

3.3 Le financement public de la perte d'autonomie

En 2018, sur les 17,5 millions de personnes de 60 ans ou plus résidant en France, 1,3 million bénéficie d'aides spécifiques pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, solvabilisées par la collectivité (cf. encadrés 1 et 2). Parmi ces personnes âgées en perte d'autonomie, 59% vivent à domicile ou en résidences autonomie, et 41% en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Le financement public de la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie s'élève à 22 Md€ en 2018. La multiplicité des aides apportées et des professions mobilisées implique un financement public segmenté, assumé aux trois quarts par les administrations de sécurité sociale (ASSO), assurance maladie d'abord et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ensuite. Les 41% des personnes âgées en perte d'autonomie vivant en établissements reçoivent 60% des financements du fait de la concentration des personnes les plus dépendantes dans ces établissements. Leur augmentation, légèrement plus dynamique que celle des financements afférents, est nettement plus importante que celle des personnes dépendantes à domicile.

Le financement public de la perte d'autonomie s'élève à 22 Md€ en 2018

Tous financeurs publics confondus, la prise en charge de la perte d'autonomie s'élève à 21,6 Md€ en 2018 (cf. tableau 1 et encadré 3). Afin de pallier l'ensemble des difficultés rencontrées par les personnes concernées, plusieurs types de professionnels interviennent : aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, aides-soignants et infirmiers notamment. Les dépenses publiques couvrent donc en grande partie l'intervention de professionnels. Ainsi, 830 000 équivalents temps-plein travaillent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie¹.

L'assurance maladie concentre près de 60% des financements publics

Tableau 1 • Dépenses publiques par financeurs et lieux de vie, en 2018 (en Md€)

	Dépense	Structure	Domicile	Etabl.
ASSO	15,9	74%	35%	65%
Dont assurance maladie	12,1	56%	32%	68%
Dont CNSA	3,8	18%	45%	55%
Etat	1,1	5%	73%	27%
Départements	4,6	21%	45%	55%
Ensemble	21,6	100%	39%	61%

Source : CNSA, Drees, DGFIP, DSS ; calculs DSS. Champ : GIR1-4.

Avec plus de 12 Md€ en 2018, la branche maladie représente 56% des dépenses publiques à destination des personnes en perte d'autonomie (cf. tableaux 1).

L'ONDAM médico-social pour personnes âgées représente près de 9 Md€ en 2018, principalement mobilisés au titre des dépenses de « soins » des Ehpad (7,3 Md€), et secondairement pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale (1,6 Md€).

Les prises en charge en unités de soins de longue durée (USLD) représentent 1 Md€. Ces unités, adossées à un établissement hospitalier, disposent de moyens médicaux plus importants que les Ehpad, car les résidents y sont en moyenne davantage dépendants : selon la Drees, en 2015, 40% des 34 000 personnes accueillies en USLD étaient en GIR 1. Le nombre moyen d'équivalent temps-plein (ETP) en USLD dépasse le nombre de places installées alors que le taux d'encadrement moyen en Ehpad est de 63 ETP pour 100 places.

En outre, les dépenses des soins de ville s'adressant quasi-exclusivement à des personnes en perte d'autonomie s'établissent à 2 Md€. Il s'agit d'actes infirmiers de soins (AIS) qui comprennent l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. Certaines dépenses du Fonds d'intervention régional (0,2 Md€) sont également destinées spécifiquement aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Le reste du financement public est principalement couvert par la CNSA et les départements

La CNSA participe à hauteur de 18% aux dépenses publiques au titre de la perte d'autonomie (sur ses ressources propres, c'est-à-dire hors financement par l'ONDAM). Plus de 60% de ses dépenses sont des versements aux départements au titre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), et 25% finance les Ehpad en sus du financement ONDAM, dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD).

Les départements contribuent à hauteur de 21% à la prise en charge financière de la perte d'autonomie. Il s'agit, pour près de 80%, du versement de l'APA (net de la participation de la CNSA), et, pour le reste, du versement de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui a bénéficié à 120 000 résidents en établissements en 2015.

