFORME OU COMMENT FINANCER LA DÉPENDANCE ?

Du fait de la situation des finances publiques, les pouvoirs publics, depuis des années, reportent les décisions en matière de dépendance. Deux options, qui ne sont pas exclusives l'une de l'autre, sont envisageables, soit l'élargissement de l'APA à l'ensemble des dépenses imputables à la dépendance, y compris les surcoûts d'hébergement. Soit l'instauration d'une assurance dépendance obligatoire.

Peuvent être également imaginées d'autres solutions. Ainsi, il serait possible d'instituer des formes de prêts « dépendance ». Les pouvoirs publics feraient des avances pour les dépenses que les familles seraient censées rembourser. Il y aurait également la possibilité de restreindre l'accès de l'APA aux seuls cas de dépendance lourde et aux personnes à revenus modestes.

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La question de la mise en place d'une assurance dépendance est ramenée à celle de la privatisation d'une prestation sociale. Il faut surmonter cette antienne. Aujourd'hui, les Français doivent s'assurer pour leur véhicule et pour l'habitation. Ils peuvent choisir leur compagnie sans que cela fasse débat. En matière de complémentaire santé, il y a une concurrence entre de nombreux opérateurs.

Contrairement à quelques idées reçues, le marché de l'assurance privée contre le risque de dépendance est relativement bien développé en France et fait presque aussi bien que les États-Unis. 10 % de la population serait couverte par un contrat. Le marché a tendance à s'étioler. Par ailleurs, une grande partie des contrats proposés ouvrent droit à des produits d'épargne qui ne fournissent pas de services.

Les problèmes rencontrés par l'assurance-dépendance sont connus et pourraient être corrigés. Ainsi, il est mis en avant les asymétries d'information et les phénomènes d'anti-sélection : les individus qui ont conscience du risque sont souvent âgés et ont une information privée sur leur état de santé, ce qui conduirait les assureurs à demander des primes d'assurance élevées pour se prémunir d'une sélection des « mauvais risques ». Par ailleurs, faute d'avoir accès à toutes les données sanitaires, les assureurs éprouvent des difficultés à déterminer le niveau des primes. De ce fait, ils proposent majoritairement des contrats de rente forfaitaire (dont le montant peut dépendre du niveau de dépendance), mais qui n'offrent pas de réelle couverture contre le risque dépendance.

La nécessité de la mutualisation

L'instauration d'une véritable couverture dépendance permettant de prendre en charge l'hébergement et un certain nombre de services passe par la mutualisation. L'assurance-dépendance devrait être, donc, obligatoire. Compte tenu des charges pesant sur les actifs (retraite, éducation des enfants, etc.), il ne serait pas illogique que la charge de cette assurance repose sur les retraités dont le pouvoir d'achat est supérieur, par unité de consommation, de 7 % à celui de l'ensemble de la population et dont le taux de pauvreté est inférieur (9 % contre 14 %). Avec 15 millions d'assurés

potentiels en 2015 et 25 millions en 2040, les effets de la mutualisation permettraient de réduire le montant des primes dues. Pour atténuer le coût sur les petits retraités, un crédit d'impôt ou un fonds de soutien pourrait être institué. Pour élaborer leurs produits, les assureurs devraient pouvoir accéder à toutes les données sanitaires. Pour la régulation de l'assurance-dépendance, plusieurs options sont imaginables : l'instauration d'une autorité administrative indépendante, la création d'associations d'assurés, le contrôle par les partenaires sociaux. Il pourrait être également imaginé que cette couverture assurantielle soit instituée au niveau des branches professionnelles. Sachant que l'assurance serait obligatoire dès la cessation d'activité, les entreprises pourraient la proposer avec pour le paiement des premières annuités la mobilisation de tout ou partie des indemnités de fin de carrière.

LA DIFFICILE MOBILISATION DU PATRIMOINE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Selon l'Enquête patrimoine 2010 de l'INSEE, 75 % des ménages de plus de 70 ans sont propriétaires de leur résidence principale. Mais, ce capital est difficilement mobilisable tant pour des raisons pratiques que psychologiques.

Les pouvoirs publics ont tenté depuis plusieurs années de monétiser ce patrimoine, avec un succès jusqu'ici limité. Il est difficile de vendre un bien immobilier en quelques semaines et les héritiers potentiels rechignent à liquider une part de leur héritage pour payer un EHPAD.

Le viager, une solution délicate à organiser

Le viager constitue un des dispositifs de monétisation du patrimoine immobilier. Le marché du viager est aujourd'hui atone, avec environ 5 000 ventes par an. Il est surtout très déséquilibré avec un acheteur pour dix vendeurs et un délai de vente de plus de 18 mois. Le rapport de force est donc clairement du côté de l'acheteur. Le viager est également critiqué du fait du risque de perte sèche en cas de mort précoce (surtout si les rentes sont importantes). Le rendement apparaît limité en raison de la table de mortalité utilisée, celle des rentiers-vie, qui augmente d'autant la valeur d'usage du bien. D'un côté, l'acheteur doit faire face à l'aléa de mortalité du vendeur, ce dernier devant se contenter d'une rente relativement faible.

Pour débloquer le marché, les pouvoirs publics encouragent le viager mutualisé. Les viagers sont alors logés dans un fonds géré par des professionnels. Le recours à un fonds offre une double mutualisation, sur la date de décès des vendeurs et sur le prix de vente des logements. La Caisse des dépôts a récemment lancé un fonds viager, Certivia, visant les plus de 70 ans, avec le concours de plusieurs investisseurs institutionnels. Un fonds privé, Fundageo, est également en cours de création. Le viager mutualisé peut fournir un complément de revenus utile. En ce qui concerne le financement de la dépendance, cela suppose qu'il ait été mis en place en amont.

Le prêt viager hypothécaire

L'autre option en matière de mobilisation du patrimoine immobilier consiste à souscrire un prêt viager hypothécaire. Cette formule a été instituée, en France, en 2006 sur le

mode du « reverse mortgage anglo-saxon » : prêt gagé sur le logement, contracté par un ménage propriétaire déjà âgé. Le contractant demeure chez lui, reste propriétaire du bien (sans aliénation du bien) et reçoit un capital auquel peut éventuellement s'ajouter la perception de rentes jusqu'à son décès. Ce capital et ces rentes sont remboursés à la banque au décès, lors de la vente du logement (ou le rachat par les enfants) : plus l'épargnant vit longtemps, plus la dette augmente et plus l'héritage des enfants sera amputé.

Le prêt viager ampute l'actif successoral et est assorti de taux élevés qui le rendent coûteux. Ces intérêts élevés permettent à la banque de se couvrir contre le risque d'une dette accumulée dépassant la valeur du logement lors de la succession. Moins de 8 000 prêts viagers auraient été ouverts en France.

Certains experts considèrent que les pouvoirs publics devraient instituer un système de prêts dépendances. Ce prêt serait souscrit par la personne dépendante avec pour la banque la possibilité de se rembourser sur l'héritage. Les biens ne seraient pas, de ce fait, saisis, et les héritiers auraient la possibilité de suivre en temps réel la consommation du prêt. Cela leur permettrait d'organiser le cas échéant la vente de la résidence principale sans la brader.

Une APA couplée à une allocation logement

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie pourrait être couplée avec l'allocation logement (ASH) afin de mieux prendre en compte les surcoûts liés à la dépendance en matière d'hébergement (adaptation du domicile, surcoûts d'hébergement en institution). La nouvelle APA aurait pour objectifs de supprimer le recours judiciaire aux obligés alimentaires, de réduire les inégalités territoriales d'accès à la solidarité publique et de s'appliquer facilement à toute forme innovante de prise en charge. Cette extension de l'APA pose la question de son financement. Il conviendrait sans nul doute d'augmenter la cotisation additionnelle d'autonomie acquittée par les retraités (au taux actuellement de 0,3 %).

Retrouvez la lettre et toutes les informations concernant le Cercle sur notre site :
www.cercleredelegpargne.fr

Sur le site vous pouvez accéder à :

- L'actualité du Cercle
- Les bases de données économiques et juridiques
- Les simulateurs épargne/retraite du Cercle

Le Cercle de l'Épargne, de la Retraite et de la Prévoyance est un centre d'études et d'information présidé par Jean-Pierre Thomas et animé par Philippe Crevel.

Le Cercle a pour objet la réalisation d'études et de propositions sur toutes les questions concernant l'épargne, la retraite et la prévoyance. Il entend contribuer au débat public sur ces sujets.

Pour mener à bien sa mission le Cercle est doté d'un Conseil Scientifique auquel participent des experts reconnus en matière économique, sociale, démographique, juridique, financière et d'étude de l'opinion.

Le conseil scientifique du Cercle comprend **Robert Baconnier**, ancien Directeur général des impôts et ancien Président de l'Association Nationale des Sociétés par Actions, **Jacques Barthélémy**, avocat-conseil en droit social et ancien professeur associé à la faculté de droit de Montpellier, **Philippe Brossard**, chef économiste d'AG2R LA MONDIALE, **Jean-Marie Colombani**, ancien Directeur du Monde et fondateur de Slate.fr, **Jean-Paul Fitoussi**, professeur des universités à l'IEP de Paris, **Jean-Pierre Gaillard**, journaliste et chroniqueur boursier, **Christian Gollier**, Directeur de la Fondation Jean-Jacques Laffont - Toulouse Sciences Économiques, membre du Laboratoire d'Économie des Ressources Naturelles (LERNA) et Directeur de recherche à l'Institut d'Économie Industrielle (IDEI) à Toulouse, **François Héran**, Directeur de recherche à l'INED et Ancien Directeur du département des sciences humaines et sociales de l'Agence Nationale de la Recherche, **Jérôme Jaffré**, Directeur du CECOP, **Florence Legros**, Directrice Générale de l'ICN Business School de Nancy ; **Jean-Marie Spaeth**, Président honoraire de la CNAMTS et de l'EN3S et **Jean-Pierre Thomas**, ancien député et Président de Thomas Vendôme Investment.

Ce dossier est une publication du Cercle de l'Épargne.

Comité de rédaction : Philippe Crevel, Sarah Le Gouez

Contact relations presse, gestion du Mensuel :

Sarah Le Gouez

06 13 90 75 48

slegouez@cercleredelegpargne.fr



AG2R LA MONDIALE

