

Contexte démographique et économique

On comptait 800 000 personnes âgées en situation de dépendance en 1999, on peut prévoir qu'il y en aura un million à l'horizon 2030. Quel coût représente leur prise en charge et comment sera-t-elle financée ? Par ailleurs, le recours à une main-d'œuvre qualifiée et en quantité suffisante doit être envisagé.

Démographie de la dépendance des personnes âgées

Michel Duée
Chef du Bureau
comptes et prévisions
d'ensemble, Drees
Cyril Rebillard
Chef de la Section
synthèse des
comptes d'agents,
division des comptes
trimestriels, Insee

Au moment de cette étude, les auteurs appartenaient à la division Redistributiv et politiques sociales de l'Insee.

L'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom, ainsi que l'allongement de l'espérance de vie vont conduire à une forte hausse du nombre de personnes âgées : selon les projections de l'Insee¹, la population des 75 ans et plus sera ainsi multipliée par 2 entre 2000 et 2030, pour atteindre 8,4 millions de personnes. Face à ce vieillissement à venir, la question de la prise en charge de la dépendance prend une importance croissante, avec la création de la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997 puis de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002, ainsi que des réflexions sur la prévision des besoins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

1. Les résultats présentés ici s'appuient sur les projections de population de l'Insee publiées en 2001 et basées sur le recensement de la population de 1999. La prise en compte des nouvelles projections de population publiées en 2006 ne modifierait que très marginalement ces résultats.

L'enquête HID

L'enquête « Handicap-incapacité-dépendance » (HID) a visé à établir pour la première fois en France une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps – y compris ceux liés aux atteintes de l'âge –, à décrire leur situation sociale, relever l'aide dont elles bénéficient et permettre l'évaluation de celle qui leur serait nécessaire.

En 1998, la première vague de collecte a concerné les personnes résidant ou soignées dans des institutions sociosanitaires ou psychiatriques. Elle a recueilli les réponses de 14 600 personnes (dont 6 850 personnes de 60 ans et plus). En 1999, la seconde vague a permis de recueillir les réponses de 16 900 personnes vivant à domicile (dont 8 750 personnes de 60 ans et plus). En 2000 et 2001, les mêmes personnes ont été réinterrogées afin d'évaluer les évolutions des situations individuelles.

L'enquête « handicap-incapacité-dépendance » (HID), réalisée de 1998 à 2001 à domicile et en institution, fournit des informations riches sur les personnes dépendantes et leur environnement (cf. ci-contre) qui permettent de faire un état des lieux mais aussi de donner des éléments sur l'évolution de la dépendance dans les années à venir.

800 000 personnes âgées dépendantes en 2000, en majorité des femmes

La dépendance est définie comme le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle n'est pas liée uniquement à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement matériel : ainsi, une personne âgée se déplaçant difficilement sera très dépendante, voire confinée chez elle, si elle habite dans un immeuble sans ascenseur, mais relativement autonome dans le cas contraire.

De nombreuses grilles d'évaluation sont utilisées pour mesurer la dépendance, chacune mettant l'accent sur une approche de la question. Parmi celles-ci, nous retenons la grille Aggir, qui est basée sur l'observation des activités quotidiennes qu'effectue seule la personne âgée et qui prend en compte à la fois la dépendance physique et la dépendance psychique (cf. ci-contre). Plus précisément, on considère qu'une personne de plus de 60 ans est dépendante si elle est classée dans des groupes 1 à 4 de la grille Aggir ; cette définition correspond aux critères de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002 en remplacement de la prestation spécifique dépendance (PSD), et qui vise à prendre en charge une partie des dépenses liées à la dépendance des personnes âgées².

Selon l'enquête HID, on dénombrait 795 000 personnes âgées dépendantes en 1998-1999. Les deux tiers sont des femmes. Cette prédominance des femmes s'explique par deux facteurs : les femmes sont plus nombreuses parmi les personnes âgées et elles sont, à âge égal, plus souvent dépendantes que les hommes (figure 1). Le fait que les femmes rencontrent plus souvent des problèmes de santé se retrouve dans d'autres études (voir par exemple Pérès, Barberger-Gateau [53]). Même lorsque les incapacités sont mesurées par des tests médicaux plutôt que des questionnaires, la différence entre hommes et femmes subsiste, bien qu'elle soit atténuée. Il semble donc que la plus forte dépendance des femmes s'explique d'une part par un état de santé objectivement moins bon, et d'autre part par des différences de déclaration : les femmes seraient plus attentives à leurs problèmes de santé et déclareraient donc plus souvent des incapacités.

2. Le nombre de personnes dépendantes dans l'enquête HID est d'ailleurs proche du nombre de bénéficiaires de l'APA (850 000 fin 2004), même si les données de l'enquête sont des données déclaratives alors que, pour l'attribution de l'APA, c'est une équipe médico-sociale qui est chargée d'évaluer la perte d'autonomie.

La grille Aggir

La grille Aggir (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) est un outil de mesure de l'autonomie, à travers l'observation de 10 activités qu'effectue seule la personne âgée :

- cohérence,
- orientation,
- toilette,
- habillage,
- alimentation,
- élimination,
- transferts,
- déplacements à l'intérieur et à l'extérieur,
- communication à distance.

Elle comprend notamment deux variables qui visent à appréhender l'autonomie mentale (se situer dans le temps, savoir discuter et se comporter de façon cohérente).

Chaque variable a trois modalités :

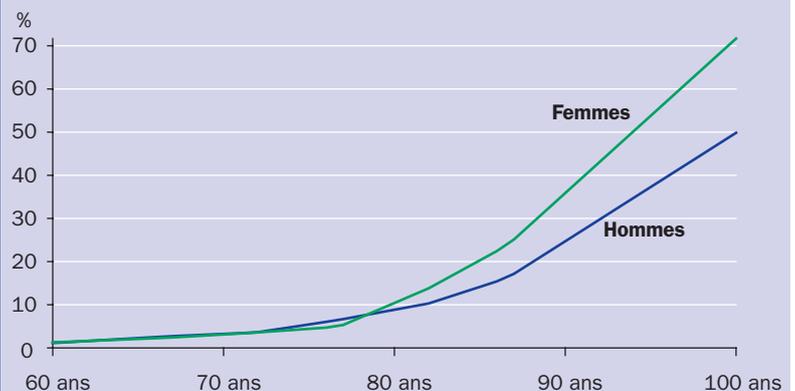
- A : fait seul, totalement, habituellement et correctement
- B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement
- C : ne fait pas

À partir de ces réponses, un algorithme classe les individus en 6 groupes GIR (Groupes iso-ressources) ; au sein d'un même groupe, on peut retrouver des personnes dans des situations disparates, mais qui ont besoin d'un volume d'aide similaire. Le groupe 1 rassemble les individus les plus dépendants, nécessitant la présence permanente d'une aide ; le groupe 6 rassemble les personnes n'ayant besoin d'aucune aide pour les actes discriminants de la vie quotidienne. Les GIR 5 et 6 ont été exclus des systèmes d'aide publique à la dépendance.

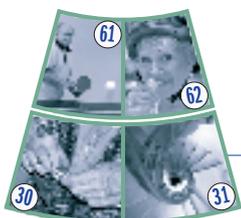
Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans, puis augmente rapidement avec l'âge (figure 1). L'âge moyen des dépendants est de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes. On voit donc que le seuil de 60 ans, retenu dans la définition de la dépendance, est assez conventionnel et ne correspond pas à un âge à partir duquel la dépendance deviendrait particulièrement forte. Cependant, cette limite d'âge peut se justifier parce que c'est celle retenue pour la perception de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et que, pour les personnes de moins de 60 ans, on parle plutôt de handicap, avec comme question supplémentaire le problème de l'insertion sur le marché du travail.

figure 1

Taux de dépendance par âge



Source : Insee, enquête HID 1998-1999.



Les personnes âgées en situation de dépendance

En dehors du sexe et de l'âge, d'autres caractéristiques influent, moins fortement, sur la dépendance. Pour les hommes comme pour les femmes, avoir fait des études longues diminue significativement le risque de dépendance. Cela est cohérent avec le fait que l'espérance de vie croît avec le niveau d'études.

L'enquête HID, réalisée en deux vagues successives, donne également des informations sur le devenir des personnes âgées deux ans après, et permet de mettre en évidence la surmortalité liée à la dépendance. Ainsi, à 80 ans, les personnes dépendantes ont un risque de décès 3,5 fois plus important que les personnes non dépendantes. Cette surmortalité s'atténue cependant avec l'âge, le surcroît de risque à 90 ans n'étant plus que de 1,5.

L'institutionnalisation des personnes dépendantes

Les deux tiers des personnes dépendantes vivent à domicile. Outre le degré de dépendance de la personne, son environnement familial est un déterminant important de l'institutionnalisation. En effet, pour vivre à domicile, les personnes dépendantes doivent bénéficier d'une aide, qui peut être professionnelle ou informelle, l'une et l'autre pouvant se compléter. De nombreuses études, notamment l'enquête HID, montrent que l'aide informelle provient essentiellement de la famille proche : ainsi la présence d'un conjoint, et dans une moindre mesure celle d'enfants, favorisent le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes (figure 2). En conséquence, les femmes âgées, qui vivent moins souvent avec un conjoint que les hommes, sont plus souvent en institution (38 % des femmes dépendantes contre 25 % des hommes dépendants).

Nombre de personnes dépendantes : une augmentation d'un quart entre 2000 et 2030

Les projections du nombre de personnes dépendantes ont été effectuées à l'aide du modèle de microsimulation Destinie (cf. ci-contre). Cela a supposé de faire au préalable des hypothèses sur l'évolution à venir de l'état de santé des personnes âgées. En effet, si l'on considérait que les taux de dépendance resteraient les mêmes que ceux observés lors de l'enquête HID, le nombre de personnes dépendantes atteindrait près de 1,6 million de personnes en 2030. Cependant, les progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie conduiront sans doute à retarder l'apparition de la dépendance, et donc à diminuer les taux de dépendance à chaque âge ; la question est de savoir à quelle vitesse se réalisera cette diminution.

Dans cette étude, nous nous appuyons sur les hypothèses des projections de population de l'Insee, qui prévoient notamment que l'espérance de vie à 60 ans augmentera de quatre ans entre 2000 et 2030. Choisir la vitesse à laquelle l'âge d'apparition de la dépendance se décalera revient à répartir ces quatre années de vie supplémentaires entre durée de vie en dépendance et durée de vie sans dépendance.

