

## ATELIER « NOUVEAUX FINANCEMENTS »

### Synthèse des travaux de l'atelier

La lettre de mission adressée à Dominique Libault prévoit l'examen des modalités de financement de la perte d'autonomie des personnes âgées au regard des perspectives de la dépense à l'horizon 2040. Il est notamment demandé d'explicitier des scénarii d'augmentation de la dépense et de la part prise en charge par la solidarité nationale, et de préciser l'impact de ces évolutions sur les comptes publics.

L'atelier « Nouveaux financements » s'est réuni à quatre reprises entre octobre et janvier. Il a organisé ses travaux en trois temps :

- L'état des lieux de la dépense globale actuellement consacrée à la perte d'autonomie et l'estimation de la hausse des dépenses à horizon 2060, sur la base des projections démographiques disponibles et d'une simulation de l'impact financier de deux scénarii de réforme ;
- La définition de pistes de financement public intégrant la contrainte de maîtrise des prélèvements obligatoires, par l'affectation de ressources existantes ou de nouveaux financements ;
- L'identification des interventions publiques pertinentes permettant de développer le financement privé, soit à travers la définition du rôle des supports assurantiels, soit par la mobilisation du patrimoine financier et immobilier.

L'atelier propose des scénarii de financement permettant de faire face à un accroissement de la dépense intervenant avant 2022, s'accroissant à partir de 2024 et se prolongeant sur la période 2025-2060. Ces scénarii sont élaborés alors que les autres ateliers de la concertation travaillent en parallèle à la définition d'axes de réforme. Les scénarii de financement ici proposés ne peuvent donc intégrer de manière suffisamment précise les évolutions de dépenses et les pistes d'économies proposées par les autres ateliers (ex. : évolution des prestations, efficacité de l'allocation des ressources, évolution du taux de prise en charge en établissement).

Ses travaux se sont donc appuyés sur un raisonnement en grandes masses financières, étant entendu que de nombreux facteurs, endogènes à l'exercice de réforme (évolution du taux d'encadrement en établissement, évolution du reste à charge des ménages, taux de recours aux prestations individuelles, évolution des capacités d'accueil en établissement) ou exogènes (évolutions de l'aide informelle notamment) peuvent peser fortement, à la hausse ou à la baisse, sur la dépense globale.

Le présent document restitue les échanges tenus au sein de l'atelier. Il n'engage pas formellement les participants de l'atelier et les institutions dont ils sont membres.

En annexe figurent la composition de l'atelier ainsi qu'une note méthodologique détaillant les calculs effectués en partie III.

## I. Estimation du besoin de financement à horizon 2030 et 2060

### 1. La dépense globale consacrée à la perte d'autonomie des personnes âgées s'élève à 30,0 milliards d'euros en 2014

Les dépenses strictement liées à la perte d'autonomie des personnes âgées sont difficilement identifiables : telles qu'elles sont tracées dans le compte de la dépendance par la DREES elles représenteraient au total 1,4 % du PIB soit 30,0 Md€ en 2014 (34,4 Md€ en incluant les dépenses dites « de gîte et de couvert » en hébergement) dont 23,7 Md€ de dépenses publiques (79 % de la dépense totale, soit 1,1 % du PIB), le reste soit 6,3 Md€ étant à la charge des ménages.

Ces dépenses sont évaluées selon l'optique dite du surcoût des dépenses liées à la perte d'autonomie. Elles se répartissent entre dépenses de santé (12,2 Md€), dépenses d'aide spécifiques à la prise en charge des personnes âgées (10,7 Md€), et dépenses d'hébergement directement liées à l'état de dépendance (7,1 Md€). Les dépenses de santé retenues dans le compte de la dépendance par la DREES n'incluent pas les surcoûts de dépenses hospitalières, pour lesquelles aucun chiffrage précis n'est disponible. D'autre part, les dépenses de santé incluent ici pour les établissements et SSIAD l'ensemble des dépenses de l'objectif global de dépenses pour les personnes âgées (OGD-PA) qui ne correspond pas à une logique de surcoût, en l'absence d'estimation fiable de ce dernier<sup>1</sup>.

La sécurité sociale prend en charge 52 % de la dépense publique, les départements 26 %, la CNSA 16 % et l'Etat 6 %. Le taux de croissance annuel moyen de cette dépense publique s'élève à 2,6 % entre 2010 et 2017. Sur la période récente, la part des dépenses à la charge des départements s'est réduite de 4 points tandis que la part de l'Etat augmentait (effet de la compensation des exonérations de cotisation pour publics fragiles), ainsi que celle de la CNSA (montée en régime de la CASA notamment).

Les dépenses publiques au titre de la perte d'autonomie se répartissent comme suit entre les différents financeurs en 2017 :

- 12,8 Md€ pris en charge par la sécurité sociale, constitués à 95 % de dépenses d'assurance maladie, ainsi que de dépenses d'action sociale des caisses de retraite ;
- 6,5 Md€ pris en charge par les départements, décomposés principalement en dépenses d'APA nettes des transferts CNSA (3,6 Md€), frais de séjour en établissement pour personnes âgées hors APA incluant l'ASH (2,2 Md€) ;
- 3,9 Md€ pris en charge par la CNSA : financement de l'APA (2,6 Md€), établissements et services spécialisés (900 M€) notamment ;
- 1,6 Md€ pris en charge par l'Etat : dispositifs d'exonération fiscale (580 M€), compensations d'exonérations de cotisations (530 M€), aides au logement (490 M€).

### 2. Éléments de comparaison internationale

La comparaison internationale est malaisée car les champs retenus diffèrent d'un pays à l'autre. Sur le champ défini par l'OCDE des soins de longue durée, les dépenses publiques françaises atteignaient en 2015 1,7 % du PIB, un niveau équivalent à celui de la moyenne de l'OCDE et supérieur à celui des autres grands pays européens : Allemagne (1,3 %), Royaume-Uni (1,5 %), Italie (0,7 %) ou Espagne (0,8 %). La Suède (3,2 % du PIB) et les Pays-Bas

<sup>1</sup> A titre d'exemple, le coût complet de l'intervention d'un kinésithérapeute auprès d'un résident en EHPAD sera répercuté dans le compte de la dépendance, alors même que cette personne aurait pu consulter un kinésithérapeute en ville en-dehors de toute situation de perte d'autonomie. La logique de surcoût consisterait idéalement à n'intégrer dans le compte de la dépendance que la seule surconsommation de soins de kinésithérapie liée à la situation de perte d'autonomie (liée par exemple à la fréquence des interventions du kinésithérapeute ou au type d'acte pratiqué).

(3,7 %) ont les niveaux de dépense publique les plus élevés. La part des financements des soins de longue durée par l'assurance sociale (assurance maladie en France) est importante en France (46 %), mais plus faible qu'en Allemagne (58,3 %) et aux Pays-Bas (77,5 %).

En Allemagne, l'assurance dépendance est créée en 1995, et gérée par la même caisse locale de sécurité sociale que celle de l'assurance maladie. Les personnes ont une obligation d'affiliation à l'assurance dépendance. La cotisation est fonction du revenu : au 1er janvier 2019, le taux de cotisation s'élève à 3,05 % de la rémunération. Les besoins liés au vieillissement et l'élargissement du champ de la prise en charge (maladies neurodégénératives) ont conduit le gouvernement à relever le taux de cotisation : +0,3 point en 2015, +0,2 point en 2016 et +0,5 point en 2019. Ces hausses ont été partiellement compensées par des baisses d'autres cotisations (retraite, maladie ou chômage).

En Suède, la responsabilité de la prise en charge des personnes dépendantes relève des municipalités, son financement étant, quant à lui, principalement assuré par les impôts locaux (85 %), et, dans une moindre mesure, par des subventions gouvernementales (10 %) et les utilisateurs (4 à 5 %). En Suède, comme dans les autres pays ayant mis en place un système de prise en charge dès les années 1960 (Danemark, Pays-Bas), les modalités de financement sont stables, mais la prestation est redéfinie avec les évolutions démographiques.