¹ Rapport de la concertation grand âge et autonomie, mars 2019

Tableau 2 • Nature des dépenses d'assurance maladie, en 2018 (en Md€)

Financements assurance maladie	12,1
ONDAM médico-social (c) = (a) + (b)	8,9
Dont EHPAD (a)	7,3
Dont SSIAD (b)	1,6
Unités de soins de longue durée (USLD) (d)	1,0
Soins de ville (e)	2,0
Fonds d'intervention régional (PAERPA, consultations mémoire, équipes mobiles de gériatrie) (f)	0,2
Financement à domicile (h) = (b) + (e) + (f)	3,8
Financement en établissement (i) = (a) + (d)	8,3

Source : CNSA, Drees, DGFIP, DSS ; calculs DSS. Champ : GIR 1-4.

L'Etat concentre 5% des dépenses, essentiellement au travers de mesures fiscales : exonérations de TVA et crédits ou réductions d'impôt sur le revenu.

Alors que la plupart des dépenses de la sécurité sociale, des départements et de la CNSA financent des dispositifs dédiés spécifiquement à l'accompagnement de la perte d'autonomie, celles de l'Etat sont moins ciblées et ne bénéficient pas exclusivement aux personnes âgées en perte d'autonomie. C'est par exemple le cas de l'exonération de TVA sur les services d'aide à la personne.

Les exonérations de cotisations patronales pour l'emploi à domicile, qui occasionnaient jusqu'en 2016 une perte de recettes pour la sécurité sociale, sont depuis 2017 prises en charge par l'Etat, pour un montant de 0,6 Md€ en 2018.

Encadré 1 • Le GIR : outil de mesure du degré de dépendance des personnes âgées

Le degré de dépendance conditionne à la fois l'éligibilité et le niveau des prestations. Un outil national, le groupe iso-ressources (GIR), permet d'attribuer un niveau de dépendance allant de 1 à 6 : les personnes évaluées GIR 1 sont les plus dépendantes et nécessitent une présence continue ; les personnes évaluées en GIR 4 (niveau de dépendance minimal déclenchant l'éligibilité à une prise en charge), sont celles qui ne peuvent pas se lever seules et qui doivent être aidées pour la toilette et l'habillement. Les personnes capables de réaliser seules les actes de la vie courante appartiennent au GIR 6.

Encadré 2 • L'accompagnement de la perte d'autonomie depuis 40 ans

Dans les années 1980, en raison du vieillissement de la population, l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP¹), destinée à l'origine aux personnes en situation de handicap, est étendue aux personnes âgées. A partir de cette même année, les hospices, qui accueillent alors de plus de 300 000 personnes, sont autorisés à se doter de sections de cure médicale et à obtenir des financements de l'assurance maladie.

L'année 1997 est une année charnière puisque la loi 97-60 instaure une prise en charge des frais afférents à la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile comme en établissement. A domicile, elle prend la forme d'une prestation spécifique dépendance (PSD), aide financière réservée aux personnes âgées. En établissement, les pouvoirs publics mettent en œuvre une réforme tarifaire et qualitative, créant juridiquement les Ehpad. La prise en charge spécifique de la perte d'autonomie dans une section tarifaire nouvellement dédiée est l'un des aspects novateurs de la réforme. Ainsi, outre la section soin financée par l'assurance maladie et la section hébergement financée principalement par le résident, les Ehpad comptent une section dépendance financée majoritairement par les départements.

En 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) remplace la PSD. La loi 2001-647 prévoit ainsi que « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ». Il s'agit d'une aide en nature, universelle, modulée selon les revenus du ménage, versée par les départements à domicile et en Ehpad.

En 2005, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est mise en place, notamment pour servir les prestations en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées. Ses financements sont en majeure partie issus de l'assurance maladie et de prélèvements sociaux dédiés, notamment la contribution solidarité autonomie (CSA) et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

Les financements publics sont davantage orientés vers les personnes âgées les plus dépendantes, résidant en établissement

Plus de 60% de la dépense publique au titre de la perte d'autonomie est orientée vers les personnes résidant en établissement ; c'est le cas des deux-tiers des financements de l'assurance maladie (cf. tableau 1). S'ils ne représentent que 4 personnes âgées en perte d'autonomie sur 10, leur niveau moyen de dépendance, et donc leurs besoins, sont plus élevés.

De plus, les professionnels soignants interviennent davantage en établissement, où ils représentent 45% des ETP, selon les travaux de la Drees. Or leurs salaires moyens sont supérieurs à ceux des aides à domicile ou des auxiliaires de vie sociale. Par ailleurs, l'intervention des professionnels soignants est davantage prise en charge par les pouvoirs publics : en 2018, 82% des AIS sont exonérés de ticket modérateur car le patient souffre d'une affection de longue durée, tandis qu'il n'y a pas de reste-à-charge sur les soins en Ehpad. A l'inverse, l'intervention des professionnels non soignants, pris en charge dans le cadre de l'APA, donne lieu à un reste-à-charge, à domicile comme en Ehpad.

¹ Il s'agit d'une aide financière, créée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975 et permettant d'assumer les frais occasionnés par l'emploi d'une tierce personne pour aider dans les actes du quotidien.

Par ailleurs, outre le degré de perte d'autonomie, la répartition des dépenses selon le lieu de prise en charge reflète des coûts de revient différents et des logiques de prise en charge des dépenses de prestations variables selon le financeur (cf. tableau 1).

Les pouvoirs publics consacrent 60% des dépenses aux personnes en GIR 1 ou 2

Les personnes les plus dépendantes (GIR 1 ou 2) représentent 36% des personnes en perte d'autonomie. Leurs besoins sont cependant les plus importants : c'est pourquoi 60% de la dépense publique globale leur est consacrée, et deux-tiers des dépenses rattachées aux seuls soins (cf. tableau 3).

Les dépenses d'hébergement, qui couvrent l'ASH, les financements dans le cadre des plans d'aide à la modernisation des établissements et les réductions d'impôt sur le revenu, représentent 7% du financement public de la perte d'autonomie.

Le coût de l'hébergement en établissement incombe cependant en grande partie aux résidents : il représentait 8,5 Md€ en 2014, soit 80% du reste-à-charge des ménages.

Tableau 3 • Dépenses publiques selon le niveau de perte d'autonomie et le type de financement, en 2018 (en Md€)

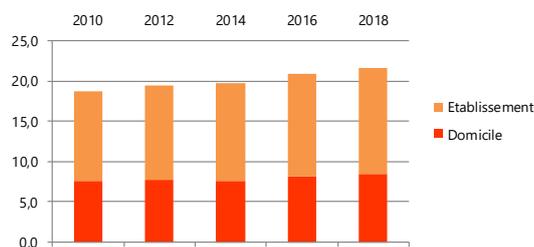
	Dépense	Structure	GIR 1-2	GIR 3-4
Soins	13,1	61%	67%	33%
Dépendance	7,1	33%	50%	50%
Hébergement	1,5	7%	51%	49%
Ensemble	21,6	100%	60%	40%

Source : CNSA, Drees, DGFIP, DSS ; calculs DSS. Champ : GIR 1-4.

Les financements augmentent depuis 2010

En euros constants, les financements publics sont passés de 19 à 22 Md€ entre 2010 et 2018, soit une croissance annuelle moyenne de 1,8%. Cette hausse est davantage portée par celle des dépenses en établissement, qui s'élevaient à 11 Md€ et ont atteint 13 Md€ en 2018 (cf. graphique 1). La hausse globale des dépenses s'établit à 15% sur la période.

Graphique 1 • Dépenses publiques par lieux de vie depuis 2010 (en Md€ 2018)



Source : CNSA, Drees, DGFIP; calculs DSS. Champ : GIR1-4.

Une hausse des financements de la CNSA

Entre 2010 et 2018, la part de la CNSA dans le financement public total a augmenté de 4 points, passant de 14% à 18% (cf. graphique 2). Dans le même temps, la part des dépenses à la charge des départements a diminué de 5 points, pour s'établir à 21% en 2018.

Les nouveaux financements à la charge de la CNSA proviennent de l'augmentation des montants versés aux départements au titre de l'APA, et des dépenses d'aide à l'investissement, mises en place suite à la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 (ASV). Ainsi, la hausse des financements de la CNSA explique 6 point, de la progression totale de 15% des financements publics de la perte d'autonomie sur la période 2010-2018.

L'augmentation des dépenses d'assurance maladie contribue quant à elle pour 7 points à la progression totale des dépenses.

L'Etat, qui compense depuis 2017 les exonérations de cotisations employeur pour les salariés à domicile, a doublé sa participation, et contribue pour 4 points à la progression totale des dépenses.

A l'inverse, les financements des départements consacrés à l'APA et à l'ASH ont diminué, atténuant de 1,5 point la progression des dépenses publiques au titre de la perte d'autonomie entre 2010 et 2018. Ceux-ci avaient cependant nettement augmenté dans la période précédente, marquée par la montée en charge de l'APA avec une multiplication par 2,7 des dépenses brutes à domicile entre 2002 et 2010, et par 2,1 en établissement.

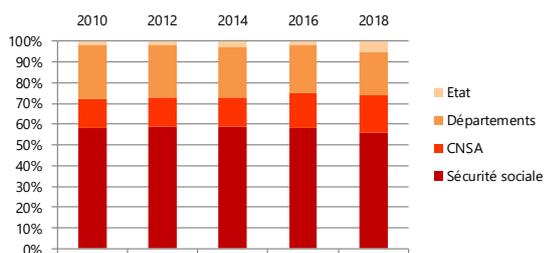
Une progression dynamique des effectifs et des dépenses

Entre 2010 et 2018, l'augmentation des effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie a été légèrement moins rapide que celle de l'ensemble de la population âgée de 60 ans et plus (hausses respectives de 15 et 17 points). Jusqu'en 2015, la croissance des effectifs de personnes en perte d'autonomie a été plus rapide que celle des financements publics, et ce, quel que soit le lieu de vie (domicile ou établissement, cf. graphique 3). En conséquence de l'application de la loi ASV, les financements, sont plus dynamiques que les effectifs depuis 2015.

L'augmentation des financements et des effectifs a été plus importante en établissements : respectivement 17 et 18 points d'augmentation entre 2010 et 2018, contre 12 et 9 points à domicile.

Cette forte progression des financements en Ehpad est d'abord liée à un développement de l'offre.

Graphique 2 • Structure par financeur de la dépense publique, 2010-2018



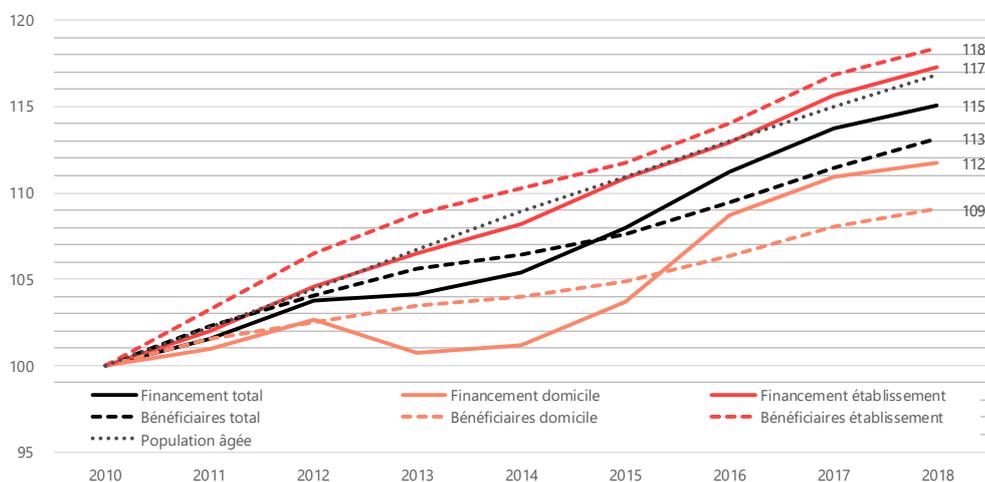
Source : CNSA, Drees, DGFIP, DSS ; calculs DSS. Champ : GIR 1-4.

Le nombre de places en Ehpad est ainsi passé de 500 000 en 2009 à près de 600 000 en 2018. A cet effet volume vient s'ajouter un effet de degré de dépendance du public accueilli.

En effet, les personnes peu ou pas dépendantes au sens de l'APA ont de moins en moins recours aux établissements : le nombre de personnes relativement moins dépendantes (GIR 5 et 6) présentes en établissements a diminué de moitié entre 2007 et 2015, au profit des GIR 1 à 4, ce qui a nécessité une hausse du taux d'encadrement et donc des coûts moyens.

Compte tenu de la volonté des ménages de rester à domicile le plus longtemps possible et des mesures prises par les pouvoirs publics pour le leur permettre, la durée moyenne de séjour a par ailleurs diminué. Ceci, couplé à l'accroissement du nombre de places, a permis de réduire les délais d'attente avant l'accueil en établissement : selon les travaux de la Drees, 59% des futurs résidents attendaient moins d'un mois en 2015, contre 33% seulement en 2007.

Graphique 3 • Progression des effectifs de personnes en perte d'autonomie et financements afférents, selon le lieu de vie, depuis 2010 (base 100 = 2010)



Source : CNSA, Drees, DGFIP, DSS ; calculs DSS. Champ : GIR1-4.

Lecture : En 2018, les financements publics relatifs au domicile équivalent à 109% de leur valeur de 2010. Les financements sont corrigés de l'inflation.

Encadré 3 • Précisions méthodologiques et sources mobilisées

Le périmètre retenu dans cette fiche est le même que celui utilisé pour construire l'indicateur 1.4. du programme de qualité et d'efficacité (PQE) « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – handicap, perte d'autonomie », présenté en annexe du PLFSS pour 2020. Il se différencie de celui retenu dans les rapports publiés dans le cadre des travaux sur la réforme de la perte d'autonomie. Le champ est ici restreint aux financements publics, hors reste-à-charge des ménages, et aux personnes âgées dépendantes, au sens administratif, c'est-à-dire évaluées en GIR 1 à 4 sur la grille AGGIR (l'exclusion des GIR 5 et 6 conduit à diminuer d'1,5 Md€ le montant total de dépenses). Les financements consacrés aux personnes handicapées vieillissantes bénéficiant de prestations au titre de leur handicap ainsi que les aides personnelles au logement (APL) sont par ailleurs exclus de l'analyse.

La mesure globale du financement public de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées nécessite le recours à des sources de données diverses et hétérogènes. Les montants des financements par l'assurance maladie proviennent du suivi de l'ONDAM et des données du SNIIR-AM, les montants des dépenses globales d'APA et de PCH des départements sont fournis par la CNSA et la direction générale des finances publiques (DGFIP) sur la base des données comptables des départements. Les montants des exonérations fiscales prises en charge par l'Etat sont issus des rapports annuels de financement annexés aux PLF.

Le nombre de personnes en perte d'autonomie est approché par une mesure administrative : le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement. Cette aide étant quérable, une partie des personnes éligibles au regard de leur niveau de perte d'autonomie pourrait ne pas faire valoir ce droit (en particulier à domicile où le taux de non-recours est estimé entre 20 et 28%).

Bibliographie

Drees, notamment *Etudes et Résultats* n° 909, 1015, 1029 et 1032, *Dossier Solidarité Santé* n° 18 et 50, *Dossiers de la Drees* n° 1, 10 et 20, *Panorama de l'aide et de l'action sociales, La protection sociale en France et en Europe en 2014*

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), 2018, *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*.

Libault D., 2019, *Concertation Grand âge et autonomie*, mars.