Nous avons retenu les trois scénarios suivants :

- Scénario central : le nombre d'années passées en dépendance après 60 ans reste stable, pour les hommes comme pour les femmes. Cela revient à supposer que l'âge moyen d'apparition de la dépendance et la date du décès se décalent au même rythme. Ce scénario aboutit au même nombre de personnes dépendantes qu'une diminution de la prévalence de la dépendance au rythme de 1,3 % par an.
- Scénario pessimiste : la durée de vie en dépendance après 60 ans croît au même rythme que l'espérance de vie à 60 ans. La part de la dépendance dans l'espérance de vie à 60 ans reste donc stable, à 6 % pour les hommes et 10 % pour les femmes ; cela se traduit par une augmentation du nombre moyen d'années passées en dépendance. En nombre de personnes dépendantes,

Le modèle de microsimulation Destinie

Le modèle Destinie (modèle Démographique économique et social de trajectoires individuelles simulées) est constitué, dans la version utilisée pour l'étude de la dépendance, d'un échantillon d'environ 170 000 individus, représentatif de la population de France métropolitaine. La période de projection commence en 1998 et le devenir des individus est simulé jusqu'en 2040.

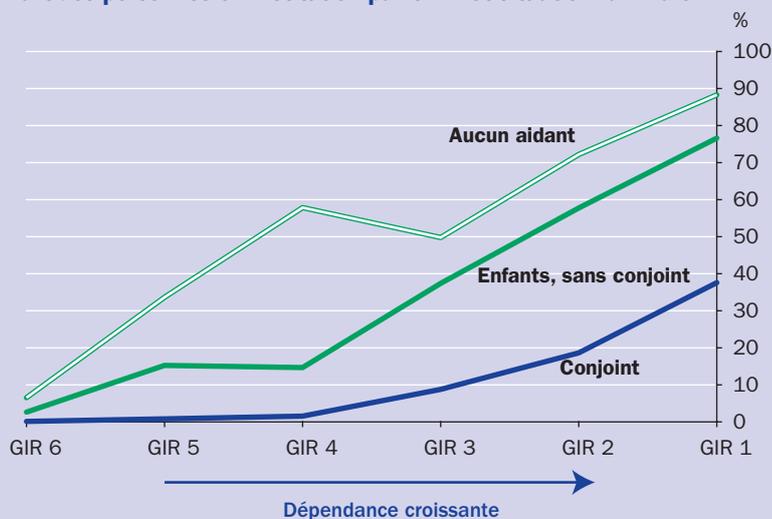
Chaque année, le modèle simule un grand nombre d'événements démographiques (naissances, décès, mises en couple et ruptures) qui se réalisent de façon aléatoire, conditionnellement à un

certain nombre de variables. Destinie permet ainsi d'obtenir une image de la structure de la population par sexe, âge et type de famille.

L'introduction de la dépendance dans le modèle Destinie nécessite d'imputer un état de dépendance aux personnes présentes dans la base initiale, de simuler chaque année des transitions entre états de dépendance et de prendre en compte la surmortalité des personnes dépendantes. Les probabilités correspondant à ces différents événements sont définies à partir d'équations estimées grâce aux données de HID.

figure 2

Part des personnes en institution par GIR4 et situation familiale



Source : Insee, enquête HID 1998-1999.

il équivaut à une diminution de la prévalence de 0,8 % par an. Ce scénario peut être qualifié « d'extension de la morbidité », puisqu'une partie des années de vie supplémentaires seraient alors des années de vie avec incapacité. Cela revient à supposer que, sous l'effet des progrès techniques et médicaux, ainsi que de l'amélioration des conditions de vie, l'âge moyen de décès se décalera plus vite que l'âge d'entrée en dépendance.

● Scénario optimiste : le nombre d'années passées en dépendance après 60 ans diminue ; ce scénario correspond à l'hypothèse de « compression de la morbidité ». En nombre de personnes dépendantes, il équivaut à une diminution de la prévalence de 1,7 % par an. Ce scénario prévoit un nombre de personnes dépendantes en 2010 égal au nombre de 2000 (cf. *infra*) ; il semble donc peu plausible, mais il peut correspondre à une borne inférieure pour l'évolution possible dans les années à venir.

Les données disponibles pour la France, et notamment l'étude de Robine et Mormiche [60], conduisent à privilégier comme scénario central le maintien de la morbidité. Les auteurs notent que le scénario le plus probable au vu des évolutions récentes est celui de compression de la morbidité sur l'ensemble de la vie. En revanche, à partir de 65 ans, on observe plutôt une stabilité de la durée de vie avec incapacité.

À l'inverse, Pérès et Barberger-Gateau [53] observent une importante progression de l'autonomie au cours des dix dernières années pour les personnes entre 75 et 84 ans, qui va « dans le sens de la théorie de la compression de la morbidité ». Cette étude, basée sur le panel Paquid (Personnes âgées quid ?) représentatif de la population de 65 ans et plus, en Dordogne et Gironde, ne concerne cependant que les personnes à domicile et les auteurs notent qu'« une entrée en institution massive des sujets les plus dépendants [pourrait] faire diminuer la prévalence des sujets dépendants au domicile ».

Ce choix de privilégier le scénario de maintien de la morbidité semble confirmé par les évolutions observées récemment Cambois [24], note ainsi « une compression de la période passée avec des incapacités sévères » et « une stagnation, voire une légère expansion, du temps vécu avec des difficultés plus courantes que déclarent les personnes ». Cependant, si des données sont disponibles sur l'évolution passée de la dépendance physique, qui permettent de se projeter dans l'avenir, il existe une forte incertitude quant à l'évolution à venir de la dépendance psychique, phénomène pris en compte trop récemment. Le parti pris que nous avons retenu, c'est-à-dire prolonger ce qui a été observé par le passé sur la dépendance physique, revient à supposer que, dans les années à venir, les progrès sur les dépendances physique et psychique seront comparables.

Dans le scénario central, le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 26 % entre 2000 et 2030, où il atteindrait 1 037 000. Ce chiffre varie entre 940 000 et 1,23 million de personnes dépendantes selon le scé-

nario. Dans tous les cas, l'augmentation deviendrait plus rapide à partir de 2030 (figure 3) : c'est en effet vers cette date que les générations du baby-boom atteindront 80-85 ans, âge où la dépendance est forte. Avant cela, une première augmentation s'amorcerait en 2005, à un rythme nettement moins soutenu ; elle correspond à l'entrée en dépendance des générations 1920 à 1940 en remplacement des générations précédentes qui sont moins nombreuses (notamment les classes creuses nées pendant la Première Guerre mondiale).

En 2040, comme aujourd'hui, les femmes représenteront un peu plus des deux tiers des personnes dépendantes. La comparaison des pyramides des âges en 2000 et 2030 des personnes âgées dépendantes (figure 4) montre à la fois l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et l'âge plus tardif

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 69.

figure 3

Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes

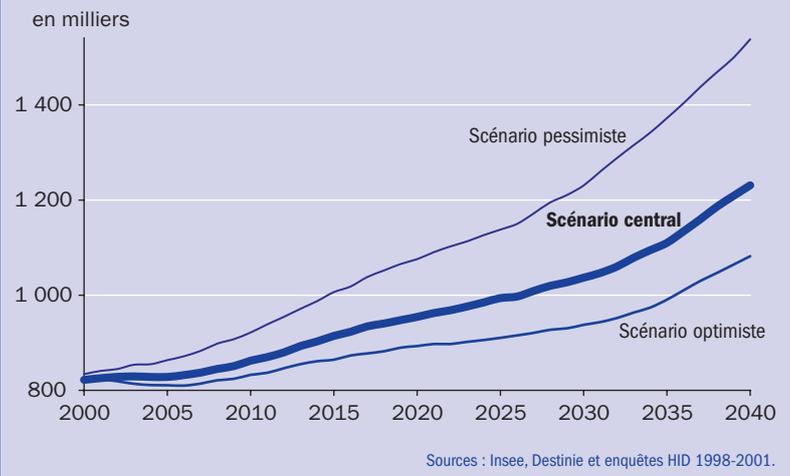
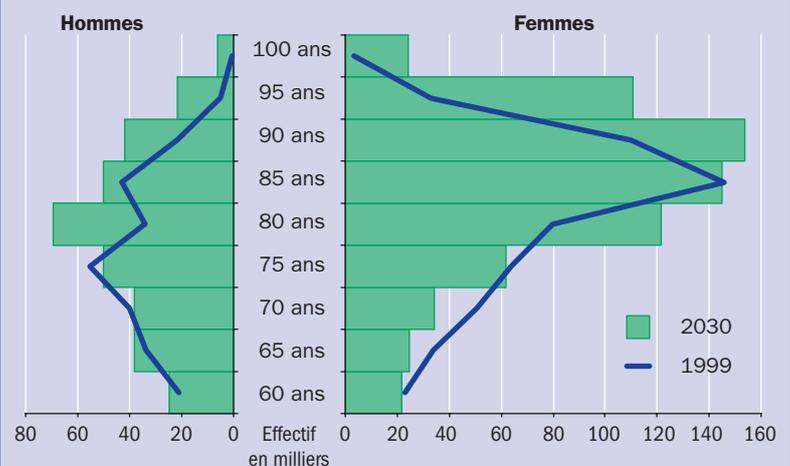
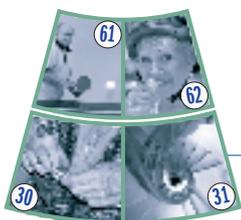


figure 4

Pyramide des âges, effectifs des personnes dépendantes par groupes d'âge quinquennal





Les personnes âgées en situation de dépendance

de l'entrée en dépendance³. À âge donné, l'évolution du nombre de personnes dépendantes résulte de la diminution du taux de dépendance et du renouvellement des générations (en 2030, les générations du baby-boom auront entre 55 et 85 ans). Avant 80 ans, c'est la diminution de la dépendance qui l'emporte, surtout chez les femmes, ce qui aboutit à une baisse du nombre de dépendants. Après 80 ans, c'est l'effet génération qui est prédominant, ce qui explique la nette augmentation du nombre des personnes dépendantes aux âges élevés.

L'âge moyen des personnes dépendantes augmenterait nettement entre 2000 et 2030, passant de 78 à 80,5 ans pour les hommes, et de 83 à 86,5 ans pour les femmes. Cette augmentation s'explique tout d'abord par l'augmentation de plus d'un an de l'âge moyen de l'ensemble des personnes de 60 ans et plus (de 71 à 72,5 ans pour les hommes, et de 73 à 74 ans pour les femmes). L'augmentation des âges moyens des dépendants est supérieure à celle liée au simple vieillissement de la population en raison du décalage des taux de dépendance vers les âges plus élevés.

La durée vécue en dépendance est très variable selon les individus

L'utilisation de la microsimulation permet d'aborder la question de la dépendance aussi au niveau individuel, en suivant les trajectoires des individus. Il est ainsi possible de suivre les personnes tout au long de leur cycle de vie et de calculer le nombre d'années vécues en dépendance. En effet, tant pour les individus eux-mêmes qu'en termes de politiques publiques de prise en charge de la dépendance, il n'est pas du tout équivalent d'avoir une dépendance courte pour toutes

les personnes de la population, ou une dépendance ne touchant qu'une partie de cette population mais pendant des périodes longues.

Nous suivons ici les trajectoires des personnes nées entre 1940 et 1954, de leur 60^e anniversaire jusqu'au décès. Parmi les personnes de ces générations qui atteignent l'âge de 60 ans, 41 % connaîtront au moins une année de dépendance (dans le scénario central). Les hommes sont nettement moins touchés que les femmes (29 % contre 52 %). Pour les personnes concernées par la dépendance, la durée moyenne est de 4,4 années (3,7 pour les hommes et 4,7 pour les femmes).

Les durées longues en dépendance sont rares : seuls 6 % des hommes et 16 % des femmes vivent plus de 5 ans en dépendance (parmi les seules personnes concernées par la dépendance, ces proportions sont respectivement de 21 % et 31 %). Les différences entre hommes et femmes s'expliquent par la plus longue espérance de vie des femmes et leur prévalence plus forte à la dépendance.

La microsimulation permet également d'étudier l'influence de certaines caractéristiques individuelles, comme le niveau d'études, sur l'état de dépendance et sa durée. Chez les hommes comme chez les femmes, le niveau d'études a deux effets opposés sur la probabilité de connaître la dépendance avant de décéder. D'une part, les personnes ayant fait des études ont une espérance de vie plus longue (ce qui augmente la probabilité de connaître la dépendance). D'autre part, elles font face à des niveaux de dépendance plus faibles à âge donné (surtout chez les hommes).

Au total, le second effet l'emporte chez les hommes : ceux qui ont fait des études connaissent moins souvent la dépendance (26 % contre 31 %). Chez les femmes, c'est le premier effet qui l'emporte : celles ayant fait des études connaissent plus souvent la dépendance (57 % contre 48 %). 

3. Dans la suite de cet article, et sauf indication contraire, les données indiquées concerneront le scénario central.

Le compte de la dépendance en perspective

Stéphane Le Bouler
Chargé de mission,
Centre d'analyse
stratégique

Dresser un compte de la dépendance, comme il en existe dans le domaine du handicap, est difficile : cela tient à la définition du périmètre des bénéficiaires ou des prestations, à la reconstitution de certaines dépenses ou de certains concours, à l'identification des bénéficiaires.

Veut-on établir le compte de la dépendance ou celui des ressources publiques affectées à une catégorie de population, non assimilables par destination à un objectif de prise en charge de la dépendance ? C'est un des problèmes que la Cour des comptes s'emploie à traiter (dans son rapport de novembre 2005 [7]), nonobstant la difficulté à isoler dans les dépenses ce qui revient en propre aux personnes de plus de 60 ou

75 ans identifiables comme dépendantes. Peut-on, en particulier, isoler dans les dépenses de ville ou d'hospitalisation, hors dépenses fléchées, ce qui relève de la prise en charge de la dépendance ? Dans quel but au fond tenter cette extraction ? Pour mesurer les effets de report du médico-social sur le sanitaire ? Pour évaluer des gisements d'économies latentes ?

En tout état de cause, la vocation principale d'un compte approché de la dépendance est sans doute avant tout de pouvoir mesurer la contribution des différents financeurs. Cela suppose de ne pas s'arrêter au compte des dépenses publiques et donc de prendre en considération la participation des usagers. L'intérêt est surtout, mais la difficulté est grande, de mesurer

l'évolution à venir du compte en fonction des effectifs de population concernés dans les différents segments de prise en charge et en fonction de mesures nouvelles. Il est aussi, à partir de là, de mesurer l'effort contributif attendu des différents acteurs.

État du compte de la dépendance selon le rapport de la Cour

Dans son rapport, la Cour des comptes a rassemblé dans trois tableaux distincts :

- les dépenses spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées (environ 4 milliards d'euros),
- les dépenses non spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance mais bénéficiant quasi exclusivement à des personnes âgées dépendantes et à celles en institution (près de 11,4 milliards d'euros),
- les autres dépenses consacrées aux personnes âgées.

Nous reprenons cet ensemble de données dans le tableau 1 (page 26) en trois compartiments superposés¹.

Évaluation du « scénario du libre choix » du Centre d'analyse stratégique

Dans son rapport rendu public en juin 2006 [9], le Centre d'analyse stratégique a décrit un scénario cible aux échéances 2010, 2015 et 2025, susceptible de rendre compte de l'objectif de libre choix des personnes en perte d'autonomie. Ce scénario, fondé sur une forte croissance des dispositifs de soutien à domicile et sur le renforcement qualitatif de l'accueil en établissement (progression des taux d'encadrement, diversification et restructurations), a été évalué au titre des « mesures nouvelles » qu'il prévoit, essentiellement à travers les coûts en personnels et les coûts d'investissement.

Les coûts en personnels

Dans l'hypothèse d'une progression rapide des taux d'encadrement en établissement, la période 2005-2010 est marquée par un effort particulièrement soutenu pour les établissements : le taux de croissance annuelle des coûts de personnel est de 7,9 % pour les établissements et de 4,6 % pour les aides à domicile. Les priorités s'inversent pour la période 2010-2025 (respectivement 2,4 % et 6,2 %).

À ces dépenses de personnels consacrées à la prise en charge de personnes dépendantes, il faudrait ajouter les coûts liés à l'aide à domicile dispensée aux personnes non dépendantes : selon la même logique d'évaluation, ces dépenses s'élèveraient respectivement à 2 422 millions d'euros en 2005, 2 942 millions d'euros en 2010, 3 381 millions d'euros en 2015 et 5 359 millions d'euros en 2025.

Rapportées à la trajectoire prévue du produit intérieur brut (PIB) de la France, cet ensemble de dépenses représente un effort de la nation d'environ 1,1 % du PIB en 2010, 1,2 % en 2015 et 1,5 % en 2020 (tableau 2).

tableau 2

Poids des dépenses en faveur de l'autonomie des personnes âgées dépendantes dans le PIB (dans l'hypothèse d'une croissance rapide et soutenue du taux d'encadrement en établissement)

2005	2010	2015	2025
0,94 %	1,17 %	1,29 %	1,55 %

Projections PIB : Commission européenne — Calculs : Centre d'analyse stratégique.

Cet effort conséquent n'est pas insurmontable pour autant que soient engrangées par ailleurs des économies (exemple des dépenses de médicament), que les mécanismes de régulation permettent de contenir strictement les dépenses et qu'une partie substantielle des ressources nouvelles consacrées aux dépenses de personnel dans le secteur médico-social soit gagée sur des redéploiements à partir de l'enveloppe hospitalière.

Les coûts d'investissement

Les besoins globaux de financement liés à l'investissement (création de places nouvelles dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) + création de places d'accueil temporaire + restructurations²) peuvent être estimés, sur la période 2006-2025, dans une fourchette entre 14 156 millions d'euros HT et 29 219 millions d'euros HT.

Si l'on s'attache plus spécifiquement à la période 2006-2010, ces besoins se situent dans une fourchette entre 2 941 millions d'euros HT et 5 923 millions d'euros HT.

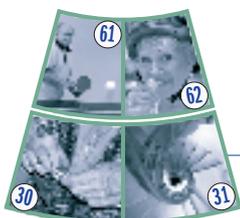
Les coûts par financeur

Sur les deux programmes essentiels en termes de qualité de la prise en charge (restructurations et progression de l'encadrement en établissement), le rapport propose de faire évoluer les clés de financement : cela concerne les coûts de l'animation en établissement d'une part, la participation (sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie — Ondam) aux coûts des restructurations d'autre part. L'évaluation par financeur est donc donnée avec ces nouvelles clefs de répartition et dans le périmètre indiqué plus haut (celui des « mesures nouvelles » préconisées par le rapport) (tableau 3).

S'agissant des dépenses de l'assurance maladie, de la compensation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prise en charge sur l'Ondam du coût des restructurations, le bilan est donné par le tableau 4. 

1. Nous renvoyons le lecteur au rapport de la Cour pour l'analyse des sources et l'explicitation des limites d'évaluation de chaque rubrique.

2. Deux hypothèses ont été formulées : 150 000 et 300 000 restructurations lourdes.



Les personnes âgées en situation de dépendance

tableau 1

Dépenses en faveur des personnes âgées, consacrées spécifiquement ou non à la prise en charge de la dépendance (en millions d'euros)	Domicile	Institution	Domicile ou institution	Total
Dépenses spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées				
Aide sociale départementale				
<i>APA (Drees et DGCP)</i>	2 119	1 091		3 210
<i>PSD (Drees)</i>	97	22		119
<i>ACTP (Odas)</i>	100	10		110
Majoration pour tierce personne	212			212
Dépenses fiscales ciblées sur les personnes de plus de 60 ans dépendantes	86	94	93	273
Exonérations de charges sociales pour les bénéficiaires de l'APA (Acosse-assurance maladie)	241			241
Total 1	2 855	1 217	93	4 165
Dépenses non spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance mais bénéficiant quasi exclusivement à des personnes âgées dépendantes et à celles en institution				
Aide sociale départementale				
<i>Aide ménagère légale (Drees)</i>	126			126
<i>Aide sociale à l'hébergement (Odas)</i>		900		900
FMAD	16			16
Dépense de l'État — CLIC, Coderpa, association			19	19
Prestations d'assurance maladie				
<i>SSIAD (DHOS)</i>	763			763
<i>Ehpad y compris USLD (DHOS)</i>		4 729		4 729
<i>Soins de ville (Cnamts)</i>			2 330	2 330
<i>Hospitalisation (Cnamts)</i>			1 612	1 612
Sous-total prestations d'assurance maladie	763	4 729	3 942	9 434
Action sociale des caisses de retraite				
<i>Aide ménagère</i>	374			374
<i>Aides au maintien à domicile (caisses de retraite)</i>	22			22
<i>Aménagement du logement (caisses de retraite)</i>	45			45
<i>Aides non ventilées</i>			67	67
Sous-total action sociale des caisses de retraite	441		67	508
Prestations des caisses d'allocations familiales				
<i>APL ALS personnes à domicile dépendantes</i>	41			41
<i>APL ALS personnes hébergées (CNAF)</i>		306		306
Aides à l'amélioration de l'habitat de l'ANAH	29			29
Total 2	1 416	5 935	4 028	11 379
Autres dépenses consacrées aux personnes âgées				
Dépenses nettes de fonctionnement pour les personnes âgées				
<i>Communes et CCAS (DGCP)</i>			219	219
<i>Département</i>			Nd	
Prestations des caisses d'allocations familiales : ALF, APL, ALS aux personnes de 75 ans et plus non hébergées en foyer	512			512
Dépenses fiscales bénéficiant aux personnes de 60 ans ou plus dépendantes ou non			> 6 485	> 6 485
Exonérations de charges sociales				
<i>pour les personnes de plus de 70 ans et les bénéficiaires de l'avantage vieillesse</i>	321			321
<i>pour les associations agréées, les CCAS et les services habilités à l'aide sociale</i>	317			317
Dépenses d'assurance maladie consacrées aux personnes de plus de 75 ans a priori non dépendantes				
<i>Soins de ville</i>			7 800	7 800
<i>Hospitalisation</i>			9 400	9 400
Action sociale des caisses de retraite : aides diverses			177	177

Source : Cour des comptes.

tableau 3

Évaluation brute des coûts de personnel par financeur dans l'hypothèse d'une croissance rapide et soutenue du taux d'encadrement en établissement (en millions d'euros, hors inflation)

	2005	2010	2015	2025
Domicile — coût par financeur				
Assurance maladie*/CNSA	1 659	2 183	2 906	4 714
APA	2 249	2 715	3 921	7 240
Usagers dépendants	397	479	692	1 278
Établissement — coût par financeur				
Assurance maladie/CNSA	3 740	6 576	7 912	9 975
APA	1 452	2 146	2 496	3 050
Résidents	4 014	4 727	5 270	6 249
Total	13 511	18 827	23 197	32 506
Coût par financeur				
Assurance maladie*	5 398	8 759	10 818	14 689
Départements : dépenses d'APA nettes de compensation	2 369	3 111	4 107	6 586
Compensation CNSA	1 332	1 750	2 310	3 705
Usagers	4 411	5 206	5 962	7 527
Total	13 511	18 827	23 197	32 506

Calculs : Centre d'analyse stratégique.

* La contribution de l'assurance maladie ne concerne ici, par construction, que les dépenses liées aux personnels salariés des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou des établissements, à l'exception des infirmières libérales intervenant à domicile (seule dépense prise en compte sur les soins de ville). Les autres honoraires pris en charge sur les soins de ville ne sont pas considérés ici, de même que d'autres dépenses, telles que les médicaments, qu'ils soient pris en charge au titre du tarif global en établissement ou remboursés par l'assurance maladie.

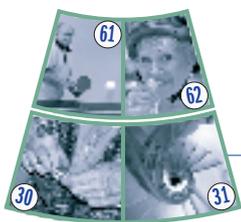
tableau 4

Évolution globale brute des coûts assurance maladie – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)¹ en millions d'euros constants

	2005	2010	2015	2025
Dépenses d'assurance maladie (personnels) + compensation CNSA	6 730	10 509	13 128	18 394
Dépenses de restructurations prises en charge à 25 %				
– Hypothèse basse de restructurations	350	109	126	169
– Hypothèse haute de restructurations	350	261	302	406
Total	7 080	10 618	13 254	18 563
		10 730	13 430	18 800

Calculs : Centre d'analyse stratégique.

1. Comme indiqué précédemment, le périmètre est restreint : il ne recouvre pas l'intégralité de l'Ondam médico-social personnes âgées. En dehors de cette enveloppe, ne sont prises en compte que les dépenses de personnels en USLD et les seules dépenses de soins de ville des infirmières libérales.



Les métiers de la prise en charge du grand âge : quels enjeux ?

Marc-Antoine Estrade

Mission prospective des métiers et qualifications, Centre d'analyse stratégique

Entre 2005 et 2015, le nombre de personnes âgées de 70 ans et plus devrait augmenter lentement de 0,9 % par an en moyenne annuelle. La grande majorité de ces personnes ne nécessitent pas d'aide particulière pour les actes de la vie quotidienne et les projections communes de la Drees et de l'Insee sur les personnes âgées dépendantes montrent que le nombre de personnes classées en GIR 1 à 4¹ atteindrait un peu plus d'un million en 2015, soit une progression beaucoup plus faible que la population de personnes âgées en général.

Besoins des personnes âgées et besoins en personnel

Il faut noter toutefois, qu'au-delà de l'horizon de projection, en particulier dans les années 2025-2030, la situation changera radicalement avec l'arrivée des générations du baby-boom aux âges où apparaissent généralement les premiers signes de dépendance.

Plus la personne âgée est dépendante et plus elle est conduite à quitter un logement ordinaire pour être hébergée dans un établissement. Ainsi, en 2004, les deux tiers des personnes âgées les plus dépendantes habitent en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée (USLD) (tableau 1).

En évolution, toutefois, on constate que le degré moyen de dépendance des personnes âgées en établissement s'est fortement accru, traduisant un maintien prolongé à domicile. Ce maintien dépend fortement de l'environnement familial : plus de 80 % des personnes âgées très dépendantes sont hébergées en établissement si elles n'ont pas de conjoint ou l'ont perdu, alors que

1. L'évaluation de la dépendance se mesure sur la base d'une grille nationale dénommée Aggir — Autonomie gérontologie, groupe iso ressource). Cette grille d'évaluation permet de répartir les degrés de la dépendance en six groupes, appelés GIR (« groupe iso ressource »).

les deux tiers d'entre elles résident dans un logement ordinaire si leur conjoint est encore vivant.

Le désir des personnes âgées est très largement de pouvoir rester dans leur domicile le plus longtemps possible. Ce maintien n'est toutefois possible que si des services d'aide à domicile, qu'ils relèvent de l'aide aux actes de la vie quotidienne (ménage, se lever, aide aux repas, à l'hygiène, etc.), mais aussi les services de soins, sont disponibles et viennent compléter ou pallier les aides apportées par l'entourage familial. On peut ainsi remarquer que le nombre d'heures d'aide à domicile apportée dans le cadre de l'APA aux personnes isolées est aujourd'hui largement insuffisant pour permettre de compenser la dépendance de ces personnes [9]. Ce maintien à domicile passe aussi par le développement de nouvelles formes d'établissements, plus ou moins médicalisés, permettant un accueil de jour ou un hébergement temporaire. De telles solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement sont un moyen de soulager la tâche des aidants.

Ainsi, les établissements d'hébergement continueront à jouer un rôle important pour les personnes les plus dépendantes, dont l'isolement ou la fatigue de l'entourage ne leur permet plus de rester chez elles. Toutefois, les taux d'occupation et l'existence de listes d'attente montrent une certaine pénurie de places disponibles en établissement, du moins sur certains territoires. Par ailleurs, l'épisode de la canicule de l'été 2003 a mis en évidence l'inadaptation d'une partie du parc, que ce soit en termes d'équipement des locaux ou de taux d'encadrement. Ces situations se traduisent aussi par des conditions de travail dégradées pour le personnel.

Les hypothèses retenues en matière d'évolution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes sont décrites en détail dans le rapport du Centre d'analyse stratégique [9]. On peut les résumer ainsi :

tableau 1

Hébergement des personnes en 2004 selon le niveau de dépendance

GIR 1-2	Confinées au lit ou déments déambulants	67 % en établissement*
GIR 3-4	Nécessitent de l'aide pour leurs transferts, pour la toilette, l'habillage, la préparation des repas	35 % en établissement
GIR 5-6	Autonomes dans les actes essentielles de la vie quotidienne ou nécessitant une aide ponctuelle	1 % en établissement

Source : Drees, Insee, calculs Centre d'analyse stratégique.

* En maison de retraite ou en unités de soins de longue durée.

● Le nombre de places en maisons de retraite et en USLD continuerait à progresser légèrement jusqu'en 2010 (figure 1) afin de limiter les situations de pénurie. La proportion de personnes âgées très dépendantes parmi les personnes hébergées continuerait à augmenter. Parallèlement, un certain nombre d'établissements se restructureraient et pourraient se transformer en établissements peu médicalisés ou en accueil de jour ou d'hébergement temporaire.

● Les taux d'encadrement en établissement progresseraient substantiellement, à la fois sous l'angle d'une augmentation du nombre de personnels soignants, mais aussi d'aides médico-psychologiques (AMP) et de personnels d'animation.

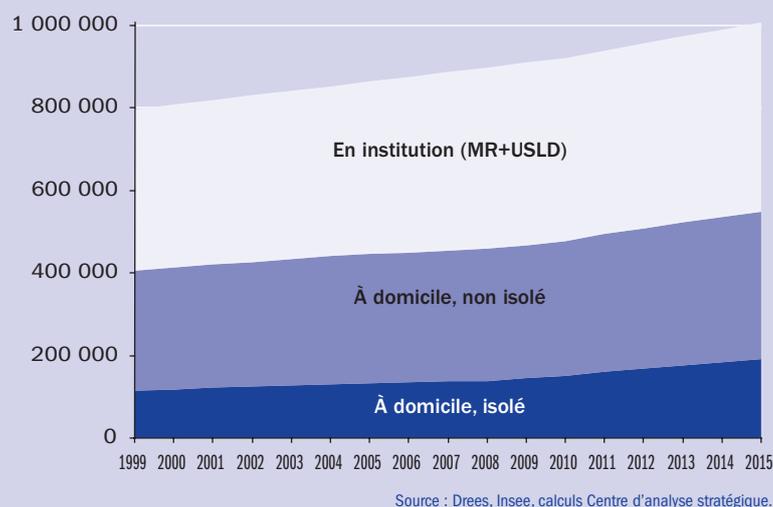
● Le nombre d'heures distribuées au titre de l'APA augmenterait, particulièrement pour les personnes moyennement dépendantes et les personnes âgées isolées.

● Le nombre de places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) progresserait fortement et un tiers des personnes âgées dépendantes à domicile pourraient bénéficier à terme de ces services.

Les personnels de la prise en charge du grand âge
Les personnels de la prise en charge des personnes âgées seront en forte hausse, tant en volume qu'en rythme annuel. Cette évolution concernera aussi bien les personnels intervenant à domicile, en particulier les

figure 1

Situation des personnes âgées dépendantes



aides à domicile, que les salariés des établissements pour personnes âgées, notamment les AMP et les aides-soignantes (tableau 2).

Ces besoins de personnels représenteront près de 15 % des créations nettes d'emplois dans les dix années qui viennent [27].

tableau 2

Prévision des effectifs des personnels de prise en charge du grand âge

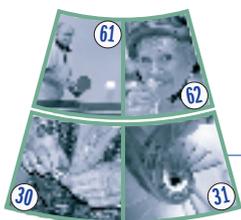
Métiers	Effectifs 2015	Créations nettes	Taux de croissance annuelle
Employés de maison ¹	57 200	6 700	1,3 %
Aides à domicile, aides ménagères, auxiliaires de vie sociale	390 300	104 300	3,2 %
Agents de service en EPA*	124 000	14 900	1,3 %
Aides-soignantes à domicile	32 700	14 000	5,8 %
Aides-soignantes en EPA (AMP)	97 900	17 500	2,0 %
Aides médico-psychologiques	55 400	20 100	4,6 %
Infirmières à domicile ²	25 300	5 800	2,6 %
Infirmières en EPHA	30 400	4 700	1,7 %
Personnel éducatif, social et d'animation en EPHA	27 300	9 500	4,4 %
Ensemble	840 400	197 600	2,7 %

Source : Centre d'analyse stratégique.

* : EPA : établissement pour personnes âgées, soit l'ensemble des établissements d'hébergement, peu ou fortement médicalisés, ainsi que les accueils de jour, mais hors services de soins infirmiers à domicile.

1. La distinction entre une employée de maison et une aide à domicile est opérée à partir de la description faite par l'intéressée de son activité : ainsi, une personne déclarant faire le ménage chez une personne âgée sera classée en employée de maison ; si elle dit aider une personne âgée pour son ménage, elle sera classée en aide à domicile.

2. Les infirmières libérales sont comptabilisées dans cette catégorie au prorata du temps passé auprès des personnes âgées dépendantes à domicile. Il est toutefois vraisemblable que les formes d'interventions à domicile des infirmières prendront plus souvent qu'actuellement la forme du salariat, avec le développement de structures itinérantes de soins (SSIAD, soins de suite, hospitalisation à domicile, équipes itinérantes liées à un EPHA, etc.).



Les personnes âgées en situation de dépendance

Professionaliser le secteur et les personnes : un enjeu majeur pour éviter les difficultés de recrutement

La concurrence entre les secteurs pénalisera l'aide à domicile : comment construire l'attractivité de ces métiers ?

Les métiers d'aide aux personnes âgées risquent d'être confrontés à des difficultés majeures de recrutement dans les années qui viennent. Cette situation sera rendue d'autant plus sensible que tous les secteurs d'aide aux personnes fragiles vont avoir de nombreux postes à pourvoir au même moment et sur des métiers proches (tableau 3).

Cette situation conduira à de fortes concurrences entre secteurs de l'aide, comme entre les différents types d'employeurs : particulier, associatif, privé commercial, fonction publique hospitalière et territoriale.

Parce qu'ils offrent une meilleure sécurité de l'emploi, les postes de la fonction publique hospitalière ou territoriale (CCAS : centre communal d'action sociale) seront vraisemblablement les plus attractifs. Les postes dans les maisons de retraite pourraient, eux, connaître des difficultés si les situations de sous-effectif perdurent. Par ailleurs, les postes d'aides-soignantes à domicile seront en concurrence directe avec les postes en maisons de retraite ou à l'hôpital.

Mais ce sont surtout les métiers de l'aide à domicile qui risquent d'être les plus difficiles à pourvoir, car les postes ouverts se trouveront en concurrence avec d'autres métiers plus attractifs, comme les métiers de la petite enfance, les assistantes maternelles, les postes d'agent d'entretien en établissement et, éventuellement, les postes d'aides-soignantes.

Enfin des difficultés spécifiques sont à craindre pour les aides à domicile. Elles sont en effet massivement recrutées parmi les femmes de 40 ans et plus, sans diplôme et reprenant une activité après être restées longtemps inactives, généralement pour élever leurs enfants. Or, dans les années qui viennent, ce vivier

traditionnel de recrutement va largement diminuer, d'une part parce que les générations de femmes sont de plus en plus diplômées, d'autre part parce que les interruptions d'activité sont de plus en plus courtes.

Les secteurs de l'aide à domicile connaissent des comportements de fuite des salariés en place vers ces autres secteurs, particulièrement en milieu urbain [65]. L'enjeu central dans les années à venir sera, pour les employeurs et pour les acteurs en charge de la régulation du secteur, de construire l'attractivité de ces métiers. Cela passera par une réflexion approfondie sur l'organisation du travail et sur la structuration de l'offre de services afin de limiter les trois principales raisons de ce manque d'attractivité : les conditions de travail et l'isolement des salariés, les faibles durées du travail et donc de rémunération et, enfin, le manque de perspectives de carrière.

Professionaliser l'encadrement intermédiaire pour améliorer les conditions de travail, limiter l'isolement et valoriser les compétences des salariés en contact avec les personnes fragiles

Toutes les études qualitatives mettent en avant l'isolement des salariés de l'aide à domicile. Ce sont ces salariés en contact qui doivent gérer seuls les conflits qui surviennent avec les personnes fragiles dont ils s'occupent ou avec l'entourage familial. Bien évidemment, cette situation est d'autant plus problématique que la personne est employée directement par un particulier ou par mandatement², situation qui reste actuellement majoritaire (tableau 4).

Mais même au sein des organismes prestataires, les faiblesses quantitatives et qualitatives de l'encadrement intermédiaire ne permettent pas de limiter cet isolement. Cet encadrement intermédiaire est en effet débordé par la constitution et le suivi des dossiers de prise en charge et par la gestion des calendriers et des rempla-

2. Le statut du mandatement consiste, pour l'usager, à être juridiquement l'employeur, l'organisme mandataire s'occupant de la sélection et des démarches administratives moyennant une commission.

tableau 3

Postes à pourvoir selon les secteurs d'aide à la personne

Intitulés	Postes à pourvoir	dont métiers de la petite enfance	dont métiers du handicap	dont métiers du grand âge
Employées de maison	162 000	14 400		20 700
Assistants maternelles et aides à domicile	383 400	158 100	44 100	170 200
Nettoyeurs et agents de services	378 100	4 000	20 900	45 600
Aides-soignants et assimilés	257 900	17 100	10 000	83 000
Infirmières et assimilés	201 000	3 700	2 400	22 800
Professionnels de l'action sociale	149 200	6 700	37 000	12 200

tableau 4

Répartition des heures d'aide à domicile pour les personnes âgées de 70 ans et plus

Prestataire	46 %
Mandataire	18 %
Gré à gré	36 %

Sources : Insee, Dares, Drees, Acoess, Ircem, calculs Centre d'analyse stratégique.

cements. Par ailleurs, au sein des petites structures, il n'existe généralement pas de compétences en gestion des ressources humaines. De ce fait, l'encadrement n'a pas le temps d'organiser des temps collectifs pour permettre aux intervenantes de se retrouver entre elles, et encore moins d'assurer l'interface régulière avec la personne aidée et de faire un suivi régulier de l'activité des salariés en contact.

Le manque de temps collectif et la faiblesse de l'encadrement sont très nettement des freins à la construction de repères professionnels, à la professionnalisation des interventions des aides à domicile et donc, *in fine*, à la qualité des prestations. Le plan de développement des services à la personne a fortement innové dans ce domaine en imposant depuis décembre 2005 aux structures intervenant auprès des personnes fragiles que : « *Les intervenants (à domicile) sont soutenus et accompagnés dans leur pratique professionnelle par différents moyens tels que la formation, les réunions d'échanges de pratiques, les entretiens individuels* » (article 34 du cahier des charges).

Augmenter la durée du travail en jouant sur l'intégration et la diversification des activités

Le métier d'aide à domicile n'est pas un métier rémunérateur, non seulement parce que le salaire horaire est faible, généralement au niveau du SMIC, mais surtout parce que la durée du travail y est faible. En 2002, la durée moyenne de travail est de 23,7 heures par semaine en cumulant l'ensemble des employeurs s'il y en a plusieurs.

Il est toutefois difficile d'organiser des temps pleins dans l'aide à domicile. En effet, les besoins des personnes âgées se concentrent généralement le matin, où elles ont besoin d'aide pour se lever, faire leur toilette, etc., ce qui ne permet pas d'organiser des semaines complètes de travail. Une solution passe alors par l'intégration, au sein d'une même structure, d'activités différentes en jouant sur la polyvalence des salariés. C'est, par exemple, une association qui enverra des salariés à domicile le matin et organisera l'après-midi des sorties collectives avec les personnes âgées.

Cette diversification des activités peut ainsi permettre de construire des temps pleins pour les salariés. Elle présente surtout la possibilité d'offrir un service plus complet et mieux intégré aux personnes fragiles, évitant

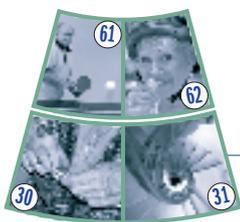
ainsi que les tâches de coordination des différentes aides reposent sur les seules familles ou sur les personnes aidées [9]. Les types d'intégration et de diversification sont encore à inventer. Ils peuvent prendre la forme des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad, créés en 2005). Ils pourraient prendre aussi la forme d'une palette de services proposés par un établissement d'hébergement, directement ou dans le cadre d'un partenariat au niveau local. D'autres formules pourraient exister comme celles de grands réseaux, favorisés par la mise en place d'enseignes suite au Plan de développement des services à la personne lancé en 2006.

Créer des passerelles pour construire des carrières professionnelles

Le dernier facteur de fuite correspond à la faiblesse des perspectives professionnelles offertes aux salariés. La construction de carrières professionnelles suppose que les compétences déployées par les salariés soient repérées et valorisables dans des métiers différents. L'examen des activités concrètes des salariés de l'aide à domicile révèle les compétences transférables au sein des métiers de l'aide aux personnes fragiles et plus généralement dans les secteurs sanitaire, médico-social et des services à la personne. Il peut s'agir de compétences relationnelles, mais aussi de compétences plus techniques, comme la toilette aux personnes ou la préparation d'un pilulier, bien que d'un point de vue juridique les salariés à domicile ne soient pas censés les réaliser.

Cette reconnaissance des compétences déployées par chaque salarié, et donc la possibilité de les valoriser par mobilité interne ou externe, se heurte à deux difficultés majeures. La première, déjà évoquée, est la faiblesse de l'accompagnement et du suivi des salariés dans leur activité quotidienne. La seconde tient à l'éclatement³ des statuts et des conventions collectives appliqués dans l'ensemble des métiers d'aide aux personnes fragiles. Cette logique verticale rend difficile le passage d'un type d'employeur à un autre, pour des activités pourtant extrêmement proches. 

3. On peut ainsi repérer les statuts des fonctions publiques hospitalière et territoriale, les différentes conventions collectives applicables dans le secteur associatif (en voie d'unification malgré tout), la convention collective des particuliers employeurs et enfin, la possible convention qui s'appliquera peut-être aux salariés du secteur privé commercial.



Revenu et patrimoine des retraités

Synthèse réalisée par Sandrine Chambaretaud à partir des contributions de Pascal Chevalier, Olivier Guillemain, Cédric Houdré et Françoise Maurel

Selon l'enquête « Revenus fiscaux 2003 » de l'Insee, le niveau de vie moyen des individus vivant dans un ménage dont la personne de référence est retraitée s'élève à 17 015 € par an et par unité de consommation. Ce niveau de vie est inférieur à celui des actifs d'environ 10 %, mais l'écart entre les 10 % les plus aisés et les 10 % les plus pauvres est moins grand chez les retraités (tableau 1).

Le calcul du niveau de vie tient compte de la taille des ménages puisqu'il rapporte la somme des revenus des membres du ménage au nombre d'unités de consommation, fonction de la composition du ménage (cf. encadré). Cette opération réduit l'ampleur des écarts de revenus initiaux entre ménages d'actifs et ménages de retraités. Ainsi, avant prise en compte de la composition des ménages, le revenu disponible moyen des ménages de retraités (22 324 €) est inférieur d'environ 30 % à celui d'un ménage d'actifs (32 271 €). De plus, les écarts de niveaux de vie entre actifs et retraités doivent être relativisés compte tenu du concept utilisé. En effet, les loyers imputés ne sont pas pris en compte ici alors que les standards internationaux tendraient désormais à les inclure dans les revenus des ménages. L'approche par les loyers imputés consiste à introduire un supplément de revenus, pour les ménages propriétaires de leur résidence principale, correspondant au loyer que ce ménage aurait à payer s'il occupait le même logement au titre de locataire. Une telle approche revient à enrichir les ménages propriétaires occupants relativement aux locataires. Or les retraités sont plus souvent propriétaires de leur logement que les ménages d'actifs (cf. *infra*).

Composition des revenus

De manière intuitive, les retraites constituent la part prépondérante du revenu avant impôt des ménages de retraités (79 % en 2003), mais d'autres sources de revenus sont aussi disponibles (tableau 2). Selon

la composition du ménage, notamment l'activité éventuelle du conjoint, certains revenus d'activité peuvent se rajouter aux pensions. En moyenne, ces revenus s'élèvent à 12 % des revenus des ménages de retraités (avant impôts). Surtout, la plupart des ménages de retraités détiennent du patrimoine et, à ce titre, perçoivent des revenus du patrimoine — dans une proportion de leur revenu total plus importante que pour les actifs. En moyenne, les revenus du patrimoine représentent environ 7 % des revenus avant impôts des ménages de retraités et seulement 3 % pour les actifs.

Le patrimoine des retraités

Le patrimoine des retraités est relativement proche de celui des actifs (en considérant le patrimoine brut sans défalquer l'endettement) : en moyenne, il s'élève à 172 400 € contre 168 300 € pour les actifs (enquête Patrimoine 2004). 10 % des retraités ont un patrimoine inférieur à 2 200 euros et 90 % ont un patrimoine inférieur à 398 300 euros. Les données de l'enquête Patrimoine qui sont disponibles par classe d'âge mettent en évidence une phase d'accumulation pendant la vie active, suivie d'une phase de désaccumulation assez linéaire du patrimoine pendant la retraite. Le passage d'une phase à l'autre s'effectue autour de 60 ans. Bien que ce profil soit conforme à la théorie du cycle de vie, l'utilisation de données en coupe permet uniquement d'observer des actifs et des retraités coexistant à la date de l'enquête. On ne peut pas reconstituer le profil d'accumulation d'un individu tout au long de sa vie.

Structure du patrimoine des retraités

La structure du patrimoine des retraités se distingue de celles des actifs en ce qui concerne les produits d'épargne logement, les biens immobiliers et le niveau d'endettement. En revanche, tout comme les actifs, les retraités sont plus de huit sur dix à détenir un livret d'épargne ; environ un ménage sur quatre possède des valeurs mobilières et près de la moitié des produits d'assurance vie et d'épargne retraite (tableau 3).

L'enquête Logement, qui permet des exploitations plus précises sur le patrimoine immobilier des retraités, montre qu'en 2002, 73,4 % des ménages retraités sont propriétaires de leur résidence principale. Le taux de propriétaires au sein de la population augmente avec l'âge de la personne de référence jusqu'à 70 ans et décline au-delà. Tous âges confondus, en 2002, 56 % des ménages sont propriétaires de leur résidence principale ; 80 % des ménages dont la personne de référence a entre 65 et 69 ans le sont. De plus, 21 % des ménages retraités possèdent un logement autre que leur résidence principale alors que ce n'est le cas que de 15 % de l'ensemble des ménages.

Méthode

Ménage ordinaire : les ménages ordinaires comprennent les personnes hébergées en foyer pour personnes âgées, mais ne comprennent pas les personnes hébergées en maison de retraite ou dans d'autres institutions. D'après le recensement de la population de 1999, la part des personnes vivant hors ménage ordinaire est de près de 17 % au sein de la population des personnes âgées de 85 à 89 ans, et de 33 % pour les personnes de plus de 90 ans.

Niveau de vie : le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation. Le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même ménage. Les unités de consommation (UC) sont généralement calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'OCDE modifiée qui attribue 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans.

tableau 1

Distribution des niveaux de vie en 2003 selon le statut (actifs, retraités, en euros)

Niveau de vie moyen	Retraités	Actifs
Des 10 % les plus pauvres	8 056	7 446
Des 10 % les plus riches	19 252	21 541
De l'ensemble	17 015	18 995

Source : Insee-DGI enquête Revenus fiscaux 2003.

Champ : individus de 18 ans ou plus vivant dans un ménage dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

tableau 2

Composition du revenu avant impôts en 2003 (en euros)

	Retraites	Revenus d'activité (en % du revenu total)	Revenus du patrimoine	Revenus sociaux	Revenu total
Personne seule retraitée	15 060 (87 %)	256 (1 %)	1 425 (8 %)	536 (3 %)	17 276
Ménage de deux retraités	27 581 (91 %)	651 (2 %)	1 883 (6 %)	191 (1 %)	30 306
Conjoint non retraité	20 402 (66 %)	7 748 (25 %)	2 292 (7 %)	492 (2 %)	30 934
Ensemble des ménages de retraités	19 949 (79 %)	2 943 (12 %)	1 663 (7 %)	633 (2 %)	25 188
Ensemble des ménages d'actifs	533 (1 %)	34 466 (91 %)	1 066 (3 %)	1 935 (5 %)	38 000

Source : Insee-DGI enquête Revenus fiscaux 2003.

Champ : individus de 18 ans ou plus vivant dans un ménage dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence est active ou retraitée.

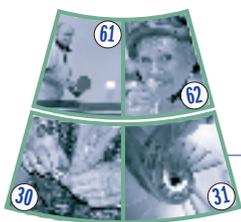
tableau 3

Taux de détention des principaux actifs patrimoniaux selon le statut d'activité en 2004

(En % de détenteurs)	Ensemble de la population	Salarié public		Salarié privé		Indépendants	
		actif	retraité	actif	retraité	actif	retraité
Livrets d'épargne	83,7	87,1	85,0	84,5	82,4	79,9	83,4
Épargne logement	42,2	50,5	36,1	45,0	31,6	57,1	33,1
Valeurs mobilières	24,9	24,5	25,7	21,0	23,6	45,3	33,3
Assurance vie et retraites	45,0	48,1	45,3	42,7	41,5	64,9	46,0
Immobilier	62,1	56,8	74,7	55,0	66,2	76,0	78,0
Ménages endettés	47,9	63,1	26,6	62,8	20,0	65,1	15,8
<i>Dont dette résidence principale</i>	22,3	30,9	5,1	32,9	4,5	31,4	3,7

Source : enquête Patrimoine 2004.

Champ : ensemble des ménages, sauf étudiants, inactifs de moins de 60 ans et militaires du contingent (4.1 % de la population). La catégorie du ménage correspond à la situation de la personne de référence.



La consommation de soins des personnes âgées

Denis Raynaud
Adjoint au chef du bureau Comptes et prévisions d'ensemble, Drees

La population âgée de 60 ans et plus représente un peu plus de 20 % de la population française, mais environ 45 % de l'ensemble des dépenses de santé. Les dépenses de santé augmentent en effet significativement avec l'âge. Alors qu'en 2004 les dépenses de santé annuelles des personnes âgées de 40 à 49 ans se limitaient à 1 860 €, celles des personnes âgées de 60 à 69 ans s'élevaient à 3 210 €. Et la croissance des dépenses a tendance à s'accroître avec l'âge, puisqu'au-delà de 80 ans les dépenses de santé sont plus que doublées par rapport à la classe d'âge 60-69 ans, approchant les 7 000 € annuels. Décrire les principales caractéristiques de la consommation de soins des personnes âgées s'avère ainsi important dans un contexte général de tensions sur le financement de ces dépenses.

Une croissance des dépenses hospitalières dynamique après 70 ans

Le partage des dépenses des personnes âgées entre soins de ville et soins hospitaliers évolue vers une place plus importante de ces derniers avec le vieillissement. La part des dépenses hospitalières dans l'ensemble des dépenses progresse ainsi de 37 % entre 60 et 69 ans à 43 % entre 70 et 79 ans, pour atteindre 50 % après 80 ans¹. En effet, si les dépenses de soins croissent avec

1. Les honoraires des médecins spécialistes en cliniques privées sont comptés en soins de ville, alors que les consultations externes sont comptées en soins hospitaliers, selon la définition habituelle de la statistique mensuelle de la Cnamts.

l'âge, avec une croissance des dépenses de ville plus forte que celle des soins hospitaliers jusqu'à l'âge de 70 ans, la croissance des dépenses hospitalières connaît une accélération marquée à cet âge (figure 1). Ainsi, les personnes de plus de 80 ans, qui représentent un peu moins de 5 % de la population française, dépensent à elles seules environ 17 % des soins hospitaliers et 12 % des soins de ville.

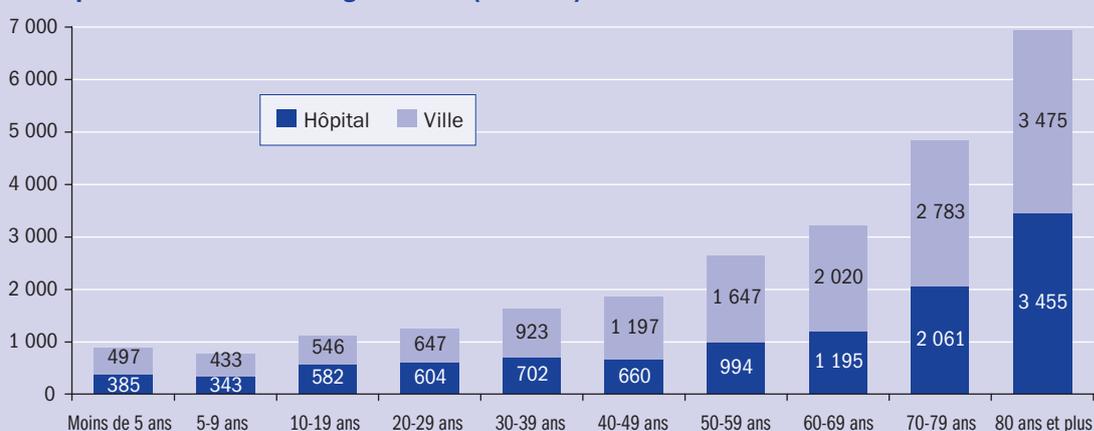
Pour les soins de ville, ce sont les soins infirmiers et de kinésithérapie qui sont plus particulièrement liés à l'âge

Les soins d'auxiliaires médicaux concernent essentiellement les personnes âgées de plus de 70 ans (figure 2) : c'est le cas des soins infirmiers, par lesquels passe pour partie la prise en charge des personnes âgées dépendantes au-delà de 80 ans. Ainsi, 70 % des dépenses de soins infirmiers concernent les personnes âgées de plus de 70 ans, la moitié de la dépense totale en soins infirmiers se concentrant sur les personnes âgées de 80 ans ou plus². Le constat est aussi valable pour les soins de kinésithérapie, avec une concentration toutefois moindre des soins sur les plus âgés : la moitié de la dépense se concentre sur les plus de

2. Dans l'EPAS, seules les dépenses individualisables sont connues. Ainsi, les consommations des personnes, souvent très âgées, qui sont en soins de longue durée dans des institutions médicalisées où les dépenses ne sont pas individualisables sont incomplètes. La concentration des dépenses est donc peut-être légèrement sous-estimée.

figure 1

Les dépenses de soins selon l'âge en 2004 (en euros)



Source : Epas Traitement : Drees.

Champ : régime général.

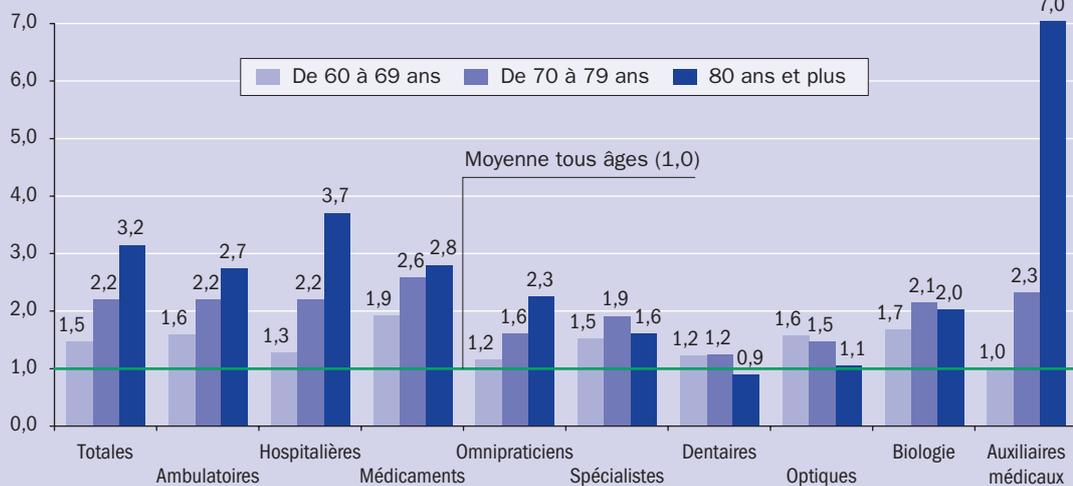
70 ans, dont environ 20 % sur les personnes âgées de 80 ans ou plus. Il en résulte que les dépenses en soins infirmiers et de kinésithérapie, qui ne représentent dans la population générale que 8 % de la dépense de soins de ville, absorbent 22 % des dépenses de ville des plus de 80 ans, dont 16 % pour les seuls soins infirmiers (figure 3).

Les dépenses de médicaments représentent 41 % des dépenses de ville entre 70 et 79 ans

Les dépenses de médicaments se concentrent aussi aux âges élevés, mais de manière moins prononcée que celles concernant les soins d'auxiliaires médicaux. Les plus de 60 ans dépensent environ la moitié des dépenses totales de médicaments, les plus de 70 ans en

figure 2

Indices de dépenses de soins selon l'âge



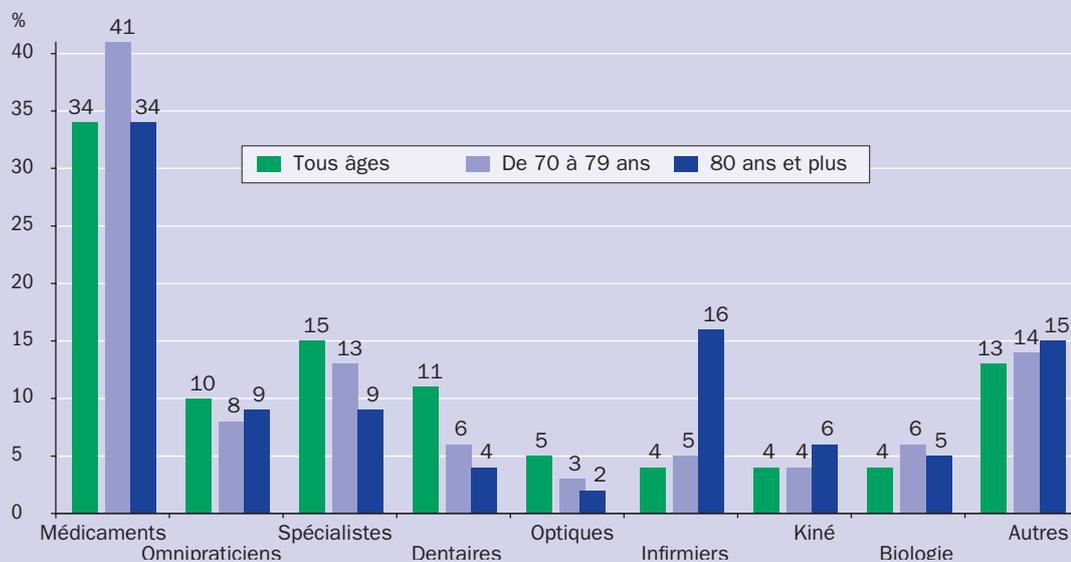
Source : Epas. Traitement : Drees.

Champ : régime général.

Lecture : les dépenses de médicaments des personnes âgées de 60 à 69 ans sont 1,9 fois plus élevées que la moyenne.

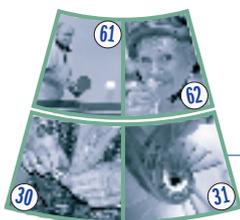
figure 3

La structure des dépenses de ville selon l'âge



Source : Epas. Traitement : Drees.

Champ : régime général.



Les personnes âgées en situation de dépendance

consommant à eux seuls un tiers. Entre 60 et 69 ans, la dépense individuelle est environ le double de la dépense moyenne, ce rapport s'élevant à 2,6 entre 70 et 79 ans et à 2,8 au-delà de 80 ans. Le profil de la dépense pharmaceutique affiche donc une certaine stabilisation de la dépense individuelle passé 80 ans. Ainsi, entre 70 et 79 ans, les dépenses de médicaments représentent 41 % des dépenses de ville, cette proportion s'abaissant après 80 ans du fait de la moindre croissance du poste médicament. Pour l'ensemble de la population, à titre de comparaison, la part des médicaments dans les dépenses de ville se limite à environ un tiers.

Les dépenses de médicaments élevées des personnes âgées de plus de 60 ans s'expliquent à la fois par une prescription de médicaments plus fréquente de la part des médecins, et par un coût par ordonnance plus important. En effet, selon l'enquête sur la santé et les soins médicaux menée 2003 par l'Insee, le nombre moyen de séances de médecins sur une période de deux mois d'enquête s'établit à 0,9 pour l'ensemble de la population enquêtée, mais à 1,4 entre 70 et 79 ans et 1,5 au-delà de 80 ans. Par ailleurs, selon l'Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) d'IMS-Health en 2000, 83 % des consultations des plus de 65 ans sont suivies d'une ordonnance contre seulement 77 % en dessous de 65 ans, et le coût par ordonnance est double (71 € au-delà de 65 ans, 37 € en deçà). Ce coût par ordonnance plus élevé résulte à la fois d'un nombre de boîtes de médicaments prescrits plus élevé et de coûts unitaires par boîte plus élevés [2].

Au-delà de 60 ans, les premiers recours aux soins se font surtout auprès des médecins généralistes

L'enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée en 2003 par l'Insee a permis de retracer les « épisodes de soins » suivis par les patients avant la mise en place de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 qui prévoit l'instauration d'un parcours de soins. Les épisodes de soins ont été construits en groupant les recours médicaux d'un individu à partir des informations recueillies pour chaque consultation ayant eu lieu durant la période d'enquête de deux mois : conseil préalable d'un médecin, maladie, spécialité du médecin, et délai entre deux recours [22]. En 2003, 71 % des épisodes de soins ainsi définis débutaient par la consultation d'un médecin généraliste pour l'ensemble de la population enquêtée. Mais cette proportion s'élevait à 76 % entre 60 et 79 ans, et jusqu'à 85 % au-delà de 80 ans. Les personnes âgées semblaient donc déjà s'inscrire, en 2003, dans une logique de parcours de soins avant l'heure³.

L'analyse de l'évolution selon l'âge des dépenses de médecins confirme cette orientation du recours aux soins privilégiant les médecins généralistes quand l'âge augmente. La croissance des dépenses de médecins généralistes s'accélère au-delà de 60 ans, alors qu'au

3. Selon la Cnamts, 99 % des médecins traitants, que doivent consulter les patients avant de consulter un certain nombre de spécialités médicales, sont des médecins généralistes.

contraire la croissance des dépenses de spécialistes ralentit avec l'âge. La dépense maximale est atteinte entre 70 et 79 ans, puis les dépenses diminuent après 80 ans. Les dépenses de biologie, quant à elles, qui sont le plus souvent prescrites au cours d'une consultation médicale, sont environ deux fois plus fortes que la moyenne après 70 ans.

Les dépenses de médecins représentent environ un quart des dépenses de ville pour l'ensemble de la population. Cette proportion diminue avec l'âge, au profit des dépenses de médicaments et en soins d'auxiliaires médicaux. Entre 70 et 79 ans, la part des dépenses de médecins dans l'ensemble des dépenses de ville diminue à 21 %, pour atteindre finalement 18 % après 80 ans, avec une répartition de la dépense équilibrée entre spécialistes et généralistes.

Les dépenses dentaires et optiques diminuent avec l'âge au-delà de 60 ans

Les dépenses dentaires et optiques présentent enfin un profil d'évolution selon l'âge bien différent des autres types de soins, avec une dépense maximale aux environs de 50 ans. Les dépenses dentaires apparaissent cependant peu liées à l'âge, et la dépense des personnes âgées de 60 ans ou plus baisse peu, restant aux environs de la dépense moyenne. Les dépenses optiques, en revanche, varient plus fortement avec l'âge. Elles sont le double de la dépense moyenne entre 50 et 59 ans, puis baissent au-delà de 60 ans, tout en restant toujours supérieures à la moyenne. En conséquence, les parts respectives des dépenses dentaires et optiques dans les dépenses de ville ne cessent de diminuer avec l'âge. Alors que, pour l'ensemble de la population, des dépenses dentaires et optiques représentent respectivement 11 % et 5 % des dépenses de ville, ces proportions s'abaissent à 6 % et 3 % entre 70 et 79 ans et à 4 % et 2 % après 80 ans.

Moins de renoncements aux soins pour des raisons financières après 60 ans

Selon l'enquête Santé et Protection sociale de l'Irdes, 13 % des personnes interrogées de plus de 16 ans déclaraient en 2004 avoir dû renoncer, pour elles-mêmes, à certains soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les personnes âgées de plus de 70 ans déclarent moins souvent ce type de renoncement (5 % après 70 ans). Ces renoncements concernent les soins mal remboursés par la Sécurité sociale, c'est-à-dire essentiellement les soins dentaires, qui concentrent la moitié des renoncements, et les lunettes qui en représentent un cinquième. Il s'agit de soins proportionnellement moins consommés par les personnes âgées, notamment en ce qui concerne les soins dentaires.

Les personnes de plus de 80 ans bénéficient moins souvent d'une assurance maladie complémentaire

La principale protection contre le renoncement aux soins pour des raisons financières est le bénéfice d'une cou-

verture complémentaire [15, 57]. Le bénéfice d'une assurance complémentaire permet en effet de faciliter l'accès aux soins. Les personnes couvertes par une assurance complémentaire ont ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, des dépenses de soins de ville supérieures de 30 % à celles qui en sont dépourvues [25].

La détention d'une couverture complémentaire par les personnes âgées de 80 ans et plus, traditionnellement moins souvent couvertes que le reste de la population, progresse selon l'enquête Santé et Protection sociale de l'Irdes. En 1992, 29 % des personnes de cette classe d'âge n'avaient pas de couverture complémentaire, cette proportion s'abaissant dans les années quatre-vingt-dix pour se stabiliser à 16 % entre 1998 et 2002. En 2004, 14 % des personnes âgées de 80 ans et plus n'avaient pas de couverture complémentaire, ce qui reste toutefois supérieur au taux de personnes sans couverture de l'ensemble de la population (8,5 %) ou à celui des personnes âgées de 60 à 79 ans (8 à 9 %) (tableau 1).

L'accès à une couverture complémentaire peut s'avérer problématique au-delà de 80 ans pour les personnes qui sont aujourd'hui sans couverture. En effet, les organismes d'assurance complémentaire imposent le plus souvent des limites d'âge à la souscription des contrats. Selon une enquête de la Drees [45], deux tiers des mutuelles et neuf dixièmes des sociétés d'assurance déclarent imposer une limite d'âge, fixée à 54 ans en moyenne par les mutuelles et à 72 ans par les sociétés d'assurance⁴. En outre, la tarification des contrats est généralement en fonction de l'âge, si bien que le montant de la prime peut constituer un autre frein à l'accès à une assurance complémentaire. Enfin, le seuil de ressources pour bénéficier de la Couverture maladie universelle complémentaire étant inférieur au

minimum vieillesse, les plus de 80 ans en représentent moins de 1 % des bénéficiaires⁵.

Près de la moitié des personnes de plus de 80 ans sont exonérées du ticket modérateur pour raisons médicales en lien avec une affection de longue durée (ALD). Seuls les soins en rapport avec l'affection déclarée sont exonérés du ticket modérateur et, à l'hôpital, les malades en ALD acquittent le forfait journalier hospitalier, si bien qu'on ne peut pas assimiler ALD et gratuité selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie [10]. Ainsi, en 2001, pour l'ensemble des patients en ALD, 23 % des soins de ville sont relatifs à des pathologies sans rapport direct avec la maladie exonérante et les dépenses restant à la charge de l'assuré ou de son assurance complémentaire étaient deux fois plus élevées pour les personnes en ALD (397 € contre 196 € pour les personnes non exonérées du ticket modérateur).

En 2004, seuls 4,5 % des personnes âgées de plus de 80 ans ne bénéficient ni d'une couverture complémentaire ni d'une exonération du ticket modérateur, soit moins que dans l'ensemble de la population (6,5 %). Même si l'exonération du ticket modérateur, on l'a vu, n'est pas l'équivalent d'une couverture complémentaire, la proportion importante de personnes de plus de 80 ans en ALD pourrait expliquer en partie la présence moins fréquente des assurances complémentaires à ces âges⁶. 

5. Depuis le 1^{er} janvier 2005, une réduction de prime d'assurance complémentaire, variable selon l'âge, peut être accordée aux personnes de revenus compris entre le seuil CMU et ce seuil augmenté de 15 %. En 2005, pour les contrats souscrits par les personnes de plus de 60 ans, le prix moyen du contrat était de 667 € et la déduction moyenne de 247 €, soit un reste à charge de 420 € représentant en moyenne 6 % de leurs revenus. Cette aide a été revalorisée de 60 % en 2006. En 2005, environ 25 000 personnes âgées de plus de 60 ans ont bénéficié de cette aide.

6. Dans SPS 2004, 8 % des personnes sans couverture complémentaire justifient l'absence de couverture par l'exonération du ticket modérateur pour une ALD, tous âges confondus.

4. Les institutions de prévoyance, troisième acteur du marché de l'assurance maladie complémentaire, offrent essentiellement des garanties collectives en lien avec l'employeur, et sont moins concernées par l'assurance des personnes âgées.

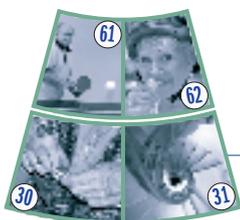
tableau 1

La protection sociale des personnes de plus de 60 ans en 2004

	Couverture complémentaire (dont CMU)	Sans couverture complémentaire	Exonération du ticket modérateur	Sans couverture complémentaire ni exonération du TM
Tous âges	91,5 %	8,5 %	13,2 %	6,5 %
60 à 69 ans	92,1 %	7,9 %	23,4 %	4,4 %
70 à 79 ans	91,0 %	9,0 %	38,8 %	3,4 %
80 ans et plus	86,4 %	13,6 %	47,6 %	4,4 %

Source : enquête SPS – Irdes.

Champ : France métropolitaine.



Obligation alimentaire et recours sur succession

La famille conserve de nos jours un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En effet, bien que la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, instaurant l'allocation personnalisée d'autonomie, ne se réfère plus ni aux obligations alimentaires ni au recours sur succession, il reste des besoins à la charge des bénéficiaires de celle-ci, comme les frais d'hébergement en institution. Faute de ressources suffisantes de la personne âgée dépendante, c'est sa famille qui peut être sollicitée à deux principaux titres.

Le Code civil prévoit une obligation alimentaire fondée sur les liens de parenté et d'alliance. Ce devoir de solidarité familiale comprend les obligations entre ascendants et descendants (art. 205 C. civ.), les obligations entre parents et alliés (art. 206 C. civ.) et le devoir de secours (art. 212 C. civ.). Dès lors, les enfants et leurs conjoints, les petits-enfants et le conjoint doivent fournir des aliments à leurs parents ou alliés lorsque ceux-ci ne peuvent subvenir seuls à leurs besoins. Il existe aussi des obligations alimentaires pesant sur la succession. L'article 767 du Code civil, issu de la loi du 3 décembre 2001 réformant le droit des successions, prévoit qu'une obligation alimentaire au profit du conjoint survivant pèse sur la succession de l'époux prédécédé. Ce droit à pension constitue la continuation du devoir de secours; le conjoint survivant peut donc demander des aliments à la succession du défunt, à condition que ses besoins aient été antérieurs au décès de ce dernier. Les héritiers sont tenus de l'acquitter au titre d'un passif successoral et non à titre personnel. Cette pension est donc limitée aux forces de la succession et est supportée par les héritiers et légataires proportionnellement à leur part successorale. Il existe également une obligation alimentaire à la charge du conjoint survivant à l'égard des ascendants ordinaires du défunt (ascendants autres que les père et mère) qui sont dans le besoin lorsqu'il recueille la totalité ou les 3/4

des biens de la succession. Cette dette alimentaire repose également sur la succession.

Les recours possibles

Une action judiciaire peut être engagée, devant le juge aux affaires familiales, par le créancier d'aliments, son représentant légal lorsqu'il est sous tutelle, par le conseil général agissant en cas de carence de l'intéressé (art. L. 132-7 du Code de l'action sociale et des familles) ou l'établissement public de santé souhaitant récupérer les frais d'hébergement impayés (art. L. 6145-11 du Code de la santé publique). Les aliments sont fixés par le juge judiciaire en fonction des ressources du débiteur et des besoins du créancier (art. 208 du Code civil). Ils couvrent tout élément nécessaire à l'existence, comme la nourriture, le logement, les vêtements, le chauffage. Il est toutefois aujourd'hui permis de se demander si les frais non pris en charge par l'APA mais liés à la perte d'autonomie doivent être couverts par l'obligation alimentaire.

La mise en œuvre de l'obligation alimentaire peut s'avérer délicate en cas d'opposition de certains débiteurs alimentaires, notamment lorsque les liens familiaux sont distendus. Ainsi pour échapper à leurs obligations, certains débiteurs arguent de l'ingratitude du créancier alimentaire (art. 207 alinéa 2 du Code civil; art. L. 228-1 du Code de l'action sociale et des familles) ou de la règle « *aliments ne s'arrangent pas* », qui signifie que le créancier ne peut réclamer l'arriéré de sa créance alimentaire. L'idée est que les aliments sont destinés à subvenir aux besoins présents et futurs, et non à rembourser les dépenses passées : si le paiement n'est pas réclamé, on présume que le créancier n'est pas dans le besoin ou qu'il a renoncé à l'aide alimentaire. Il s'agit d'une présomption simple à laquelle on peut apporter la preuve contraire. En fait, cette règle est aussi conçue comme un moyen de protéger les débiteurs d'aliments contre l'accumulation d'un arriéré important à leur insu : elle manifeste un souci d'équilibre

dans la prise en compte des intérêts respectifs du créancier et du débiteur d'aliments. Selon la jurisprudence, et sauf renversement de la présomption, la règle « *aliments ne s'arrangent pas* » fait obstacle au paiement des sommes échues antérieurement à l'action en justice. Le point de départ de la dette alimentaire est donc fixé au jour de l'assignation en justice du débiteur alimentaire.

Il convient de distinguer les recours exercés au titre de l'obligation alimentaire (qu'elle pèse sur les débiteurs personnellement ou sur la succession) des recours en récupération exercés contre une succession, ou un donataire (dans la limite du bien donné) ou un légataire (à concurrence de la valeur des biens légués au jour de l'ouverture de la succession), voire contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie. Ces recours s'exercent lorsqu'une personne a bénéficié du versement de certaines prestations d'aide sociale : sont ainsi concernés par ce recours les frais d'hébergement en établissement (art. L. 231-5 CASF), l'aide à domicile (art. L. 231-1 CASF), la prestation spécifique dépendance, l'allocation supplémentaire du Fonds solidarité vieillesse (art. L. 815-2 CSS). Le caractère subsidiaire de l'aide sociale permet, une fois le bénéficiaire de l'aide sociale décédé, d'agir en remboursement des sommes avancées lorsque la consistance du patrimoine le permet. Le recours contre la succession est un recours non contre les héritiers tenus personnellement mais contre la succession de l'assisté (sur l'actif net successoral supérieur à 46 000 euros) et dans la limite des prestations versées. Il permet de s'interroger d'une part sur la mobilisation du patrimoine de l'assisté (notamment immobilier) de son vivant pour subvenir à ses propres besoins et, d'autre part, sur l'articulation de ce recours avec les obligations alimentaires. En l'absence de débiteurs alimentaires ou de contribution de ces derniers, la transmission successorale sera dès lors amputée de la part revenant à l'aide sociale. ☺

Muriel Rebourg

Directrice du Centre de recherche en droit privé (EA 3881), université de Bretagne occidentale