### 3. Projections de dépenses

#### a. **A niveau de prise en charge constant, la seule tendance démographique entraîne une hausse de la dépense publique de l'ordre de 0,3 point de PIB à horizon 2030 et 1 point de PIB à horizon 2060**

Sous les scénarii médians de la DREES<sup>2</sup>, les projections actualisées en 2017 font état d'une croissance de la dépense publique à 38,8 Md€ en 2045, et 44,2 Md€ en 2060 (en valeur équivalente 2014). La dépense publique croîtrait donc de 1,1 point de PIB en 2014 à 1,4 point de PIB en 2030 à 1,8 point de PIB en 2045, puis jusqu'à 2,1 points de PIB d'ici 2060, générant **un besoin de financement de 0,3 point de PIB en 2030 et 1 point de PIB d'ici 2060**. Deux périodes de croissance plus rapide de la dépense en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie sont identifiées, en 2015-2020 d'une part, puis pendant la décennie 2030.

Les projections établies par la DREES donnent des tendances globales selon plusieurs jeux d'hypothèses d'évolution des facteurs explicatifs (démographie, modalités d'indexation, trajectoires économiques). A ces jeux d'hypothèses sont associées des incertitudes d'ordres divers :

- Certaines hypothèses médianes sont incertaines :
  - La DREES a retenu une hypothèse centrale d'évolution de l'espérance de vie sans incapacité : le partage des gains d'espérance de vie entre dépendance et espérance de vie sans incapacité reste conforme à la répartition actuelle. L'incertitude sur l'espérance de vie sans incapacité reste forte ;
  - Les projections sont réalisées à taux de recours constant. La variable du non-recours à l'APA est difficile à projeter. Son évolution peut avoir un fort impact sur la dépense, à la hausse ou à la baisse ;
  - Le scénario médian retenu par la DREES dans ses projections s'appuie sur une hypothèse centrale d'indexation, médiane entre une indexation sur les prix et une indexation sur les salaires. Or sur le long terme il paraît difficile de miser sur une sous-indexation indéfinie par rapport aux salaires, dans une activité de services où les gains de productivité sont limités ;
  - Le scénario de la DREES suppose constant le taux d'institutionnalisation par niveau de dépendance. Implicitement, il repose ainsi sur une hypothèse de hausse du nombre de places en EHPAD proportionnelle au nombre de personnes âgées dépendantes ;
- Le champ de la dépense retenu s'appuie sur des conventions :
  - Le périmètre des dépenses de santé ne permet pas de retracer strictement les dépenses dans une logique de surcoût et ne comprend pas le surcoût de dépenses hospitalières (cf. *supra* 1.1) ;

<sup>2</sup> Romain Roussel (DREES), 2017, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Études et Résultats, n°1032, Drees, octobre.

- Pour ce qui concerne les financements privés, le compte de la dépendance transcrit les flux de dépenses et de financement. Ainsi il ne tient compte que des prestations versées et n'intègre pas les masses provisionnées par les organismes complémentaires ou les cotisations versées par les assurés aux même organismes.
- Des pistes d'économies existent. D'autres ateliers mis en place dans le cadre de la concertation documentent les économies liées à une plus grande fluidité des parcours (réduction des dépenses d'hospitalisation, modernisation des systèmes d'information notamment), à une allocation plus efficiente des ressources, à un effort plus important de prévention de la perte d'autonomie et de prévention des risques professionnels dans le secteur des métiers de l'âge, et à une baisse du taux d'institutionnalisation (réorientation des prises en charge vers le domicile).
- Certains facteurs de sous-estimation sont jugés significatifs par les membres de l'atelier :
  - Certains membres de l'atelier estiment que l'aide informelle<sup>3</sup> pourrait diminuer à l'avenir. Il est difficile d'estimer le niveau actuel de l'aide informelle, et ses évolutions sont difficilement prévisibles. La décroissance de la part de la population active dans la population totale pourrait conduire à une diminution du nombre d'aidants, pouvant entraîner un effet de report sur la dépense publique en raison d'une hausse du nombre d'heures d'aide professionnelle mobilisées. Cependant, le HCFEA<sup>4</sup> estime à l'inverse que les effectifs d'aidants pourraient augmenter, la part des personnes dépendantes sans conjoint ni enfant devant baisser d'ici 2040. L'anticipation des comportements d'aide des aidants potentiels est par ailleurs difficile.
  - Ces projections supposent un taux d'encadrement en EHPAD constant et un effort d'investissement comparable (en pourcentage du PIB) à celui de l'année de référence (2014) ce qui peut s'avérer insuffisant pour financer l'investissement nécessaire à la hausse projetée du nombre de places. Le surcoût d'un effort d'investissement conforme aux hypothèses formulées n'est donc pas actuellement totalement intégré aux projections. La prise en compte de ces dépenses (notamment le renouvellement du bâti et le financement de la transition numérique) doit néanmoins intégrer le retour sur investissement attendu.
  - Certains membres de l'atelier soulignent que ces projections intègrent insuffisamment la prise en compte du besoin de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile. L'actuelle fragilité financière de certaines de ces structures pourrait nécessiter un effort financier accru dans les prochaines années afin d'améliorer la soutenabilité financière de leurs interventions.

## **b. Le chiffrage global intégrant un effort de hausse du taux d'encadrement ou de diminution du reste à charge permet de définir une hausse de la dépense de l'ordre de 1,3 à 2,3 points de PIB à horizon 2060**

L'atelier a simulé les impacts d'une nouvelle législation sur le besoin de financement en s'appuyant sur le scénario médian de la DREES. Ces projections à législation constante sont donc enrichies en introduisant deux variables :

- Un financement de tout ou partie du reste à charge (RAC) des ménages (reste à charge total non couvert, sans distinction entre établissement et domicile). Une prise en charge du RAC à hauteur de 50 % génère un besoin de financement supplémentaire de 0,3 point de PIB d'ici 2060 (0,2 en 2030), une prise en charge totale du RAC génère un besoin de financement de 0,7 point de PIB (0,4 en 2030).
- Une hausse du taux d'encadrement en EHPAD avec une convergence vers 1 en 2030 puis un taux constant jusqu'en 2060 (hypothèse basse d'indexation des salaires). Cette hausse génère un besoin de financement supplémentaire de 0,4 point de PIB en 2030 et 0,6 point de PIB en 2060<sup>5</sup>.

Ces deux scénarios ne présument pas des choix effectués *in fine* dans le cadre de la réforme. Ils permettent en revanche de fournir une estimation probablement plus fidèle de la hausse de la dépense, intégrant un renforcement

<sup>3</sup> L'impact financier d'une baisse de l'aide informelle pesant à la fois sur l'aide financière informelle et sur l'aide à la vie quotidienne.

<sup>4</sup> Source : HCFEA, décembre 2017, « La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants »

<sup>5</sup> Hypothèse de salaire brut des encadrants à 1,5 SMIC.

de l'effort collectif avec des niveaux d'ambition variables. Cet enrichissement des estimations de la DREES permet donc de répondre, du moins en partie, aux limites soulignées précédemment.

**En cumulant les différentes hypothèses, le besoin de financement global s'établit entre 0,5 et 1,1 point de PIB à horizon 2030, et entre 1,3 et 2,3 points de PIB à horizon 2060<sup>6</sup>.** L'ordre de grandeur s'établit donc (en euros 2017) :

- A horizon 2030 : entre 11 et 25 Md€
- A horizon 2060 : entre 30 et 53 Md€

Ces projections n'ont pas vocation à ce stade à tenir compte de manière exhaustive des décisions et arbitrages futurs, mais à guider les réflexions sur les volumes de financement devant être mobilisés. Elles ne présument pas de la répartition entre des mécanismes assurantiels ou de solidarité publics et des outils de financement privés.

---

<sup>6</sup> Ces fourchettes sont construites comme suit :

- L'hypothèse basse consiste en un scénario médian DREES augmenté de la seule prise en charge du RAC à hauteur de 50% ;
- L'hypothèse haute consiste en un scénario médian DREES augmenté d'une prise en charge du RAC à hauteur de 100% et de l'augmentation du taux d'encadrement à 1 en 2030, taux constant jusqu'en 2060.

## II. Les scénarii de financement public

### 1. Les financements à prélèvements obligatoires constants

Ces scénarii reposent sur l'affectation de ressources qui seront rendues disponibles et libres d'emploi à des échéances variables. Cependant, le fait de mobiliser une ressource libre d'emploi n'implique pas une neutralité pour les agrégats de finances publiques dans la mesure où une dépense publique nouvelle est créée. En l'absence d'économies ou de hausse de prélèvements obligatoires par ailleurs, la mobilisation de ces ressources dégrade donc le déficit public (cf. encadré *infra*).

#### Option A : Utilisation des ressources disponibles après extinction de la dette sociale

Les ressources de la CADES en 2018 sont ventilées entre 7,2 Md€ de CRDS, 7,9 Md€ de CSG et 2,1 Md€ d'abondement du FRR. En comptabilité nationale, 2 Md€ d'intérêts versés forment les dépenses, les 15 Md€ restants sont dédiés à l'amortissement de la dette qui améliore le déficit public. Les reprises de dette prévues à partir de 2020 par la LFSS pour 2019 seront associées à un transfert d'une part plus importante de la recette CSG, sans modification de son taux global, en 2020, 2021 et 2022.

A l'extinction de la dette sociale en 2024 (délai cible fixé par le législateur organique) :

- La CRDS cessera, selon les termes de l'ordonnance de 1996, d'être due. Elle libère donc un potentiel de prélèvement sur une assiette très proche de celle de la CSG, pour un rendement évalué à 9 Md€ en 2024, et peut donc être reconduite sous une forme identique pour un autre objet sans créer de perdant ou gagnant par rapport à la situation antérieure ;
- La CSG affectée à la CADES, quant à elle, est une ressource pérenne. En tenant compte des nouveaux transferts de CSG prévus dans le cadre de la reprise organisée par la LFSS pour 2019, 20 Md€ (montants 2017 incluant la CRDS et la CSG affectée à la CADES qui devient libre d'affectation) de prélèvements obligatoires seront potentiellement mobilisables pour financer notamment la perte d'autonomie.

La couverture de dépenses publiques nouvelles au titre de la perte d'autonomie *via* la mobilisation de ces 20 Md€ dégrade le déficit public au sens de Maastricht de 0,9 point de PIB.

#### Encadré n°1 : extinction de la dette sociale et taux de prélèvement obligatoire

On retient dans le présent document l'hypothèse conventionnelle qu'en l'absence d'augmentation de la dépense publique au titre de la dépendance après 2024 et afin de ne pas dégrader les finances publiques toutes choses égales par ailleurs, le législateur ne diminuerait pas les prélèvements obligatoires au moment de l'extinction de la CADES. Ce maintien de l'intensité du prélèvement suppose d'une part de recréer immédiatement un prélèvement au rendement équivalent à celui de la CRDS et d'autre part de réaffecter à une autre administration publique la totalité de la CSG affectée à la CADES.

Sous cette hypothèse, le financement d'une augmentation de la dépense publique au titre de la perte d'autonomie par la mobilisation des recettes auparavant dévolues à l'amortissement de la dette sociale dégrade le solde public mais n'a pas en lui-même d'impact sur le taux de prélèvement obligatoire. Ce dernier reste donc constant sous cette hypothèse, qu'il soit décidé ou non d'augmenter la dépense publique au titre de la perte d'autonomie des personnes âgées.

#### Option B : L'affectation de tout ou partie des excédents futurs de la sécurité sociale

La perspective d'un retour à l'équilibre annuel des comptes de la sécurité sociale pourra donner lieu à une affectation des excédents aux besoins financiers liés à la perte d'autonomie des personnes âgées. La capacité de dégager à moyen terme des marges financières significatives repose néanmoins sur des perspectives de croissance potentielle qui resteraient soutenues à moyen-long terme, sur la consolidation des efforts de maîtrise de la dépense, notamment via la poursuite du respect de l'ONDAM, et sur la conservation d'une dynamique suffisante des recettes sociales ainsi que de leur affectation à ces dépenses.

Par ailleurs, à plus court terme, les excédents prévus sont conditionnés à :

- la neutralisation, par des mesures qui restent à déterminer, de l'incidence sur les comptes sociaux des mesures adoptées dans le cadre de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales ;
- la confirmation de l'adoption en LFSS pour 2020 de la disposition de moindre revalorisation des prestations censurée par le Conseil constitutionnel pour une raison formelle.

Dans ce contexte, la capacité à dégager des excédents au-delà de ceux requis pour assurer les transferts de CSG à la CADES (en 2020, 2021 et 2022, *cf. supra*) et à l'Etat semble limitée. Il convient, au surplus, de tenir compte du risque que les perspectives macro-économiques soient orientées moins favorablement que lors de la construction du PLFSS.

### Option C : Mobilisation du Fonds de réserve des retraites

Les réserves actuelles du FRR s'élèvent à 29 Md€, nettes de la soulte IEG. La moitié de ces réserves sera affectée d'ici 2024 à l'abondement de la CADES, à raison de 2,1 Md€ chaque année. Le rapport d'activité 2017 du FRR prévoit, dans un scénario médian, une valorisation du surplus actif/passif à 20 Md€ en 2024, soit 0,7 point de PIB, ie 16 Md€ en valeur 2017. Cette valorisation dépend du rendement effectif du fonds sur les prochaines années.

Hors prise en compte de l'abondement de la CADES de 2,1 Md€ chaque année par le FRR et de la soulte IEG, le FRR est juridiquement libre d'emploi, sous réserve de l'illiquidité d'une partie de ses actifs. Son actif résiduel pourrait cependant être prioritairement affecté à la constitution de réserves au sein du futur système universel de retraites.

Le surplus du FRR est mobilisable sans hausse de prélèvements obligatoires mais ne constitue pas une ressource pérenne. Un décaissement du FRR engendre par ailleurs une dépense en comptabilité nationale et dégrade le solde maastrichtien.

## **2. Les financements par une hausse de prélèvements obligatoires**

### Option D : Journée de solidarité

La journée de solidarité est une journée de travail supplémentaire non rémunérée, avec en contrepartie le versement par l'employeur de la contribution sociale pour l'autonomie (CSA). Le rendement de la journée de solidarité existante est de 2,4 Md€ en 2019 au total (assiette revenus salariaux et assiette revenus du capital).

La création d'une nouvelle journée de solidarité consisterait en un doublement du taux actuel de la CSA, uniquement sur l'assiette des revenus salariaux. Une hausse de la CASA peut également être envisagée, par un doublement de son taux. L'impact de la mesure varie donc de 1,8 Md€ (net des versements APU<sup>7</sup>) à 2,6 Md€ (net des versements APU) en cas de hausse de la CASA (euros 2017).

Le financement de la journée de solidarité constitue un prélèvement obligatoire. L'inclusion de la CSA dans les allègements généraux implique cependant que la mesure serait sans impact sur le coût du travail au niveau du SMIC. A court terme la création d'une journée de solidarité a un effet légèrement positif sur l'activité mais négatif sur l'emploi. A moyen terme, elle engendre une hausse de l'activité et a un effet négligeable sur l'emploi.

### Option E : Affectation d'une hausse de la fiscalité sur les successions

L'atelier rappelle la position récente du HCFEA dans son avis de décembre 2018<sup>8</sup> qui retient l'option d'une contribution des DMTG au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées, étant donnée la hausse prévisible des actifs successoraux. Le Haut conseil souligne néanmoins que cet apport ne pourrait couvrir l'ensemble des besoins, en considérant nécessaire le maintien de l'exonération de droits des conjoints ainsi que l'amélioration

<sup>7</sup> Net des versements effectués par les administrations publiques au titre de leur fonction d'employeurs

<sup>8</sup> HCFEA, Conseil de l'âge, 6 décembre 2018, Avis sur les notes « Contribution du Conseil de l'âge à la concertation Grand Age et

de la situation des collatéraux. Le HCFEA rappelle dans son avis la position adoptée en 2011 par le CESE à l'unanimité<sup>9</sup>.

Dès lors, si une refonte de l'imposition des successions venait à être envisagée, la ressource nouvelle pourrait être affectée au financement de la perte d'autonomie.

L'atelier n'a pour vocation ni de documenter les gains d'efficience possibles dans le champ de la perte d'autonomie ni de gager les hausses de dépenses pour la perte d'autonomie par des baisses de dépenses sur d'autres politiques publiques. Ceci étant posé, s'agissant des financements publics par les prélèvements obligatoires, les membres du groupe privilégient pour le financement des besoins supplémentaires la mobilisation des prélèvements aujourd'hui affectés à la CADES (jusqu'à extinction de la dette sociale) par rapport aux options de hausse des prélèvements obligatoires. A titre illustratif, la seule mobilisation de l'ensemble des ressources de la CADES pour le financement de la perte d'autonomie permettrait d'approcher l'estimation haute du besoin de financement en 2030 (25 Md€). Le fait de privilégier cette piste n'exclut pas la mobilisation des autres financements publics, en particulier pour couvrir les besoins de financement existant avant l'extinction de la dette sociale en 2024.

---

<sup>9</sup> « La dépendance des personnes âgées », Avis du Conseil économique, social et environnemental, juin 2011



### III. Les options de financement privé

#### 1. L'assurance-dépendance est peu développée et ses produits sont hétérogènes et peu attractifs à l'heure actuelle

##### a. Le marché de l'assurance dépendance est peu mature et de taille modeste

Les organismes complémentaires (FFA, FNMF, CTIP) estiment à 7,1 millions le nombre d'individus disposant fin 2017 d'une couverture contre le risque de perte d'autonomie. Ces couvertures sont offertes par des mutuelles (4,1 millions de personnes, pour l'essentiel composés de fonctionnaires), des sociétés d'assurance (2,7 millions de personnes) et des institutions de prévoyance (0,3 million de personnes). Les cotisations s'élèveraient à 783 M€ en 2017, pour 6,7 Md€ de provisions techniques. Les sociétés d'assurance représentent 38% des personnes couvertes pour 83% des cotisations, tandis que les mutuelles représentent 58% des personnes couvertes et 12% des cotisations collectées.

Le marché de l'assurance dépendance est donc faiblement développé :

- 225 M€ ont été versés par les sociétés d'assurance en 2015, à rapporter aux 6,3 Md€ de dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie financées par les ménages en 2014 ;
- Sur les 7,1 millions de personnes bénéficiant d'une couverture fin 2017, environ 5,5 millions seraient couvertes en inclusion d'une complémentaire santé et/ou prévoyance.

De manière générale, le marché se caractérise par la grande diversité des produits : garantie annuelle ou viagère<sup>10</sup>, souscription individuelle ou collective, dépendance lourde (largement majoritaire) ou dépendance lourde et partielle, disparités des rentes, présence ou non de garanties additionnelles (services adossés, diagnostics, etc.). Environ 67 % des personnes couvertes bénéficient de garanties annuelles, qui ont l'avantage de ne pas faire face à l'incertitude de l'horizon temporel (les rentes proposées sont donc plus attractives), mais n'offrent pas de droits au-delà de l'année de souscription. Dans tous les cas, les rentes sont forfaitaires et non indemnitaires : il s'agit toujours d'une rente dont le montant est défini *ex ante*, versée en cas de réalisation du risque, mais pas d'une couverture complète des coûts.

Si les comparaisons internationales doivent être observées avec prudence, le marché de l'assurance-dépendance privée français serait néanmoins le deuxième marché mondial, derrière les Etats-Unis, au regard du nombre de personnes couvertes. Cette place prépondérante admet deux explications : le fait que le marché français de l'assurance-dépendance est l'un des plus anciens d'une part, et l'inclusion obligatoire de garanties dépendance dans les couvertures santé des mutuelles de fonctionnaires d'autre part.

#### **Encadré n°2 : le label GAD**

Les réflexions engagées en 2011<sup>11</sup> avaient conduit au lancement de travaux de définition d'une garantie socle dans les contrats dépendance, pouvant prendre la forme d'une labellisation publique. Plusieurs modèles de garanties socles avaient alors été élaborés. Ce projet n'est pas concrétisé mais une labellisation privée est créée en 2013 à travers le label GAD (Garantie assurance dépendance) porté par la FFA. Le label est accordé aux garanties couvrant la dépendance lourde. Il ne peut être accordé aux contrats en garantie annuelle et n'est donc pas utilisé par les mutuelles.

La plupart des garanties socles envisagées dans le cadre d'une labellisation publique ont été reprises dans le label GAD, à l'exception de la transférabilité des contrats et de la réduction des délais de carence et de franchise. Le label GAD prévoit notamment l'absence de sélection médicale avant 50 ans, une rente minimale de 500€ par mois, des conditions de maintien de

<sup>10</sup> Garantie annuelle : l'assurance ne couvre que le risque de l'année en cours ; l'assureur ne prend aucun engagement au-delà de l'année, et l'assuré n'est plus couvert si sa garantie n'est pas renouvelée au terme de la période ; garantie viagère : l'individu est assuré jusqu'à son décès.

<sup>11</sup> « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », rapport du groupe n°4, juin 2011

droits en cas d'interruption de paiement des cotisations, des modalités de revalorisation des garanties, un vocabulaire commun, une définition commune de la dépendance lourde.

La diffusion du label est modeste. Fin 2016, les contrats labellisés GAD couvrent 143 700 personnes (chiffre FFA repris par le HCFEA). Ils représentent 55 % des affaires nouvelles des contrats à adhésion individuelle. Le label paraît largement perfectible : les garanties socle sont définies de manière très large (ex. : « obligation d'information annuelle »), et une plus forte exigence paraît possible sur la définition de la dépendance, la sélection médicale, les modes de revalorisation des garanties et cotisations.

## **b. Les freins au développement de l'assurance dépendance sont multiples, ce qui conduit à remettre en cause l'assurabilité du risque en-dehors d'une intervention publique importante**

Les freins au développement de l'assurance privée sont notamment soulignés dans le rapport du Conseil de l'âge du HCFEA de décembre 2017<sup>12</sup>. Ils sont de deux ordres.

### **Du côté de la demande :**

- L'incapacité financière d'une partie de la population : entre un quart et un tiers des 50-69 ans n'épargnent pas<sup>13</sup> ;
- L'éloignement temporel du risque de dépendance : la durée entre la décision de souscription et la survenance du risque peut être importante, donc la préférence pour le présent joue un rôle majeur. Les nombreuses incertitudes attachées aux contrats d'assurance-dépendance et l'absence de sortie en capital en cas d'interruption de la cotisation désincitent fortement à la souscription ;
- Une préférence pour l'épargne par rapport à une cotisation pouvant être « à fonds perdu » : contrairement à l'assurance dépendance, la personne souscrivant à un produit d'épargne « classique » a une garantie de disposer des montants épargnés en l'absence de perte d'autonomie. Au regard de ce risque de cotisation à fonds perdu, le gain monétaire attaché à la souscription d'une assurance dépendance est trop faible. L'assurance dépendance souffre dès lors de la concurrence de produits d'épargne, d'autant plus qu'elle présente un ratio prime/rente trop peu avantageux ;
- L'aide informelle ferait office de substitut : l'aide informelle espérée en cas de perte d'autonomie produit un effet d'éviction sur la demande d'assurance. Les potentiels assurés pourraient préférer « miser » sur l'aide de leurs proches et craindraient que l'assurance ne désincite leurs proches à leur fournir cette aide.
- Le niveau élevé du taux de chargement<sup>14</sup> : en France, le taux de chargement est estimé par le HCFEA<sup>15</sup> à 31%. Ce taux peut s'avérer variable d'un opérateur à l'autre. Cette estimation correspond à des contrats individuels en garantie principale.

### **Du côté de l'offre, on constate une forte hétérogénéité et un manque de lisibilité à plusieurs niveaux :**

- La revalorisation de la rente et des primes : les rentes étant forfaitaires et non indemnitaires, les modalités de revalorisation de la rente sont déterminantes pour anticiper un taux de couverture des dépenses futures. S'agissant de contrats de long terme, la clarté des clauses de revalorisation des montants de garantie est insuffisante à l'heure actuelle pour se prémunir contre un risque d'érosion monétaire. En l'absence de visibilité sur les règles de mise en réduction et de transférabilité des contrats (cf. *infra*), la concurrence ne peut réguler les pratiques de revalorisation ;
- La gestion de l'antisélection, qui s'opère notamment à travers la sélection médicale des contrats individuels en garantie principale, la fixation de délais de carence, la fixation de limites d'âge à la souscription. Le HCFEA estime le taux de refus du fait de la sélection médicale entre 15 et 23%. A noter que les mutuelles refusent de pratiquer la sélection médicale dans le cas d'une garantie annuelle ou en contrat collectif obligatoire. En

<sup>12</sup> « Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie », HCFEA, rapport adopté le 1er décembre 2017

<sup>13</sup> Source : INSEE, 2014, « le revenu et le patrimoine des ménages »

<sup>14</sup> Le taux de chargement est la partie des cotisations non redistribuées sous forme de rentes. Cette part regroupe la constitution de provisions, les coûts de fonctionnement (conception, commercialisation, gestion, réassurance) et le financement de la mobilisation des fonds propres.

<sup>15</sup> « Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie », HCFEA, rapport adopté le 1er décembre 2017

souscription viagère individuelle, les contrats peuvent prévoir un questionnaire afin d'éliminer les situations de non aléa, non compatibles avec une approche assurantielle ;

- Les référentiels d'évaluation de la perte d'autonomie sont nombreux et hétérogènes, ce qui crée une forte incertitude sur les critères de versement de la rente. Les définitions de la dépendance ne sont pas alignées entre organismes assureurs et Conseils départementaux. En l'état la comparaison des contrats et des rentes espérées est particulièrement difficile en raison de l'incertitude sur leur seuil de déclenchement de la rente ;
- La valeur ajoutée des garanties additionnelles (conseil, prévention, assistance, etc.) est incertaine. Peu d'informations sont disponibles sur le taux de recours à ces services, leur qualité et leur impact. Ces garanties, incluses dans un produit unique, peuvent par ailleurs brouiller les signaux-prix sur les garanties de base ;
- La continuité des droits de l'assuré est fragile en cas d'arrêt du paiement des cotisations ou de départ du groupe ayant souscrit un contrat collectif (pour les garanties viagères). En cas d'arrêt de paiement des cotisations, une mise en réduction peut intervenir, laissant le contrat se poursuivre mais avec des garanties inférieures à celles prévues à l'origine. Or les modalités de mise en réduction varient entre les assureurs, et les coefficients de réduction sont peu lisibles.

## **2. L'atelier propose de poursuivre la maturation du marché de l'assurance privée et les réflexions sur l'attractivité des produits, sans retenir à ce stade les scénarii d'universalisation de la couverture privée complémentaire proposés**

Ni la FFA, ni la FNMF, ni le CTIP ne soutiennent le scénario d'une assurance privée obligatoire se substituant intégralement au système public. Dans tous les cas, les modèles proposés aujourd'hui sont des modèles d'assurance complémentaire. Un scénario d'une substitution intégrale d'une assurance privée obligatoire au système de prise en charge publique, tel qu'évoqué dans les réflexions de 2011, n'est pas porté par les membres de l'atelier.

### **a. La généralisation de l'inclusion obligatoire d'une garantie dépendance dans les contrats de complémentaire-santé**

Le modèle des mutuelles de la fonction publique pourrait être généralisé en incluant obligatoirement dans les contrats de complémentaire santé une garantie dépendance. Sans assurance dépendance obligatoire, on bénéficierait du taux de couverture élevé des contrats de complémentaire santé. Cette option permettrait d'en définir les conditions : montant minimum de la rente, modalités de leur revalorisation notamment.

Ce scénario paraît trop peu protecteur pour l'assuré, ce pour trois raisons :

- Les conséquences de ce scénario sur le prix des complémentaires-santé sont inconnues à l'heure actuelle ;
- Les individus souscrieraient à des contrats offrant trop peu de visibilité sur les garanties offertes et sur le montant de la cotisation dépendance effectivement versé, sans garantie de pérennité de la couverture ;
- Cette solution, qui offre une garantie annuelle, repose sur un schéma de répartition. Elle implique donc au moment de sa création un transfert intergénérationnel favorable aux retraités avec un coût pesant en grande partie sur les actifs.

### **b. Le développement d'une assurance privée complémentaire obligatoire**

Deux modèles sont proposés :

- Une assurance universelle obligatoire par répartition. La cotisation devient obligatoire dès 40 ou 60 ans, avec une garantie annuelle. Les personnes entrant en perte d'autonomie peuvent être prises en charge dès 2020, et la charge est répartie sur les différents âges. La grille AGGIR est utilisée et aucune sélection médicale n'est pratiquée. Un bouclier dépendance est mis en place (la durée de versement de la rente est limitée à un nombre d'années défini, au-delà duquel la solidarité nationale couvre tout ou partie du reste à charge). Ce scénario nécessite cependant de prévoir un mécanisme de compensation entre assureurs. La contrainte financière est accrue sur les 40-60 ans ;

- Une assurance universelle obligatoire par capitalisation. La cotisation est obligatoire dès 40 ou 60 ans afin de constituer ses droits activables lors de son entrée en dépendance. La forte mutualisation permet de ne pas pratiquer de sélection médicale. L'assureur porte le risque de longévité et aucun bouclier n'est mis en place. En revanche, ce dispositif n'est pas immédiatement opérationnel (les plus de 70 ans aujourd'hui ne peuvent bénéficier d'une rente) et les coûts sont plus importants en phase de démarrage pour les plus de 60 ans.

Ces deux schémas ont l'avantage de permettre une couverture universelle sans hausse de prélèvements obligatoires. La forte mutualisation offerte par l'universalisation de l'assurance, la régulation des tarifs voire la mise en place d'une réassurance publique permettraient à un grand nombre d'acteurs de la place de gérer un risque dépendance, ce qui n'est pas le cas actuellement. Ces scénarii sont modulables en fonction de plusieurs paramètres :

- Age minimal de souscription obligatoire ;
- Montants de la rente<sup>16</sup> et modes de revalorisation ;
- Montants des éventuelles aides à la souscription et plafond de revenus pour en bénéficier ;
- Possibilité d'*opt out* ou affiliation automatique auprès d'une caisse d'assurance spécifique pour les personnes ne respectant pas l'obligation ;
- Mise en place ou non d'un dispositif de réassurance publique, notamment à travers un bouclier dépendance qui limiterait la durée de versement de la rente à un nombre d'années défini, au-delà duquel la solidarité nationale couvrirait tout ou partie du reste à charge. Ce mécanisme permettrait de limiter le risque de dépendance longue, de réduire les provisionnements et de renforcer l'attractivité des produits.

Ces scénarii dans leur forme actuelle présentent des limites. L'atelier encourage par conséquent les organismes complémentaires à approfondir leurs travaux en cours afin de lever certaines d'entre elles. En effet :

- Ces scénarii créent une épargne forcée pour les ménages. Outre le risque d'acceptabilité sociale de cette épargne forcée, celle-ci se heurte au fait que les ressources mobilisables actuellement par les ménages de plus de 60 ans en France permettent pour une majorité de cette population de faire face au reste à charge lié à une dépendance moyenne, voire à une dépendance longue (cf. *infra*). Le principal enjeu ne semble donc pas être de générer une épargne forcée mais de mobiliser le patrimoine existant afin d'activer cette capacité de financement des plus de 60 ans ;
- Les produits d'assurance dépendance demeureront probablement moins attractifs que des produits d'épargne, notamment les produits d'épargne retraite dont l'attractivité a été récemment renforcée par les dispositions de la loi PACTE. L'épargne retraite présenterait notamment l'avantage de la simplicité liée au fait de couvrir l'ensemble des risques liés à la vieillesse par un seul produit. Il ne présente pas de risque de cotisation à fonds perdus ;
- Ces scénarii créent des distorsions intergénérationnelles. Le modèle par capitalisation n'offre pas de couverture pour les plus de 70 ans et propose des coûts plus importants pour les plus de 60 ans lors du démarrage du système. Le modèle par répartition crée un effet d'aubaine pour les plus de 60 ans lors du démarrage du système, qui bénéficieraient d'une couverture pleine avec une durée de cotisation réduite ;
- Le risque couvert n'est pas clairement identifié. Le risque couvert n'est à strictement parler ni celui de l'entrée en dépendance, dans la mesure où l'outil d'évaluation de la perte d'autonomie n'est pas harmonisé, ni celui de dépendance longue puisque le modèle par répartition repose sur la prise en charge de la dépendance longue par un mécanisme public. Le mécanisme de bouclier<sup>17</sup> protège l'assureur en limitant la durée de versement mais fait donc reposer une part importante du risque sur la solidarité nationale.
- L'articulation semble insuffisamment claire entre la couverture privée proposée et la couverture publique, à double titre. D'une part l'utilisation d'un même outil d'évaluation du niveau de perte d'autonomie, en l'occurrence la grille AGGIR, paraît nécessaire. D'autre part, la couverture complémentaire universelle proposée doit être articulée avec l'aide sociale à l'hébergement (ASH) qui annule le reste à charge pour les publics aux ressources les plus modestes. Ces publics seraient donc perdants dans le format actuel des scénarii de couverture complémentaire universelle.

<sup>16</sup> Le rapport de 2011 (cité *supra*) propose un montant de cotisation de 33€/mois, avec souscription obligatoire à 50 ans, pour une rente de 700€/mois en GIR 1 ou 2, 475€/mois en GIR 3, 300€/mois en GIR 4.

<sup>17</sup> A noter que la proposition d'un « bouclier dépendance » est défendue par ailleurs par l'UFC Que Choisir avec d'autres objectifs que ceux ici énoncés.

### Encadré n°3 : quelle place pour l'assurance privée ?

Les produits d'assurance disponibles actuellement ne couvrent pas l'intégralité des risques de perte d'autonomie. Il s'agit de rentes de montants prédéfinis qui sont versés lorsque le risque se matérialise, les critères d'appréhension du risque par les assureurs n'étant d'ailleurs pas toujours clairs ou lisibles pour l'assuré.

Dans ces conditions, il s'agit plutôt d'un produit d'épargne supplémentaire, qui s'ajoute aux différents produits d'épargne retraite, lesquels s'ajoutent au système de retraite par répartition et à l'épargne investie en produits financiers ou bons immobiliers.

Or, pour la plupart des personnes âgées, les niveaux de retraite et de patrimoine accumulés permettent de faire face à la totalité des dépenses liées à une perte d'autonomie, dans la plupart des cas en moyenne. Pour ces personnes, un surcroît d'épargne forcée n'est donc pas indispensable. Pour ceux dont les niveaux de pension et de patrimoine ne permettent pas de faire face, la constitution d'une épargne supplémentaire, via une assurance privée, n'aurait sans doute été possible qu'à la faveur de fortes interventions publiques (incitation fiscale ou subvention publique) : le développement de l'assurance dépendance privée pour la partie de la population qui en aurait besoin ne peut donc s'imaginer sans un fort soutien des finances publiques.

On touche aux limites d'une assurance dédiée à la perte d'autonomie dans un contexte où coexistent déjà un système de retraite par répartition important et des produits anciens d'épargne retraite. La place des intermédiaires financiers (sociétés d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance et banques) paraît davantage être de proposer une gamme d'instruments financiers qui permettent de mobiliser le patrimoine accumulé sans le brader, plutôt que d'ajouter un nouvel outil de constitution de rente. L'apport de l'assurance privée en termes de services, qu'il s'agisse de services à la personne, d'aide aux aidants ou d'aménagement du domicile, reste néanmoins réel et demande à être renforcé.

### **c. Le marché de l'assurance dépendance peut poursuivre sa maturation à travers l'émergence d'une offre labellisée et le développement de protections aux aidants**

La priorité pourrait être donnée à une maturation du marché de l'assurance dépendance, avec des produits plus adaptés aux besoins et une meilleure lisibilité au souscripteur sur ses garanties futures. Afin de faire émerger un standard de la couverture dépendance, les organismes complémentaires pourraient s'engager à prévoir<sup>18</sup> :

- Des mécanismes de revalorisation clairs permettant d'éviter l'érosion du pouvoir d'achat de la rente ;
- La continuité et la transférabilité des droits acquis dans le cadre de couvertures viagères (valeurs minimales ou barème unique de mise en réduction par exemple), afin de limiter les effets d'un arrêt de cotisation ;
- L'harmonisation des référentiels de perte d'autonomie, en homogénéisant les référentiels et en les mettant en cohérence avec ceux du régulateur public. L'automatisation du déclenchement de la garantie en cas d'ouverture de droits APA pourrait être envisagée ;
- L'encadrement des pratiques de gestion de l'antisélection, et notamment des pratiques de sélection médicale ;

L'inclusion de services de prévention, de conseil (*care manager*), d'assistance rapide et d'accompagnement, sous réserve de l'apport de garanties de qualité de service par les offreurs. L'avenir de l'assurance dépendance facultative repose en effet largement sur le développement de services disponibles dès la souscription du contrat, conçus par les assureurs en liaison avec des services spécialisés<sup>19</sup>.

En parallèle, les garanties et services destinés aux aidants, notamment dans le cadre de contrats collectifs (information et prévention, congés, aides financières, accompagnement social, etc.) pourront être développés. La protection des aidants constitue notamment un axe de sensibilisation à la prévention, par la prise de conscience par les aidants des difficultés de la situation des personnes en perte d'autonomie. Une négociation sociale, au niveau des branches ou des entreprises, sur le sujet de la conciliation entre le rôle d'aidant et la vie professionnelle doit permettre de diffuser ces offres, et pourrait être rendue obligatoire. Un atelier spécifique de la concertation formulera des propositions à ce sujet.

<sup>18</sup> Il est relevé que l'ensemble des contrats d'assurance dépendance bénéficient actuellement d'une exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA). Une piste évoquée par un membre de l'atelier consisterait à restreindre cette exonération aux contrats présentant les garanties énumérées supra, par exemple dans le cadre d'un label.

<sup>19</sup> Ces services consistent, à partir d'un diagnostic de l'état intellectuel et physique de la personne et d'un diagnostic de l'état du logement, en la mise en place le cas échéant de mesures de prévention et d'accompagnement permettant de repousser dans le temps et de limiter la gravité de la perte d'autonomie. Des services d'aménagement du logement (notamment grâce aux avancées de la domotique) peuvent également être proposés afin de prolonger le maintien à domicile des personnes

### **3. L'atelier propose de favoriser la mobilisation du patrimoine financier et immobilier des ménages à travers le développement de l'épargne retraite et des outils viagers modernisés**

#### **a. Le potentiel de mobilisation du patrimoine est important**

L'atelier a produit une estimation du potentiel de mobilisation du patrimoine pour faire face au reste à charge en établissement, chez les 60-69 ans et chez les 70 ans et plus. Si elle doit faire l'objet de travaux complémentaires, cette estimation permet de montrer que les ménages français, qui utilisent peu leur patrimoine à l'âge de la retraite, disposent pour la majorité d'entre eux de ressources nécessaires, toutes choses égales par ailleurs, pour faire face au reste à charge médian d'une dépendance longue. Une note méthodologique, annexée au présent rapport, détaille les modalités de cette estimation.

La part des personnes de plus de 55 ans détentrices de patrimoine immobilier augmente ainsi fortement entre 2010 et 2014. Pour les cohortes âgées entre 60 et 89 ans en 1986 le patrimoine médian ne diminue pas avant 90 ans.

En tenant compte du patrimoine financier et des revenus des plus de 70 ans, il est en effet estimé (cf. note méthodologique en annexe), à partir des données de l'enquête Patrimoine de l'INSEE et des restes à charge médians en établissement d'hébergement pour personne âgée calculés par la DREES<sup>20</sup>, que le patrimoine financier et les revenus permettraient à au moins 30 % des plus de 70 ans de faire face au reste à charge d'une dépendance longue (d'une durée de 6 ans). En tenant compte de leurs revenus et de l'ensemble du patrimoine, donc en intégrant le patrimoine immobilier, au moins 80 % des plus de 70 ans pourraient faire face au reste à charge d'une dépendance longue, à condition pour près de la moitié d'entre eux de mobiliser une solution de liquéfaction du patrimoine immobilier (c'est-à-dire de rendre utilisable le patrimoine pour financer les dépenses courantes liées à la prise en charge de la perte d'autonomie).

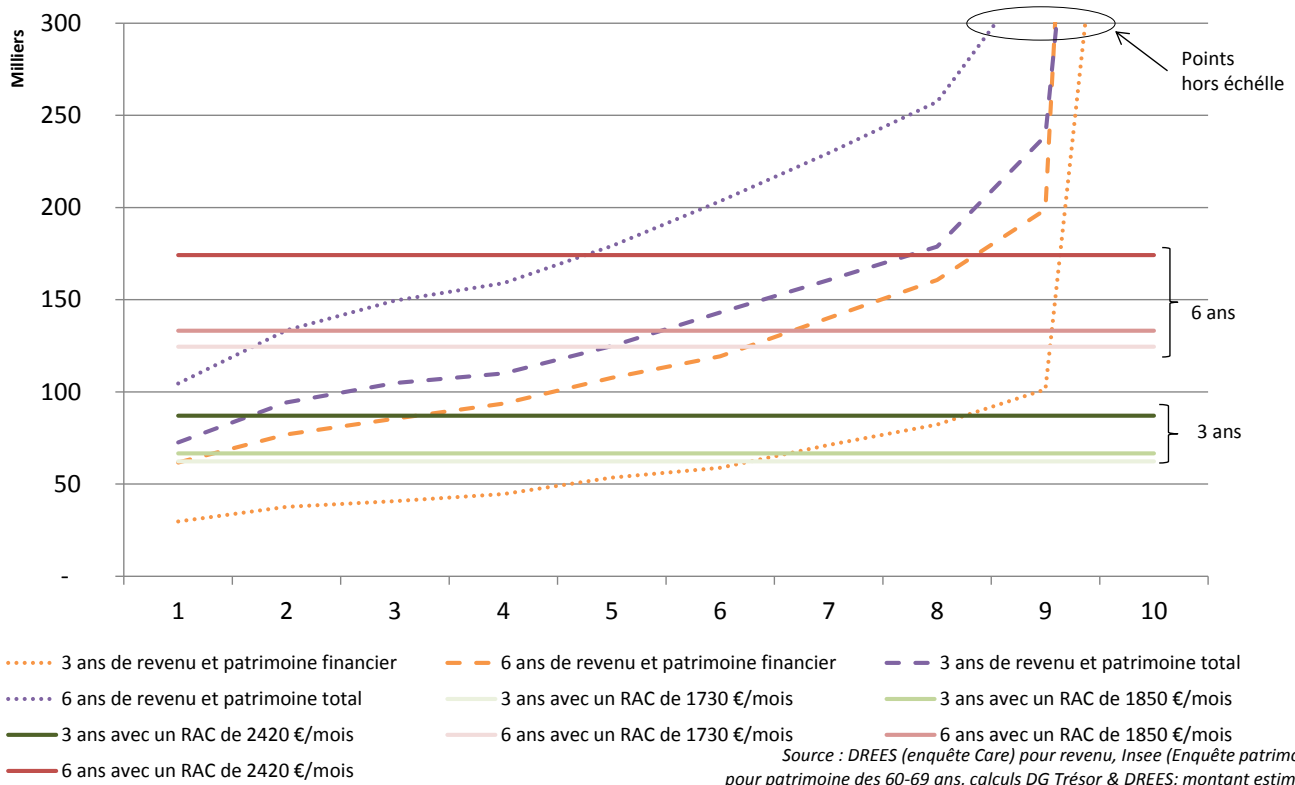
Le graphique ci-dessous détaille ces résultats pour les 60-69 ans. Il confronte les ressources mobilisables (en incluant ou non le patrimoine immobilier) aux restes à charges médians calculés par la DREES. Trois valeurs de reste à charge médians sont retenues : en établissement privé à but lucratif (2420 euros mensuels), en établissement public non hospitalier (1730 euros) et une médiane tous établissements (1850 euros).

Ces résultats constituent des ordres de grandeur. Ils reposent nécessairement sur des hypothèses et simplifications détaillées en annexe.

---

<sup>20</sup> Xavier Besnard et Malika Zakri (DREES), 2018, « Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions », Études et Résultats, n°1095, Drees, novembre.

## Ressources mobilisables par déciles de revenu et ressources nécessaires selon la durée d'hébergement et le reste à charge mensuel



Cette estimation conduit à prioriser la mobilisation du patrimoine des ménages comme instrument de financement privé de la perte d'autonomie.

### b. Les instruments de mobilisation du patrimoine financier et immobilier des ménages pourraient être davantage développés

Les outils de mobilisation du patrimoine présentent l'avantage de pouvoir être mobilisés au moment de l'entrée en dépendance, sans besoin d'une importante anticipation, contrairement à l'assurance dont le développement est limité par le décalage temporel entre le moment de la souscription et la date de réalisation du risque. Ces solutions s'adressent néanmoins à un public restreint : personnes propriétaires d'un bien immobilier ou d'un patrimoine financier et, pour le volet immobilier, personnes généralement seules et prises en charge à domicile (dans le cas d'une prise en charge en établissement, la vente du bien paraît plus intéressante).

#### Mobilisation du patrimoine financier

Les rentes viagères offertes par les produits d'épargne retraite constituent l'outil de mobilisation du patrimoine financier le plus adapté pour faire face au risque de longévité, qui pèse sur les personnes notamment en cas de dépendance longue. Le recours à ces produits présente en effet deux avantages principaux :

- La simplicité : un seul produit permet de faire face aux risques liés à la vieillesse, sans les difficultés liées aux critères d'activation des garanties des contrats d'assurance dépendance ;
- L'attractivité : le risque de longévité est plus facile à appréhender et moins anxiogène que le risque de perte d'autonomie. En particulier, l'épargnant ne prend pas, en comparaison avec l'assurance dépendance, un risque de cotisation à fonds perdus en cas de préservation de son autonomie.

#### Mobilisation du patrimoine immobilier

Le marché du viager traditionnel<sup>21</sup> constitue un marché de niche. Au total, le viager traditionnel représente entre 5000 et 8000 ventes par an en France. Ses faiblesses sont connues :

- Ce marché est particulièrement déséquilibré, avec un acheteur pour dix vendeurs et un délai de vente de plus de 18 mois. L'acheteur a donc un fort pouvoir de négociation et a tendance à délaissier les viagers sans rentes, plus avantageux pour le vendeur ;
- L'opacité du calcul de la décote. Le rendement du viager est lié au montant de la décote induite par le droit d'usage et d'habitation. L'importance de cette décote freine le vendeur, tout comme l'opacité de son mode de calcul.
- Le marché souffre d'une mauvaise réputation, la contractualisation donnant lieu à un pari sur la date de décès du vendeur.
- Pour le vendeur, les obstacles sont le risque de perte en cas de mort prématurée, le risque dans les familles de voir la vente en viager interprétée comme une spoliation de l'héritage, et l'aliénation de la propriété du bien, dont le vendeur ne garde que l'usufruit. Comme pour la rente différée, la table de mortalité utilisée serait particulièrement peu attractive ;
- L'acheteur est freiné par sa faible capacité d'appréciation de la valeur du bien immobilier, par le risque que représente la longévité du vendeur et par d'éventuelles réticences morales.

Le prêt viager hypothécaire<sup>22</sup> n'a connu qu'un faible succès depuis sa création. Il souffre de faiblesses du côté de l'offre comme de la demande :

- Du côté de la demande, ces produits peuvent apparaître comme des actifs « antifamiliaux » : les enfants ne percevront de leur espérance d'héritage que le solde inconnu que l'établissement de crédit laissera après remboursement de la dette. Ces produits peuvent par ailleurs être interprétés comme une volonté de la personne de spolier les enfants de tout ou partie de l'héritage ;
- Du côté de l'offre, le risque principal est que la dette dépasse le prix de vente du logement, du fait d'une période de survie de l'emprunteur relativement longue. Les établissements bancaires se couvrent donc en pratiquant des taux d'intérêt élevés (de l'ordre de 8%) et en limitant la part représentée par le montant de l'emprunt par rapport à la valeur du bien immobilier.

### c. Les instruments de mobilisation du patrimoine immobilier peuvent être modernisés

Le viager mutualisé ou viage permet de corriger certains déséquilibres du marché du viager traditionnel. L'acheteur est un institutionnel ou un professionnel agréé, soumis à des règles ou des impératifs sociaux. La taille de son portefeuille de logements lui permet de mutualiser le risque de survie du vendeur et le risque de valeur du logement au moment du décès. La relation directe entre vendeur et acheteur est évitée. Si cette solution lève certains freins au développement du viager (la décote est réduite, le marché compte davantage d'acheteurs et se rééquilibre), des obstacles importants demeurent du côté de la demande (interprétation par la famille, risque de mort précoce, aliénation de la propriété du bien). Une solution pourrait être le viage partiel, sans rentes, ne portant que sur une part fixée du logement, même si la question d'un avantage fiscal associé à la transmission directe du bouquet aux enfants doit être examinée au regard de son impact pour les finances publiques.

L'intervention publique paraît néanmoins indispensable au développement du viager, y compris pour le viager institutionnel. D'autres leviers pourraient être actionnés pour diffuser ces produits :

- La création d'un observatoire. La diffusion de la vente en viager suppose donc à la fois de rendre plus transparents certains de ses mécanismes (notamment la formule de calcul de la décote, qui pourrait être standardisée) et d'accroître la confiance dans cet outil. L'information statistique sur l'ensemble des produits de viager (caractéristiques et comportements des épargnants concernés, gisements de clientèle pour les

<sup>21</sup> Le viager traditionnel sur les marchés de gré à gré. Le vendeur ne conserve que l'usufruit et perçoit un capital et des rentes viagères jusqu'à son décès. A sa mort, le bien revient au particulier acheteur. L'acheteur paye sur une durée inconnue pour recevoir un montant aléatoire (valeur du logement à la date du décès).

<sup>22</sup> Le prêt viager hypothécaire est un prêt gagé sur le logement contracté par un ménage qui reste chez lui et reste propriétaire. Le ménage reçoit un capital et éventuellement des rentes jusqu'à son décès, remboursés à la banque lors de la vente du logement ou du rachat par les enfants



différents produits, etc.) est insuffisante, tout comme l'information mise à disposition du public sur les taux de rendement, les différents produits offerts, etc. ;

- La labellisation. Un label à dimension sociale, applicable aux investissements en viager comprenant une proportion minimale de logements modestes ou détenus par des populations à faibles revenus, pourrait améliorer la lisibilité et l'attractivité de ce type de produits ;
- L'intervention directe de l'Etat, à travers la création d'un fonds pour l'achat en viager de logements sociaux, bien qu'un tel dispositif soulève des difficultés pratiques importantes (coût d'acquisition élevé en zone tendue ; difficulté de gestion d'un patrimoine diffus, question de l'application de la législation HLM pour ce type de logements) ;
- L'intervention de la Caisse des dépôts et consignations, même si les premières initiatives lancées dans ce domaine témoignent des limites de ce marché, très concentré dans les zones tendues comme l'Ile-de-France, les grandes métropoles et la région PACA ;
- La codification des tables de mortalité, afin de limiter la disparité des tables utilisées par les acheteurs.

Le prêt viager hypothécaire mériterait d'être davantage connu, et pourrait également être adapté au cas de la dépendance. A ce titre, un prêt viager-dépendance pourrait n'être accordé qu'à une personne en dépendance lourde (GIR 1 et 2), à domicile ou en établissement. Ce prêt viager dépendance fonctionnerait comme un prêt viager hypothécaire classique mais ne serait proposé que dans les cas de perte d'autonomie avérée nécessitant un choix de famille. Dans le cas d'un maintien à domicile, l'établissement bancaire, disposant d'une information importante sur l'espérance de vie de la personne, proposerait des taux inférieurs aux taux actuellement pratiqués sur le prêt viager (de l'ordre de 4%). Dans le cas d'une prise en charge en établissement, le prêt servirait de prêt-relais avant la vente du bien immobilier, selon un délai fixé à l'avance et autorisant des taux inférieurs aux taux pratiqués pour le prêt viager hypothécaire classique. Ce prêt-dépendance pourrait être réversible, permettant à la famille d'anticiper le remboursement de la dette accumulée au moment de la disparition du parent âgé ou de son départ en EHPAD si elle veut garder le bien immobilier. Il ne s'adresserait qu'aux personnes non éligibles à l'ASH, son fonctionnement étant équivalent à celui de l'ASH qui ne prévoit ni frais de gestion ni intérêts.

Dans cette mesure, l'atelier privilégie les solutions suivantes :

- Une prise en compte des ressources patrimoniales dans le calcul de la prestation publique. Ces pistes sont explorées dans l'atelier « Panier de biens et services et reste à charge » et n'ont pas été travaillées par l'atelier « Nouveaux financements » ;
- Le soutien au développement de formes modernisées de viager et de prêt viager hypothécaire permettant de mobiliser le patrimoine immobilier des ménages qui le souhaitent pour faire face à leurs dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie ;
- Le soutien au développement de l'épargne retraite, dont la liquidation en rentes viagères permet de faire face au risque de longévité ;
- La poursuite de la maturation du marché de l'assurance dépendance, à travers l'émergence d'une offre labellisée et le développement des produits d'assurance en direction des aidants.

# LISTE DES MEMBRES DE L'ATELIER

## Co-présidence

Co-présidente : Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice, DSS

Co-président : M. Jean-Luc Tavernier, directeur général, INSEE

Rapporteur : M. Jérémy Fournel, membre de l'IGAS

## Liste des membres

M. Bertrand Boivin-Champeaux, directeur, CTIP

Mme Laure de la Bretèche, Caisse des dépôts et consignations

Mme Marie Chanchole, sous-directrice, direction du budget

M. