

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.

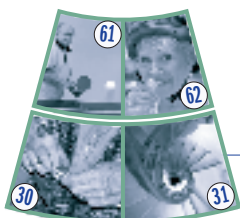
Les coûts par financeur

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.