

Colloque international sur la retraite et le vieillissement

Groupe Caisse des Dépôts

Paris, les 7 et 8 novembre 2019

SOMMAIRE

Session plénière : les systèmes de retraite : une vision internationale et française	3
Muriel Roger , professeur en sciences économiques, Université Paris I	3
Courtney Coile , professeur en sciences économiques, Wellesley College et codirectrice de « The NBER Retirement and Disability Research Center »	3
Patrick Aubert , sous-directeur de l'Observation de la solidarité de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)	5
Table ronde : perte d'autonomie et retraite : une vision globale	6
Ronan Mahieu (directeur du développement, des études et des statistiques - DDES de la Direction des retraites et de la solidarité de la Caisse des Dépôts), Roméo Fontaine (chargé de recherche à l'Institut national des études démographiques - Ined), Pierre-Louis Bras (président du Conseil d'orientation des retraites - COR), Albert Lautman (directeur général de la Fédération nationale de la Mutualité française - FNMF), Didier Blanchet (directeur des études et synthèses économiques à l'Institut national de la statistique et des études économiques - Insee, et président du Comité de suivi des retraites)	
Session plénière : la prise en charge de la dépendance	12
Laurent Soulat , économiste, DDES, Caisse des Dépôts	12
Agnès Gramain , professeur en sciences économiques, Université de Lorraine	12
George Stoye , économiste, Institute for Fiscal Studies, Londres	15
Table ronde : Vieillesse, dépendance et territoire	16
Antoine Bozio (directeur de l'Institut des politiques publiques - IPP, Ecole d'économie de Paris - PSE et École des hautes études en sciences sociales - EHESS), Agnès Gramain (professeur en sciences économiques, Université de Lorraine), Dominique Libault (président du Haut Conseil au financement de la protection sociale), Nicolas Glière (directeur de l'autonomie, conseil départemental de la Mayenne), Florence Leduc (présidente de l'Association française des aidants), Virginie Magnant (directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA)	
Clôture	20
Michel Yahiel , directeur des retraites et des solidarités à la Caisse des Dépôts	20

Session plénière – 7 novembre 2019

Les systèmes de retraite : une vision internationale et française

MURIEL ROGER, PROFESSEUR EN SCIENCES ECONOMIQUES, UNIVERSITE PARIS I

Courtney Coile est économiste, professeur à Wellesley College (USA) et co-directrice du centre de recherche sur les retraites et l'invalidité au National Bureau of Economic Research (NBER). Elle est également co-directrice du projet international de recherche *International Social Security (ISS)*, lancé il y a une vingtaine d'années. Elle coordonne les travaux de chercheurs d'une douzaine de pays qui s'interrogent sur les conditions de départ à la retraite, sur le rôle des systèmes de retraite sur les choix de départ et les taux d'activité des salariés âgés, et sur tout ce qui a trait à l'évaluation de l'impact des nombreuses réformes des retraites menées dans l'ensemble des pays développés. Par ailleurs elle est l'auteur de nombreux travaux de recherche de référence, en particulier relatifs à l'impact des crises économiques, des licenciements ou du marché de l'immobilier sur les décisions de départ à la retraite comme sur le bien-être des retraités. Au-delà du seul sujet des retraites, elle a abordé les questions de santé, d'épargne et de dépendance, soit tout le champ couvert par ce colloque.

Patrick Aubert est sous-directeur de l'observation de la solidarité à la Drees, et l'auteur de nombreux travaux de recherche sur la retraite et le marché du travail des seniors. A ce titre il conjugue compétences académiques et opérationnelles, et une connaissance exceptionnelle du système de retraite français.

COURTNEY COILE, PROFESSEUR EN SCIENCES ECONOMIQUES, WELLESLEY COLLEGE ET CODIRECTRICE DE « THE NBER RETIREMENT AND DISABILITY RESEARCH CENTER »

Je vais vous présenter les résultats du projet ISS lancé en 1995.

Avant de partir de 1995, il est utile se nous ramener à 1885. Il est aujourd'hui naturel de distinguer 3 phases de la vie : d'abord l'enfance et les études, puis la vie active, enfin la retraite. Mais il n'en a pas toujours été ainsi. Au début des années 1880 le taux d'activité des hommes âgés de 65 ans et plus avoisinait 75 % aux États-Unis et en Grande-Bretagne, 60 % en Allemagne et 55 % en France. L'espérance de vie était naturellement beaucoup plus basse à l'époque ; de fait, la plupart des gens travaillaient quasiment jusqu'à leur décès. On observe ensuite une baisse régulière de ce taux d'activité jusqu'à la fin du XXe siècle : dans la plupart de ces pays les gens vivent plus longtemps et s'arrêtent de travailler plus tôt.

Les premiers systèmes de pension ont concerné les anciens soldats – vétérans des légions romaines, ou bien des armées anglaises et françaises au XVIIe siècle, puis de la guerre de sécession aux États-Unis en 1866. Mais c'est réellement à partir des années 1880 qu'apparaissent puis se généralisent des systèmes présentant les caractéristiques de l'assurance sociale moderne : adhésion obligatoire, cotisations versées à la fois par le salarié et l'employeur, versement de la prestation conditionné à la réalisation d'un événement précis – être invalide, ou bien avoir atteint un âge déterminé -, universalité des prestations : même si ces systèmes comportent généralement des éléments de redistribution, leurs concepteurs entendent englober l'ensemble de la population. La généralisation de ces systèmes a en outre constitué un enjeu politique fort dans la plupart des pays dans les années qui ont précédé la seconde guerre mondiale.

Si la baisse du taux d'activité aux âges élevés est commune à l'ensemble des pays, les niveaux d'activité présentaient en 1995 des écarts très substantiels d'un pays à l'autre. Par exemple, en 1995, le taux d'activité des hommes âgés de 60 à 64 ans, inférieur à 20 % en France et en Belgique, avoisinait 70 % au Japon. C'est ce constat qui a motivé le lancement du programme ISS, centré autour de deux questions :

- La baisse des taux d'activité au cours du XXe siècle observée dans la plupart des pays peut-elle être attribuée à l'accroissement de la couverture comme du niveau des prestations servies par les systèmes de retraite ?
- Les écarts très élevés de taux d'activité entre 60 et 64 ans observés en 1995 peuvent-ils être expliqués par les différences entre les systèmes de retraite, ou bien résultent-ils de différences en termes de santé ou de demande de travail, voire de culture ?

Répondre à ces questions est toutefois difficile car les systèmes de retraite couvrent généralement la totalité des travailleurs. Il est donc difficile de distinguer dans les choix des individus ce qui découle des incitations créées par les systèmes de retraite de ce qui est lié à leur carrière passée, à leur contexte familial, etc., puisque l'on ne peut pas comparer les choix de deux individus présentant les mêmes caractéristiques individuelles, mais dont l'un serait couvert par un système de retraite et l'autre pas. L'idée de ce programme international de recherche a été d'utiliser les différences entre les systèmes de retraite des pays retenus comme un « laboratoire naturel » permettant d'étudier les effets des systèmes de retraite sur les choix de poursuite ou d'arrêt d'activité.

Les différentes phases de ce projet ont donc consisté à analyser les comportements d'activité en fin de carrière à l'aune des « taux d'imposition » implicites appliqués à la décision de différer son départ en retraite. Par exemple, lors de la première étape dont les résultats ont été publiés dès 1999, a été calculée pour des trajectoires-types la somme totale des pensions perçues (*Pension wealth*, noté PW) sur l'ensemble de la période de retraite (laquelle dépend donc de l'espérance de vie aux âges élevés) pour différents âges de départ en retraite. Un taux d'imposition implicite a ensuite été calculé comme la différence entre le PW observé à l'âge d'ouverture des droits (variable selon les pays : à l'époque 62 ans aux Etats-Unis, 60 en France au régime général...) et le PW observé à l'âge de 69 ans, rapportée à la somme des salaires perçus entre l'âge d'ouverture des droits et l'âge de 69 ans (en cas de poursuite de l'activité jusque 69 ans). Le taux d'imposition implicite s'échelonnait entre un peu plus de 20 % pour le Japon et près de 70 % pour la Belgique, avec naturellement des situations intermédiaires : un peu moins de 40 % pour les Etats-Unis, environ 60 % pour la France. Surtout, une analyse par régression montrait une corrélation très forte (+ 0,82) entre le niveau de ce taux d'imposition et la part des hommes âgés de 55 à 65 ans n'ayant pas d'activité rémunérée.

Les phases suivantes ont permis d'approfondir ces analyses en utilisant des données réelles et non plus des trajectoires-types, en analysant l'état de santé des travailleurs âgés, en étudiant les évolutions de l'état de santé et du recours aux dispositifs d'assurance invalidité, etc.

Surtout, un effort a été mené pour comprendre les raisons de la rupture intervenue dans la plupart des pays à partir de la fin des années 1990, avec une stabilisation puis une augmentation (plus ou moins précoce selon les pays) des taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans (les femmes aussi bien que les hommes). L'idée étant de distinguer ce qui était attribuable aux réformes des retraites mises en œuvre dans de nombreux pays (lesquelles ont modifié les taux d'imposition implicites), et à d'autres facteurs tels que l'amélioration de l'état de santé et les gains d'espérance de vie, ou encore l'accroissement du niveau éducatif qui fait qu'une part plus faible des travailleurs âgés est exposée à des conditions de travail physiquement éprouvantes.

Des premiers résultats de la dernière phase du projet montrent que les réformes de retraite (lesquelles ont pris des formes variées : report – et dans certains cas avancement - de l'âge d'ouverture des droits, accroissement ou diminution du gain de pension annuelle lié au report d'un an du départ en retraite...) expliqueraient une part significative de l'accroissement des taux d'emploi aux âges élevés. Ainsi, aux Etats-Unis, environ 1/3 de la hausse du taux d'emploi de la tranche d'âge 66-69 ans constatée entre 1992 et 2014 serait attribuable aux réformes. En Allemagne, les réformes expliqueraient entre 70 % et 85 % de la hausse des taux d'emploi constatée sur la tranche 55-65 ans entre 1985 et 2015.

Comprendre dans quelle mesure la décision de prendre sa retraite à tel ou tel âge est motivée par les incitations créées par les barèmes de retraite est une question de première importance dans le contexte actuel français de réforme : qu'attendre par exemple (en termes financiers mais aussi redistributifs) de la piste consistant à remplacer une norme individuelle d'obtention du taux plein (fonction de la durée de la carrière) par une norme collective d'âge, telle qu'elle figure dans les préconisations du rapport Delevoye publiée en juillet 2019 ? Indépendamment des visées normatives du législateur, cette question présente un grand intérêt d'un point de vue descriptif, pour anticiper par exemple l'évolution du pouvoir d'achat des retraités.

Lorsque l'on parle de réformes, on a souvent tendance à opposer mesures d'âge et mesures portant sur les niveaux de pension. Or, cette opposition est un peu fallacieuse car les mesures d'âge ont une incidence sur les niveaux de pension, et réciproquement. En revanche on peut distinguer incitations et contraintes : relever l'âge d'ouverture des droits est une pure mesure de contrainte, ce qui n'est pas le cas d'une modification des critères permettant l'obtention du taux plein.

Les travaux du programme ISS indiquent que les incitations financières ont un impact significatif sur les décisions de cessation d'activité et que les réformes ont bien modifié les comportements de départ. Conclusions assez satisfaisantes pour les économistes et bien sûr les gouvernements qui ont mis en place ces réformes, mais je voudrais y apporter deux bémols.

Premier bémol, quel est le sens de la causalité ? En pratique, il peut y avoir des normes collectives ou des choix politiques en faveur d'un départ à un âge donné, et que ces normes et choix amènent à mettre en place des institutions correspondant au choix de cet âge. L'exemple de la réforme de 1983 est à cet égard assez éclairant : les taux d'emploi masculins entre 60 et 64 ans ont fortement décliné dans les années 1970, alors même qu'il y avait une incitation très forte à ne partir qu'à 65 ans, chaque année supplémentaire accroissant la pension d'environ 10 %. Prenant acte de cette chute des taux d'emploi la réforme de 1983 a permis sous condition l'obtention du taux plein dès 60 ans tout en supprimant les incitations à liquider plus tard pour les personnes ayant le taux plein dès 60 ans.

Deuxième bémol, le fait que des effets de normes collectives semblent encore largement déterminer les choix individuels. Les réformes menées en France depuis 2003 ont visé à réinstaurer une certaine liberté de choix avec un barème plus ou moins actuariel autour de l'âge d'obtention du taux plein. Avec l'ambiguïté que tout en annonçant vouloir restaurer la liberté de choix, le législateur espère tout de même que l'âge de départ va s'accroître. Mais en pratique les départs se font toujours massivement à l'âge du taux plein, sans décote ni surcote. La référence psychologique du taux plein garde donc un poids énorme. Et si l'on interroge les gens sur ce qui a déterminé le choix de leur âge de départ, ils mentionnent le fait d'avoir atteint le taux plein beaucoup plus que le fait de disposer d'un niveau de pension satisfaisant. L'évidence sociologique n'est donc pas tout à fait en phase avec les conclusions d'un impact massif des incitations financières.

Un champ d'investigation prometteur pour la suite des travaux du programme ISS pourrait donc être de comprendre comment fonctionnent ces effets de normes sociales et de les intégrer dans les modèles. Ce qui renvoie d'ailleurs à des questions connexes comme celles de la lisibilité des systèmes (les assurés ne continuent-ils pas à se référer massivement à la norme du taux plein tout simplement parce qu'ils ne comprennent pas bien les mécanismes d'incitations ?), du lien qu'il peut y avoir entre l'hétérogénéité des comportements des assurés et les disparités d'espérance de vie, ou de l'impact de l'employabilité en fin de carrière.

Table ronde – 7 novembre 2019

Perte d'autonomie et retraite : une vision globale

Ont participé à la table ronde :

- Roméo FONTAINE, chargé de recherche à l'Institut national des études démographiques (Ined)
- Pierre-Louis BRAS, président du Conseil d'orientation des retraites (COR)
- Albert LAUTMAN, directeur général de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)
- Didier BLANCHET, directeur des études et synthèses économiques à l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et président du Comité de suivi des retraites

La table ronde a été animée par Ronan MAHIEU, directeur du développement, des études et des statistiques (DDES) de la Direction des retraites et de la solidarité de la Caisse des Dépôts.

Ronan MAHIEU

Les personnes dépendantes sont par construction des retraités – même si ce sont des retraités en fin de vie. Les revenus des personnes dépendantes sont donc massivement constitués de leurs pensions de retraite, lesquelles, en France, sont d'un niveau relativement élevé en moyenne. Ce qui a récemment amené un rapport public à conclure qu'entre leur niveau moyen de pension et leur niveau moyen de patrimoine, ces personnes pouvaient sans difficulté financer leur hébergement en Ehpad. Cette approche paraît néanmoins quelque peu simpliste. D'une part, les moyennes cachent de fortes disparités, exacerbées en matière de patrimoine qui est très concentré : ce constat moyen peut donc très bien masquer une forte minorité de retraités pour lesquels le financement d'un Ehpad est très problématique. D'autre part, le niveau de vie relatif des retraités étant appelé à diminuer compte tenu de la baisse programmée des taux de remplacement suite aux réformes des retraites mises en œuvre, ainsi que de l'indexation sur les prix des pensions liquidées (voire sous-indexation sur les dernières années), la question du financement de la dépendance risque de se poser avec encore davantage d'acuité dans 20 ou 30 ans.

Enfin, il faut me semble-t-il souligner un paradoxe des choix collectifs en matière de retraite et de dépendance. D'un côté, le système public de retraite, largement fondé sur un financement par répartition et doté de mécanismes de solidarité assez développés, assure une très forte mutualisation du risque de longévité. A contrario, le risque lié à la dépendance ne bénéficie pas du même degré de mutualisation, avec des prestations fortement décroissantes avec le revenu comme l'APA, et une aide sociale à l'hébergement (ASH) qui relève clairement d'un mécanisme d'assistance avec la mise en jeu de l'obligation alimentaire et du recours sur succession. La cohérence entre ces deux approches ne va pas de soi.

Pierre-Louis BRAS

Financer la dépendance à partir des retraites sera en effet de plus en plus difficile, dans la mesure où le niveau relatif des retraites par rapport aux salaires est appelé à décroître dans le temps. Cela ne veut pas dire que les revenus des retraités vont baisser – ils continuent à augmenter dans toutes nos projections. En revanche ils vont progresser moins vite que les salaires. Concrètement, les retraités seront moins riches que les actifs. Il sera donc plus difficile de payer une heure de travail à partir d'une pension de retraite. Or la dépendance est forte consommatrice d'heures de travail car c'est de temps de présence – de relation, de stimulation... - dont les personnes dépendantes ont besoin. Et malgré quelques pistes en matière de robotique ou de domotique, il n'y a guère de gains de productivité à escompter.

Pour autant, le réflexe consistant à lier la question des retraites à celle de la dépendance, en considérant qu'il faut augmenter les retraites pour préserver la capacité des personnes dépendantes à financer des heures de prise en charge, me paraît peu pertinent. En effet, si toutes les personnes dépendantes sont des retraités, l'inverse n'est pas vrai. Environ 60 % des personnes deviendront

dépendantes en fin de vie, et cela pour une durée de 4 à 5 ans. Cela est à rapporter à une durée totale à la retraite de près de 25 ans. Donc augmenter les retraites pour financer ce risque qui n'est qu'un risque et ne concerne pas toute la période de la retraite générerait des coûts insupportables pour les finances publiques.

En revanche la baisse du niveau relatif des retraites – 13,8 % du PIB aujourd'hui – va permettre de dégager des marges de manœuvre budgétaires qui seront bien utiles pour financer la prise en charge de la dépendance qui va représenter un poids de plus en plus important avec l'arrivée aux âges de la dépendance des premières générations du baby-boom à la fin des années 2020. D'autant que le système tel qu'il est aujourd'hui n'est pas à la hauteur de ce qu'il devrait être. Les salaires sont insuffisants pour assurer une attractivité minimale des métiers, ce fait a bien été documenté par les rapports Libault puis El Khomri. Et je ne parle pas de disposer de personnels formés auprès des personnes âgées, seulement d'une attractivité minimale afin qu'il ne s'agisse pas uniquement de travaux précaires avec un turnover important. Les effectifs dans les Ehpad sont par ailleurs notoirement insuffisants. Et le reste à charge en Ehpad excède largement le montant des pensions de beaucoup de retraités, les obligeant à mobiliser leur patrimoine ou à recourir à l'ASH qui a toutefois un caractère stigmatisant. Enfin, la prise en charge de la dépendance mobilise aujourd'hui beaucoup les proches : c'est un fardeau souvent excessif pour les aidants et ce modèle n'est pas forcément pérenne, surtout si l'on augmente l'âge de départ à la retraite.

Il va donc falloir doubler l'effort public en matière de prise en charge de la dépendance pour le porter de 1 % à 2 % du PIB. Mais, avec la baisse du niveau relatif des pensions, la somme des dépenses de retraite et des dépenses liées à la dépendance pourrait être maîtrisée en part du PIB.

Je tiens par ailleurs à souligner mon intérêt pour des travaux de recherche qui permettraient de documenter l'impact positif ou négatif de l'augmentation de l'âge de départ à la retraite sur la probabilité de devenir dépendant et sur la durée passée en dépendance.

Didier BLANCHET

Si ce n'est pas au système de retraite de financer la dépendance, pour autant je pense qu'il est intéressant d'y réfléchir conjointement. Cela n'a pas été le cas jusqu'à présent pour différentes raisons. Premièrement c'est dès 2006 avec l'arrivée à l'âge de 60 ans de la première génération du baby-boom que le système de retraite a dû gérer un choc démographique défavorable ; pour la dépendance l'impact démographique du papy-boom est bien plus tardif et diffus (tout le monde ne devient pas dépendant au même âge). Deuxièmement la vieillesse est une notion relative : si l'on vit plus longtemps c'est peut-être parce que l'on devient vieux plus tardivement et dans ce cas le vieillissement est un non-problème. L'approche est différente pour les retraites : là c'est le système lui-même qui dit que vous avez atteint l'âge de la retraite, et la question peut se poser de savoir s'il faut relever cet âge quand l'espérance de vie augmente. Dans le cas de la dépendance, en revanche, il n'est pas évident que l'âge de la perte d'autonomie augmente au même rythme que l'espérance de vie. La littérature n'est pas conclusive sur ce sujet.

D'un point de vue budgétaire, comme l'a souligné Pierre-Louis Bras, l'effort indispensable pour la dépendance (1 point de PIB supplémentaire) pourrait être financé par les marges dégagées par la baisse du poids des retraites. La difficulté peut venir de ce qu'il n'y a pas que la transition « grise » à financer – il y a aussi par exemple la transition verte. Les finances publiques vont donc être fortement sollicitées au cours des prochaines décennies.

Il est utile de faire un peu de rétrospective sur le financement des retraites. Au début des années 1990 Les projections laissaient anticiper, si l'on ne faisait rien, une hausse des dépenses de retraite de 11 % à près de 20 % du PIB. Un tiers du problème a déjà été résolu à la faveur de l'effort collectif, puisque nous sommes aujourd'hui à 13,8 % du PIB. Un deuxième tiers sera géré par le report de l'âge de la retraite à environ 64 ans d'ici à 2030, tandis que le troisième tiers sera assuré par le décrochage du niveau de vie relatif des retraités via l'indexation des retraites sur les prix plutôt que sur les salaires

nominaux. L'ampleur de ce décrochage étant liée au rythme de croissance de l'économie (plus la croissance est forte, et plus le décrochage est marqué).

Face à cet inconvénient bien réel, une position un peu démagogique peut consister à plaider pour une réindexation des pensions sur les salaires. La réalité est plus nuancée. A démographie stabilisée une indexation des pensions sur les salaires est a priori optimale car elle stabilise le partage du gâteau entre actifs et retraités. Mais nous ne serons dans cette situation que vers 2040 : d'ici là l'avancée en âge des générations du baby-boom continuera d'exercer une pression sur l'équilibre du système. Une bonne règle d'indexation est probablement les salaires moins « quelque chose », ce quelque chose étant l'évolution du ratio retraités / actifs : cela permet de partager entre actifs et retraités la charge induite par le choc démographique, et est gage d'un meilleur partage de la croissance entre actifs et retraités. Cette règle n'est pas forcément bien perçue dans le débat public – c'est moins qu'une indexation que les salaires – mais elle ne fait que transcrire l'équation d'équilibre financier d'un régime par répartition.

Cette règle ne permettra toutefois pas en soi un autofinancement de la dépendance par les vieux retraités qui perdront leur autonomie. On pourrait objecter qu'un autre choix possible consisterait à financer des retraites plus élevées via une hausse du taux de cotisation ; mais, comme indiqué par Pierre-Louis Bras, cette approche est peu efficiente car la dépense supplémentaire ne bénéficie que pour une faible part aux personnes en perte d'autonomie. Il paraît préférable de s'en tenir à une progression des pensions inférieure à celle des salaires, et d'utiliser les marges financières ainsi dégagées pour financer une véritable assurance dépendance.

Roméo FONTAINE

L'évolution des pensions de retraite est un déterminant essentiel en matière de perte d'autonomie, dans la mesure où les revenus des personnes dépendantes conditionnent leur capacité à financer la part des soins non couverte par les mécanismes assurantiels publics. Plus généralement, la dynamique des pensions impacte les budgets sociaux – et plus particulièrement ceux des départements – car la plupart des aides publiques (APA, ASH) sont conditionnées au revenu ou modulées en fonction du revenu. Au cours des dernières années on a ainsi constaté que l'arrivée à l'âge de la dépendance de générations ayant eu des carrières plus complètes et donc des pensions plus élevées a permis aux départements de faire des économies sur l'APA.

La dimension intergénérationnelle est un trait commun aux retraites et à la dépendance. Dans le cas de la retraite, les transferts intergénérationnels sont financiers et intermédiés par un système d'assurance sociale. Dans le cas de la dépendance il y a des transferts intergénérationnels souvent des enfants vers les parents, en nature (via l'aide informelle) ou financiers (spontanément ou via l'obligation alimentaire).

En revanche, contrairement à la retraite, la dépendance n'est pas à proprement parler une période du cycle de vie, au sens où c'est un risque qui va se réaliser pour certains et pas pour d'autres. Aussi serait-il illusoire de garantir aux individus les moyens de couvrir avec leurs seules ressources personnelles les coûts liés à la perte d'autonomie. Envisager un mécanisme de mutualisation s'inspirant de l'assurance santé serait sans nul doute plus efficace.

D'après les comptes de la dépendance publiés par la Drees, environ 79 % des coûts de la dépendance sont mutualisés via des transferts publics (assurance maladie, APA, crédits d'impôts, aide sociale...), soit un taux presque identique à celui des dépenses de santé pour le premier niveau, celui de l'assurance maladie obligatoire. Avec toute de même une première différence car, en matière de santé, les organismes de couverture complémentaires prennent en charge 13 % supplémentaires de dépenses : pour les dépenses liées à la perte d'autonomie, le taux de mutualisation via les organismes de couverture complémentaire est beaucoup plus modeste même s'il va probablement croître. Par ailleurs, l'aide informelle, qui n'est pas retracée dans les comptes de la dépendance, mérite d'être considérée comme un reste à charge non financier. La ressource économique mobilisée par le biais des

solidarités de proximité est en effet prépondérante — on peut la valoriser entre 7 et 11 milliards d'euros par an d'après le Conseil d'analyse économique (CAE). En tenant compte de tous ces éléments, le taux de mutualisation n'est pas de 79 %, mais plus vraisemblablement de 60 %.

L'enjeu n'est pas seulement celui du degré et du niveau de mutualisation de ces coûts, mais aussi de la logique de solidarité publique qui doit prévaloir dans cette mutualisation. Trois aspects interrogent particulièrement dans la situation actuelle. Tout d'abord la superposition des logiques de financement : par exemple en Ehpad, les coûts maladie sont pris en charge quasiment à 100 % par l'assurance sociale, alors que pour le tarif hébergement on est dans une pure logique d'aide sociale « à la française » : les aides publiques dépendent du revenu mais surtout sont subsidiaires, interviennent après mise en œuvre de l'obligation alimentaire (génératrice de conflits au sein des familles) et font l'objet d'un recours sur succession de sorte qu'elles s'analysent davantage comme des avances. Et au milieu on a les dépenses au titre de la compensation de la perte d'autonomie dont le modèle est hybride : une aide sociale gérée par les départements (l'APA) mais universelle et sans recours sur succession ni en principe obligation alimentaire, et dont le montant est toutefois très dépendant des revenus. La superposition de ces modèles interroge car elle est source d'incompréhension pour les usagers.

Deuxième enjeu, le caractère décentralisé du modèle avec un rôle prépondérant du département. Modèle qui fait l'objet de controverses puisque débouchant sur des prises en charge différentes pour deux individus identiques mais résidant dans deux départements distincts. Il y a au demeurant de fortes différences sur le territoire en matière d'offre d'établissements ou de services à domicile, des différences culturelles vis-à-vis des solidarités familiales, etc. La question n'est pas simple.

Enfin, quelle place pour les solidarités de proximité et quelle articulation avec la prise en charge publique ? Les réformes des dernières années consolident une politique d'aide aux aidants qui mérite d'être discutée. Récemment la loi indemnisant le congé du proche aidant a fait l'objet d'un vote unanime qui interpelle. On va aider les aidants à aider mais, ce faisant, on va consolider la place des solidarités familiales – qui au passage pèse davantage sur les femmes. Une autre possibilité – mais qui trouve peu d'échos dans le débat public – serait, plutôt que de réduire le coût de l'aide informelle, de soulager les proches via une solidarité publique intervenant en alternative aux solidarités familiales.

Ronan MAHIEU

Le détour par les comptes de la dépendance est en effet riche d'enseignements. Il montre certes que l'on a, principalement via l'assurance maladie, un niveau de socialisation des dépenses très significatif puisque débouchant sur un taux de socialisation (79 %) similaire à celui de l'assurance maladie obligatoire en matière de santé.

Vous avez à juste titre signalé que ce niveau de 79 % est à relativiser puisqu'il ignore le rôle des solidarités de proximité. Mais la similitude apparente des niveaux de socialisation masque me semble-t-il aussi une différence majeure d'approche entre les choix de socialisation du risque maladie et du risque dépendance. En matière de maladie le gros risque est fortement socialisé : si vous allez à l'hôpital tous les coûts ou presque seront pris en charge à l'exception du forfait hospitalier, mais qui généralement est remboursé par les complémentaires santé. Le reste à charge est donc disséminé sur un grand nombre d'individus présentant pour la plupart un petit risque. En matière de dépendance c'est le contraire : la prise en charge publique est en général plafonnée – à domicile, via les plafonds des plans d'aide APA, en établissement via l'absence de mutualisation des dépenses d'hébergement – de sorte que le reste à charge est concentré sur des individus représentant des gros risques. La cohérence entre ces deux approches ne manque pas d'interroger.

Albert LAUTMAN

Parlons justement d'abord de la santé. Vu des complémentaires santé, une des caractéristiques majeures du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) est qu'il varie de façon considérable en fonction de l'âge – du simple au triple entre les 20-30 ans et les plus de 80

ans. Les remboursements des mutuelles s'élèvent ainsi en moyenne à 229 euros par an pour les personnes âgées de 20 à 30 ans et à 944 euros pour les personnes de plus de 80 ans. Et après intervention de la mutuelle, ces dernières ont encore 255 euros de reste à charge. Le reste à charge après AMO varie également très fortement d'un département à l'autre en fonction de la fréquence des dépassements d'honoraires et des tarifs journaliers de prestations très variables d'un hôpital à l'autre. Les complémentaires absorbent donc une partie importante du reste à charge en matière de santé, mais au prix d'un coût de l'accès à la complémentaire santé élevé pour les seniors, qui ne bénéficient d'aucune aide publique à la souscription de ces complémentaires. Au grand âge, ce coût avoisine donc les 120 euros par mois. Compte tenu du niveau moyen des retraites, la question de l'accès aux soins des seniors devient un sujet aigu. Et l'arrivée de la génération du baby-boom au grand âge aura un impact plus fort encore sur le coût de la santé que sur le coût de la dépendance.

Revenons maintenant au financement de la dépendance, qui vient s'ajouter au problème du financement des soins de santé. Le rapport Libault évalue à 10 milliards d'euros les besoins liés à la dépendance. La Drees évoque le chiffre de 30 milliards d'euros, dont 24 milliards d'euros déjà socialisés et 6 milliards d'euros à la charge des familles, ce dernier montant étant appelé à doubler. Les besoins sont liés à la revalorisation des carrières, au renforcement des effectifs et au développement de l'offre de services dans les Ehpad (qui ont des besoins d'investissement élevés). Contrairement à l'image véhiculée par les médias, la prise en charge de la perte d'autonomie avancée (GIR 1 et 2) est plutôt de bonne qualité en France. Sauf qu'elle est au bord de la saturation et n'est pas calibrée pour absorber l'arrivée de la génération du baby-boom, sachant qu'il ne sera pas possible de doubler le nombre de places en Ehpad. Or ni le rapport Libault ni le rapport El-Khomri n'évoquent la moindre piste en matière de financement.

Il faut donc trouver un système permettant un haut niveau de socialisation pour un risque, la dépendance, qui intervient à un âge élevé, et de plus en plus élevé. Mais si l'âge d'entrée en dépendance recule, la durée passée en dépendance ne diminue pas. Cette durée est très variable : pour un quart des dépendants c'est quelques mois, pour un quart c'est de 7 à 8 ans. Il peut paraître séduisant de demander aux personnes dépendantes de mobiliser leur patrimoine pour financer la prise en charge de la dépendance. Sauf que la valeur d'un pavillon en zone rurale est faible et ne permet pas d'aller très loin. La FNNMF plaide donc avec la Fédération française des assureurs (FFA) pour un dispositif d'assurance dépendance financé par répartition liant protection santé complémentaire (96 % des Français sont couverts par un contrat complémentaire santé responsable) et assurance dépendance. D'un point de vue actuariel, le coût moyen à financer pour une population donnée serait de l'ordre de 6 000 euros par an, ce qui représente un coût additionnel de 8 euros par mois sur la complémentaire santé. L'idée serait de généraliser le dispositif sans le rendre formellement obligatoire, car ceux qui peuvent s'offrir une assurance dépendance préfèrent puiser dans leur patrimoine, tandis que ceux qui en ont besoin n'ont pas les moyens de se la payer. Naturellement on peut considérer que ce risque aurait vocation à être prise en charge par la sécurité sociale mais pour l'instant les pouvoirs publics ne s'engagent pas dans cette direction. A défaut, nous proposons donc un dispositif de solidarité intergénérationnelle qui permet un premier niveau d'amélioration.

DEBAT AVEC LA SALLE

André MASSON

Tout le monde convient qu'il faut financer une réelle assurance dépendance obligatoire garantissant un bon niveau de mutualisation : mais cela suppose que les retraités cotisent pour le quatrième âge, ce qui évitera de peser sur le coût du travail. Cela peut passer par une contribution sur le patrimoine, pour une grande part détenue par les baby-boomers. Cela évitera au passage que les baby-boomers bénéficient d'un « free lunch » en bénéficiant d'une assurance sociale dont ils n'auraient jamais contribué au financement.

Pierre-Louis BRAS

Je pense que les questions des retraites et de la dépendance méritent un examen séparé. De ce point de vue je ne suis pas convaincu par les propositions avancées par Albert Lautman et André Masson.

Attacher la couverture universelle dépendance aux contrats complémentaires santé proposés par les mutuelles ou les assureurs pour généraliser l'assurance dépendance ne me paraît pas pertinent. Si l'on souhaite mettre en œuvre une assurance obligatoire, il faut la financer par la fiscalité – typiquement les cotisations sociales, la CSG ou l'impôt sur le revenu. Et surtout ne pas recourir à des financements décentralisés, qui génèrent des différences de couverture et une iniquité fiscale entre départements que les mécanismes de compensation et de péréquation ne permettent pas de juguler. Quid d'un prélèvement sur le patrimoine des retraités comme le suggère André Masson ? D'abord, ce n'est pas en phase avec les évolutions récentes si l'on considère que la substitution de l'IFI à l'ISF a conduit à exclure tout le patrimoine financier de l'assiette. Et surtout, mettre en place un impôt qui ne frapperait que certaines tranches d'âge ou les retraités plutôt que les actifs me paraît hasardeux, notamment d'un point de vue de constitutionnalité.

Par ailleurs, pourquoi prélever spécifiquement les retraités ? Si l'État considère qu'ils sont trop riches, il suffit de désindexer les retraites – et d'ailleurs cela a été fait en 2019. Il est vrai que la CSG présente l'avantage de pouvoir augmenter sélectivement les prélèvements sur les retraités les plus riches, mais cette année on va arriver au même résultat via la revalorisation différenciée des retraites selon qu'elles excèdent ou non 2.000 € par mois. Avec toutefois des problèmes d'équité dans la mesure où cela ne concerne que les retraites de base et pas les retraites complémentaires.

Albert LAUTMAN

Si la Mutualité avance cette proposition, c'est parce qu'il serait irresponsable de refermer le dossier de la dépendance une troisième fois sans donner de réponse aux familles, faute d'avoir créé le fameux « cinquième risque ». Beaucoup de personnes se trouvent aujourd'hui à domicile alors que leur état nécessiterait une prise en charge en établissement, où ils seraient plus en sécurité et mieux pris en charge. Simple, leur famille n'a pas les moyens de payer un Ehpad. Parlons à ce propos de cette farce de l'aide aux aidants : on répète depuis dix ans qu'il faut aider les aidants. Mais la meilleure aide que l'on puisse leur apporter c'est de régler le problème de la solvabilisation de la dépendance lourde, à domicile et en établissement. Le congé aux aidants coûte évidemment moins cher que de s'attaquer aux vrais problèmes. La réponse apportée par les acteurs assurantiels n'est peut-être pas la plus esthétique intellectuellement, mais elle a le mérite d'exister.

Un participant de la salle

Puisqu'il n'est pas possible de doubler le nombre de places en Ehpad, il faut travailler à des alternatives. Quand la dépendance survient, c'est généralement un membre de la famille qui arrête de travailler pour s'occuper de la personne concernée. Un partage des points de retraite pourrait être opéré au sein de la famille, de manière que l'aidant acquière des droits.

Roméo FONTAINE

Sur le principe, cela existe déjà : les personnes qui recourent au congé de proche aidant acquière des droits via l'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), la cotisation étant prise en charge par la branche Famille.

Sylvain DENIS

Des mesures seront certainement prises pour les personnels de l'aide à domicile et les personnels travaillant en Ehpad, mais sûrement pas à la hauteur nécessaire pour rendre ces professions plus attractives. La solution passe peut-être par une plateforme mutualisant les actions entre hôpitaux, Ehpad et aide à domicile.

Un participant de la salle

La décentralisation de l'APA a abouti à une inégalité de traitement entre les territoires. Le public concerné étant malade et âgé, la seule solution consiste à créer un cinquième risque pris en charge par la Sécurité sociale.

Session plénière – 8 novembre 2019

La prise en charge de la dépendance

LAURENT SOULAT, ECONOMISTE, DIRECTION DES RETRAITES ET DE LA SOLIDARITE, CAISSE DES DEPOTS

Agnès Gramain est Professeur d'économie à l'université de Lorraine. Elle est notamment directrice adjointe de l'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement, pilote du projet de recherche MODAPA sur l'aide à domicile des personnes âgées dépendantes... Ses champs de recherche portent sur la prise en charge de la dépendance et du handicap, ainsi que sur l'économie des politiques publiques et des politiques sociales. Elle fera un état des lieux des travaux d'études et de recherche sur l'organisation et la prise en charge de la dépendance en France.

George Stoye est chercheur l'Institute for Fiscal Studies (IFS) de Londres, organisme qui éclaire les débats publics à travers l'évaluation des politiques publiques. George Stoye travaille notamment à l'évaluation des politiques publiques dans les domaines des dépenses de santé, des hôpitaux publics et de la dépendance. Il établira un parallèle avec la prise en charge de la dépendance au Royaume-Uni.

AGNES GRAMAIN, PROFESSEUR EN SCIENCES ECONOMIQUES, UNIVERSITE DE LORRAINE

La prise en charge de la dépendance est à la fois un sujet de politique publique d'actualité dans la plupart des pays développés et une question privée pour certains d'entre nous. Y répondre suppose un travail analytique sérieux et une réflexion politique au sens noble du terme. L'intervention s'appuiera sur les contributions qui ont été faites lors de la concertation organisée dans le cadre de la mission Grand âge et autonomie confiée à M. Libault, à l'exception de la partie sur grand âge et dépendance.

Les premières générations du baby-boom vont atteindre l'âge de 75 ans d'ici à cinq ans, âge à partir duquel les incapacités deviennent plus fréquentes. À partir de 85 ans, plus de la moitié des personnes sont aidées dans leurs activités au quotidien. Par ailleurs, plus de 2,2 millions de personnes de plus de 60 ans déclarent être limitées dans certaines activités pour des raisons de santé. Au-delà de ces différentes d'approche (administrative ou épidémiologique), le nombre de personnes touchées par la dépendance connaîtra un pic entre 2030 et 2045, nécessitant d'y apporter quelques réponses constructives.

La question de l'accès aux soins des personnes âgées dépendante ne sera pas abordée : elle sort en partie du champ de spécialité de la conférencière. Concernant les aidants, la part des personnes aidées uniquement par des professionnels reste inférieure à 20 % — elle est même inférieure à 5 % pour les personnes les plus dépendantes (GIR1 et GIR2). L'aide informelle de l'entourage joue un rôle d'autant plus important qu'elle est plus polymorphe que l'aide professionnelle. Cette aide informelle représente

17 millions d'heures par semaine. Valorisé au SMIC horaire, ce temps représente 7,4 milliards d'euros par an pour l'aide apportée aux seules activités quotidiennes et 11 milliards d'euros pour l'ensemble des aides apportées par l'entourage. Par comparaison, la valorisation monétaire des heures d'aide professionnelle est de l'ordre de 4,6 à 4,9 milliards d'euros.

L'aide à un parent dépendant a des conséquences sur l'offre de travail : probabilité de travailler et d'être à temps partiel. On peut citer de nombreux travaux mobilisant notamment l'enquête européenne SHARE, comme ceux de Bolin et co-auteurs, de Ciani, de Crespo et Mira, de Fontaine et plus récemment de Ciccarelli et Van Soest. L'aide informelle a également des effets sur la santé physique et mentale des aidants mis en avant par les travaux de Sandrine Juin et Thomas Barnay : la probabilité d'avoir des troubles du sommeil et de souffrir de dépression diminue avec la présence d'aidants professionnels, et la fatigue morale diminue avec la présence d'autres aidants informels.

Le partage de l'aide est un sujet intéressant. Les « parents piégés » (Florence Weber) sont les conjoints, sur lesquels pèse une forte obligation morale, ainsi que les enfants uniques, voire les neveux et nièces uniques. Quand il existe plusieurs aidants potentiels, les comportements ne sont pas indépendants. Ainsi dans le cas de fratries de deux enfants, Roméo Fontaine, Quitterie Roquebert et Jérôme Wittwer ont montré que l'interaction est asymétrique : l'implication du cadet augmente la probabilité que l'aîné s'implique lui aussi, mais l'implication de l'aîné diminue la probabilité que le cadet s'implique aussi, en tenant compte de leur situation d'emploi, de leur vie conjugale ou de la présence d'enfants. Dans le même ordre d'idée, pour des raisons démographiques, les femmes sont aujourd'hui davantage en situation d'aidant potentiel que les hommes, mais la situation est appelée à changer, appelant à une grande prudence quant aux évolutions. Il est difficile aujourd'hui d'anticiper les évolutions de demain : le nombre d'enfants par femme diminue, le travail des femmes augmente, la part des femmes parmi les personnes âgées dépendantes devrait passer de 38 % à 47 % d'ici à vingt ans... Se posera également bientôt la question des couples dont les deux conjoints sont dépendants. Un effort de recherche sur les mobilisations familiales semble donc crucial.

La concertation nationale « Grande âge et autonomie » a aussi attiré l'attention sur l'importance d'améliorer les conditions de travail des aidants professionnels. Peu de travaux portent sur ces professions (Romain Sibille, Quitterie Roquebert), et l'appareil statistique ne permet pas d'appréhender facilement ces travailleurs, en particulier ceux qui interviennent à domicile. Ce segment du marché du travail recouvre des emplois de très mauvaise qualité — CDD, temps partiel, horaires décalés, temps de travail émietté, salaires faibles, absence de perspectives de carrière. Qu'il s'agisse de partager l'aide avec l'entourage ou d'améliorer la qualité de l'aide en établissement, il faudra améliorer l'attractivité de ce secteur pour faire face à la hausse des besoins.

Le très faible taux d'encadrement qui prévaut dans le secteur en France est souvent souligné malgré les différents plans mis en place par les pouvoirs publics. Au 31 décembre 2015, 430 000 personnes travaillaient dans les établissements dédiés aux personnes dépendantes, soit un taux d'encadrement d'environ 63 équivalents temps plein pour 100 résidents, contre plus de 100 en Suisse, au Danemark ou en Suède. Ce taux descend sous les 60 % dans les établissements privés à but non lucratif et en dessous de 56 % dans les établissements à but lucratif. De meilleures conditions de travail amélioreraient l'attractivité du secteur et faciliteraient le recrutement, améliorant ainsi le taux d'encadrement et la qualité de la prise en charge, et donc à nouveau les conditions de travail, dessinant un cercle vertueux. Cécile Martin a démontré que les établissements publics se situaient presque tous sur leur frontière d'efficience, concluant qu'il serait difficile d'améliorer la qualité sans augmenter les coûts de production. Quant au secteur privé lucratif, la baisse des coûts engendrée par le mouvement de concentration ne se traduit pas par une baisse des prix. Les coûts sont ainsi globalement inférieurs dans le secteur public avec de meilleurs taux d'encadrement.

Il n'est pas sûr qu'un comparateur de prix améliore la qualité sans augmenter les coûts. Dans sa thèse, Louis Arnaud a identifié trois déterminants de l'entrée en établissement d'hébergement à partir des données de la cohorte PAQUID : les problèmes de mobilité et de troubles du comportement, qui

déterminent les besoins ; les catégories socioprofessionnelles (les agriculteurs et les cadres ont un risque moindre) ; et le fait de vivre avec son conjoint et d'avoir une fille en vie. L'effet protecteur de l'entourage disparaît au moment où les troubles du comportement apparaissent : l'entrée en établissement ne relève alors plus d'un choix entre différents modes de prise en charge et risque de se faire quel qu'en soit le prix. De surcroît, le faible nombre de places en établissement (le taux d'occupation frôle les 98 %, avec un turn-over annuel compris entre 20 et 40 % des places) ne favorise pas le choix entre différents établissements. Mélina Ramos-Gorand étudie ce phénomène de rationnement au regard des mobilités interdépartementales à l'entrée en établissement en distinguant migrations proches et migrations lointaines. Les hommes, les personnes atteintes de trouble du comportement, avec une faible dépendance physique, venant d'un établissement de soins et sous tutelle non familiale sont plus exposés aux migrations lointaines. Il en ressort qu'il serait hasardeux de s'en remettre au marché pour obtenir une amélioration de la qualité dans le secteur privé. L'augmentation de la capacité dans les établissements régulés semble la piste la plus sérieuse, même si elle est coûteuse.

Beaucoup d'opérateurs expliquent qu'une meilleure coordination des parcours d'aide et de soins, notamment grâce à des logements innovants, serait une source importante d'économies. Mais cela suppose de sortir de la dichotomie structurante entre le domicile et les établissements médicalisés. Pour cela, il faudra modifier en profondeur le système de financement qui l'entretient.

La question du financement de la dépendance porte sur le partage des coûts entre dépenses publiques et dépenses privées. À la différence des systèmes nordiques qui reposent sur le plafonnement de la participation financière des personnes prises en charge en fonction de leur revenu et sur le choix du mode de prise en charge par les pouvoirs publics, le système français repose sur le libre choix des personnes dépendantes tout en jouant sur le niveau des prix en subventionnant certaines consommations.

Ces subventions reposent sur trois logiques de solidarité différentes :

- universelle et indépendante du revenu pour les soins ;
- universelle et décroissante en fonction du revenu pour la dépendance stricto sensu, c'est-à-dire les aides aux activités de la vie quotidienne ;
- sous conditions de ressources et subsidiaire à l'obligation alimentaire pour l'hébergement.

En outre, chacune de ces subventions diffère selon que le lieu de vie est le domicile ou l'institution, pour l'allocation personnalisée d'autonomie ou pour la prise en charge des soins par exemple.

Le système français se distingue également par une politique territorialisée. Le financement des soins est régulé à l'échelle nationale et à l'échelle régionale, tandis que le financement des dépenses d'aide et des dépenses d'hébergement est régulé à l'échelle des 100 départements.

L'articulation même des trois logiques pose problème ; le risque de perte d'autonomie conduit à un surcoût. La couverture de ce risque dans son ensemble n'est absolument pas maîtrisée et la logique de solidarité globale dépend finalement du type d'hébergement. L'équité du dispositif est pour le moins discutable. De plus, son efficacité également puisqu'il introduit des incitations différentes selon les personnes et qui ne conduisent pas nécessairement au choix de prise en charge le plus adapté. Le dispositif est également un frein au développement de solutions innovantes.

L'établissement d'une 5^e branche de sécurité sociale couvrant l'ensemble des dépenses induites par l'occurrence de la dépendance, y compris le surcoût en hébergement, pourrait améliorer les choses. L'assurance expose à des pertes d'efficacité induites par la distorsion des prix : des surconsommations sont envisageables dès lors que les demandes sont élastiques au reste-à-charge. Les travaux de l'équipe MODAPA suggèrent toutefois que l'élasticité de la demande d'aide professionnelle à domicile est assez faible (de l'ordre de -0,3), et ne débouchent sur aucun résultat stable pour la demande d'aide en établissement, mais on peut supposer qu'elle est très faible.

Une proposition alternative consisterait à mettre en place un revenu forfaitaire attribué à chaque personne. Ce revenu serait indépendant du mode de prise en charge choisi, et uniquement fonction d'une prise en charge de référence prescrite par une équipe d'évaluateurs, chacun restant libre de s'écarter de la prescription mais en supportant l'éventuel surcoût. Mission à des experts et professionnels d'établir des normes de qualité et des référentiels de coûts. Le choix de la prise en charge de référence reposerait sur la comparaison des surcoûts économiques dans les différentes options possibles et non sur les seules dépenses publiques. Bien entendu, se poserait la délicate question de la valorisation de l'aide informelle dans le cadre des prises en charge à domicile — faute de quoi celle-ci paraîtra toujours la moins onéreuse. Un tel dispositif serait plus juste, plus efficient, plus favorable à l'innovation et à la fluidité des parcours de prise en charge.

GEORGE STOYE, ÉCONOMISTE, INSTITUTE FOR FISCAL STUDIES, LONDRES

Les soins de longue durée sont constitués d'un large éventail de services non médicaux ayant vocation à venir en aide aux personnes souffrant d'invalidité ou d'une perte d'autonomie, afin de leur permettre de faire face aux tâches du quotidien (ménage, hygiène, cuisine, etc.). En raison du vieillissement rapide de la population, ces soins constituent une problématique majeure au Royaume-Uni aujourd'hui.

Au Royaume-Uni, le système actuel de couverture de la dépendance est très différent de la couverture maladie. Il fournit une protection limitée des personnes dépendances, l'offre publique d'aides étant soumise à des conditions de ressources (couverture intégrale uniquement pour les très faibles revenus) et fondée sur le type de besoin d'aide.

Cela signifie donc que le reste de la population doit financer elle-même les aides : en moyenne, au cours de leur vie, les hommes et les femmes de plus de 65 ans consacrent ainsi respectivement 25 000 livres et 44 000 livres à la prise en charge de la dépendance.

Ainsi, une majeure partie des aides est informelle, dispensée, par exemple, par un parent. Ces aides sont, dans leur immense majorité au Royaume-Uni assurées par des personnes qui ne sont pas payées, le coût de remplacement annuel étant estimé à 100 milliards de livres.

Deux types de réformes ont été proposées. En 2011, la commission Dilnot a recommandé l'introduction d'un principe de plafonnement des coûts sur l'ensemble de la vie : au-delà de 50 000 livres, le gouvernement prendrait la relève pour payer les soins.

Un projet alternatif de réforme du financement de la dépendance, émis par le Parti travailliste, porte sur la mise en place gratuite en Angleterre d'aides dispensées par l'État, afin d'aider les personnes souffrant d'incapacité à faire face aux activités de la vie quotidienne que ce soit à domicile ou en établissement, sur le modèle de ce qui est déjà fait en Ecosse. Pour faire face au risque financier, les coûts pourraient être plafonnés. Ces deux réformes auraient toutefois un coût supplémentaire pour les finances publiques estimé à 12 milliards de livres, soit environ 0,5 point de PIB en plus.

D'après les projections de l'Office for Budget Responsibility du Royaume-Uni, la pression démographique au cours des 50 prochaines années imposera au pays de consacrer 1 point de PIB supplémentaire à la dépendance, 7 points supplémentaires à la santé et 2 points supplémentaires aux retraites. Pour dégager ces 10 points de PIB en plus, le Royaume-Uni devra soit augmenter ses impôts, soit diminuer par deux tous ses autres postes de dépense. Les discussions sur la réforme de la protection sociale doivent donc aussi impérativement prendre en compte la manière dont celle-ci pourra être financée.

Table ronde – 8 novembre 2019

Vieillesse, dépendance et territoire

Ont participé à la table ronde :

- Agnès GRAMAIN, professeur en sciences économiques, Université de Lorraine
- Dominique LIBAULT, président du Haut Conseil au financement de la protection sociale
- Nicolas GLIÈRE, directeur de l'autonomie, conseil départemental de la Mayenne
- Florence LEDUC, présidente de l'Association française des aidants
- Virginie MAGNANT, directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La table ronde a été animée par Antoine BOZIO, directeur de l'Institut des politiques publiques (IPP), chercheur associé à l'École d'économie de Paris (PSE - Paris School of Economics) et maître de conférences à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

Antoine BOZIO

Que savons-nous aujourd'hui de l'hétérogénéité des territoires en matière de dépendance ?

Virginie MAGNANT

Plusieurs études, dont une étude de la Drees en 2019, mettent en évidence des disparités territoriales importantes. Ainsi, la proportion de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (l'APA) est moins importante à Paris, dans l'ouest francilien et dans l'ouest de la France. A contrario, la prévalence de la dépendance est particulièrement élevée dans les Dom, ainsi que dans le nord, le nord-est et le sud de la métropole. Les caractéristiques socioéconomiques des personnes, celles des territoires et la situation des territoires vis-à-vis de la dépendance sont liées, mais ces relations ne sont ni binaires ni exclusives.

Une étude d'Ernst & Young de 2015 a permis de constater que le taux de demande de l'APA des personnes de plus de 75 ans variait de 4 % à 19 % selon les départements. Les taux d'accord oscillent de 62 % à 100 % et les montants moyens des plans d'aide vont de moins de 300 euros à plus de 600 euros. L'étude montre que les facteurs organisationnels comptent encore davantage que les facteurs socioéconomiques ou démographiques. L'existence d'un réseau d'information ou d'accueil bien structuré et animé est déterminante.

La CNSA est mobilisée pour agir sur les leviers permettant de remédier à ces disparités en soutenant les équipes d'évaluation de l'APA, en proposant des outils d'information, comme le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr et en alimentant un écosystème favorable à l'accès aux droits des personnes.

Antoine BOZIO

Ma question s'adresse maintenant à Dominique Libault : comment avez-vous abordé ces différences territoriales dans votre rapport ?

Dominique LIBAULT

La relation entre le taux de dépendance et la politique menée n'est pas facile à établir. Ainsi, une politique de repérage précoce peut se traduire dans un premier temps par un taux de dépendance plus élevé. Une politique organisationnelle unissant le sanitaire et le social produit deux effets : une optimisation des parcours permettant d'éviter certains soins et la récupération d'une population jusqu'ici éloignée du système de soins. Toutefois ces deux effets agissent en sens inverse sur les consommations de soins.

Antoine BOZIO

Quels sont les facteurs explicatifs de l'hétérogénéité constatée entre les territoires ?

Agnès GRAMAIN

La prévalence de la dépendance s'apprécie à travers des mesures administratives ou des mesures épidémiologiques. Par construction, les facteurs explicatifs ne sont pas les mêmes. Si l'on considère les mesures administratives, les politiques mises en œuvre par les départements jouent clairement. En 2003, Marcel Jaeger a démontré que les facteurs sociodémographiques expliquaient 60 % du taux de bénéficiaires d'APA.

Antoine BOZIO

Nicolas Glière, quelle est votre expérience en Mayenne ?

Nicolas GLIÈRE

La Mayenne, qui compte 310 000 habitants, est un département très rural si l'on excepte Laval. Située dans l'ouest de la France, elle ne bénéficie pas de la même attractivité que l'Ille-et-Vilaine, son département voisin. La structure des revenus y est défavorable et les métiers exercés (agriculture, industrie) pénibles. Cette pénibilité fait que les taux de dépendance peuvent être très élevés. L'échelle du « bassin de vie » définie par l'Insee semble la plus pertinente pour observer les dynamiques de population. Ainsi avons-nous commencé à travailler avec les neuf intercommunalités du territoire. Nous nous appuyons aussi sur les professionnels de santé du territoire, qui ont su se structurer de manière très innovante, en privilégiant les interactions. Le parcours du patient qui en résulte permet de détecter la fragilité de manière plus efficace que dans d'autres territoires.

Antoine BOZIO

Les aidants vivent-ils leurs expériences de manière différente selon les territoires ?

Florence LEDUC

Il est en effet difficile d'imaginer que les aidants, qui sont entre 8 et 11 millions, vivent les mêmes expériences. L'Association française des aidants vient de valider un projet stratégique visant à renforcer sa présence sur les territoires, de manière à bien faire comprendre les enjeux aux différents acteurs. En tout état de cause, les proches aidants sont de véritables acteurs de la dépendance. Un même territoire peut proposer des dispositifs qui n'ont pas l'habitude de fonctionner ensemble, voire même qui ne se connaissent pas. D'où la nécessité de faire connaître l'offre existante, qui doit être adaptée à la situation de chacun.

Antoine BOZIO

En fin de compte, la décentralisation a donné aux départements la capacité d'adapter leurs politiques publiques pour mieux répondre aux spécificités locales, mais au risque de se traduire par des inégalités de traitement entre départements. Comment projeter la réforme en matière de politique publique ?

Dominique LIBAULT

La politique n'est que partiellement décentralisée. La majorité des 23 milliards d'euros de dépenses publiques dédiées au grand âge provient de l'Assurance maladie ou de l'État. Malheureusement, cela se matérialise par une coupure entre le sanitaire et le social au sein des territoires. Les Ehpad sont ainsi financés par l'Assurance maladie pour les soins et par le département pour la dépendance.

Une politique de l'autonomie est avant tout une politique de services, de la prévention jusqu'à l'accompagnement et la fin de vie. Une telle politique s'articule autour de deux axes : la solvabilisation, pour limiter les inégalités entre départements, et l'organisation de services, pour garantir une meilleure coordination entre les acteurs. Nous pouvons par exemple imaginer des centres de ressources qui proposeraient un appui au maintien à domicile (accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire en Ehpad, etc.).

Agnès GRAMAIN

Il est très rare qu'une politique soit décentralisée dans toutes ses dimensions. Une bonne partie du financement de l'APA est mutualisée au niveau national, mais les versements peuvent être décidés localement. Sur les 23 milliards d'euros dédiés à la dépendance, 12 milliards d'euros relèvent de l'Assurance maladie. Le financement est donc très assurantiel pour les départements, ce qui est gage d'efficacité économique.

De récents travaux ont montré que les professionnels de santé libéraux pourraient jouer un rôle très important dans la prise en charge de la dépendance. Or rien n'est prévu aujourd'hui en France en matière de régulation locale : les professionnels de santé libéraux sont libres de s'implanter où ils veulent, mettant ainsi les collectivités locales devant le fait accompli.

Antoine BOZIO

Le besoin d'harmonisation peut-il mettre en péril la façon les conseils départementaux arrivent à s'adapter à la demande ?

Agnès GRAMAIN

Le risque de perte d'autonomie est en train de passer de quelque chose qui relève plutôt de l'aide sociale au niveau local - comme c'est par exemple le cas des cantines d'écoles, avec des tarifs hétérogènes - à un risque de type santé dont les personnes attendent une prise en charge beaucoup plus uniforme. Le degré de solvabilisation était un levier sur lequel les collectivités territoriales avaient l'habitude de jouer, mais ce mode de fonctionnement est de moins en moins accepté socialement, ce qui réduit les marges de manœuvre des collectivités.

Nicolas GLIÈRE

S'agissant de la solvabilisation, il me paraît normal de limiter les écarts entre départements, ce qui répond au pacte républicain français, tout en laissant une marge pour s'adapter aux spécificités territoriales. Rien que pour l'aide à domicile, les différences de tarification sont considérables. Cependant, les départements ne sont pas complètement libres d'augmenter leur contribution (du fait des contraintes fiscales) pour faire face à une demande croissante. De plus la progression des dépenses de fonctionnement est limitée. En outre, augmenter les tarifs des services d'aide sociale pour permettre aux opérateurs de mieux rémunérer leurs salariés ne suffira pas à rendre les métiers du grand âge plus attractifs. S'ajoutent en effet un problème d'image et de valorisation de ces métiers,

ainsi qu'un problème d'accès à ces métiers avec des filières qui peuvent parfois mettre des contraintes d'accès à l'exercice de ces emplois (par exemple de la détention d'un diplôme d'aide-soignant et d'un concours de la fonction publique si l'emploi est dans une collectivité publique).

Florence LEDUC

Les aidants sont amenés à effectuer des gestes nécessitant des compétences professionnelles qu'ils ne possèdent pas. Or les services d'aide et d'accompagnement à domicile font face à une désertion de leurs personnels. Une remise à plat est inévitable pour remédier à cette désaffection, en commençant par proposer des emplois à temps complet.

Virginie MAGNANT

Je ne peux que souscrire à l'idée d'une responsabilité partagée entre l'État et les départements, puisque la CNSA est le tiers qui parle aux différents acteurs. Par ailleurs, la décentralisation de la politique de l'autonomie ne saurait être considérée comme un facteur explicatif des disparités, lesquelles préexistent. L'articulation entre le soin et le social doit se faire en promouvant de nouvelles formes de contractualisation. De nouveaux modèles de conventionnement ont ainsi été conçus entre la CNSA et certains départements.

Dominique LIBAULT

Le « pacte de Cahors » visant à encadrer l'évolution des dépenses des départements range sous une même norme les véritables dépenses de fonctionnement et les dépenses d'intervention sociale. Or la maîtrise de la dépense publique doit aussi se faire en tenant compte de la dynamique propre à certaines dépenses. Comment imaginer que les dépenses sociales des départements progressent toutes au même rythme ? Cela reviendrait à figer les hétérogénéités à leur stade actuel, sans tenir compte de l'évolution du vieillissement dans chaque département.

Antoine BOZIO

Disposons-nous aujourd'hui de toutes les données nécessaires pour mesurer l'effet des politiques menées dans chaque département ?

Agnès GRAMAIN

En 2012, nous avons adressé un questionnaire aux 100 départements de France. Après maintes relances, nous avons tout de même pu obtenir 74 retours. Ce questionnaire ayant été renvoyé à l'occasion de l'enquête CARE, nous allons pouvoir mettre les données à jour.

Antoine BOZIO

Comment le département de la Mayenne aborde-t-il les questions relatives à l'offre formelle ?

Nicolas GLIÈRE

Notre département propose une offre en Ehpad supérieure de 27 % à la moyenne nationale. L'objectif n'est pas de créer des Ehpad géants, mais de s'inscrire dans une logique d'organisation à l'échelle intercommunale, en lien avec le domicile. Pour l'heure, il n'existe pas d'accueil de nuit dans le département et très peu d'accueil de jour. Nous avons en outre constaté que la plupart des acteurs (professionnels de santé, familles d'accueil, Ehpad, services d'aide à domicile, etc.) ne se connaissaient pas. L'atomisation du secteur complique l'évolution de l'offre vers un modèle offrant une palette de solutions et favorisant le libre parcours de la personne. En Loire-Atlantique ou en Vendée, le problème est tout autre : l'arrivée massive de personnes au moment où elles prennent leur retraite pose la question du taux d'équipement en Ehpad. L'approche territoriale doit donc être différenciée, en faisant comprendre aux élus intercommunaux que le grand âge n'est pas une question à laisser aux communes, au département, à l'Assurance maladie ou à l'État.

Antoine BOZIO

Les problèmes de recrutement constituent-ils une contrainte forte pour définir l'offre ?

Florence LEDUC

Il est essentiel de travailler à l'élaboration d'un tronc commun de métiers. Les similitudes sont en effet importantes entre les métiers de l'aide à domicile et le métier d'aide-soignant. Des formations complémentaires viendraient se superposer à ce socle pour des prises en charge particulières. Outre la rémunération, le temps complet est également un élément à prendre en compte — seul un temps complet permet de verser une même rémunération chaque mois. Le manque de personnels au domicile et dans les établissements est devenu dramatique.

Antoine BOZIO

Comment favoriser l'offre la plus adaptée aux disparités territoriales et aux spécificités de la prise en charge ?

Dominique LIBAULT

Une offre adaptée passera nécessairement par un découplage entre le sanitaire et le social, sachant que le maintien à domicile répond à une forte demande sociale. Or c'est la coordination entre les différents acteurs qui déterminera la qualité de la prise en charge, coordination qui n'existe pas aujourd'hui. Cette co-construction doit se faire entre les Agences régionales de santé (les ARS) et les départements. Sans prise en charge de qualité, le risque est que les personnes âgées passent plus souvent par les urgences hospitalières, avec le risque de dégradation de la dépendance que cela implique. Une stratégie reposant sur une nouvelle offre intermédiaire permettra de ne pas offrir l'unique choix entre l'isolement chez soi et l'isolement en Ehpad.

Agnès GRAMAIN

Tant que les dispositifs de financement seront cloisonnés, l'appel à la coordination ne sera qu'un vœu pieux.

Virginie MAGNANT

Pour ma part, je suis très frappée de constater que des dispositifs de coordination performants commencent à se faire jour sur les territoires. À cet égard, le dispositif PAERPA et le dispositif MAIA ont appris aux professionnels à travailler ensemble. Les ARS et les conseils départementaux ont commencé à concevoir des stratégies autour de ces professionnels.

CLOTURE

MICHEL YAHIEL, DIRECTEUR DES RETRAITES ET DE LA SOLIDARITE A LA CAISSE DES DEPOTS

Vous avez réussi à casser un certain nombre de silos, au premier rang desquels celui qui sépare habituellement l'académisme et l'action publique. De même, vous avez jeté des ponts entre des politiques publiques qui sont d'ordinaire étudiées de manière étanche — vieillissement, retraite, emploi, santé, fiscalité, etc. À la Caisse des Dépôts, nous aimons comprendre pour entreprendre. Ainsi vaut-il mieux travailler de manière découplée, plutôt que de se poser les questions une fois les dispositifs en place.

Je terminerai en citant Camus, qui a écrit « *Il faut bien que vieillesse se passe* » (Caligula).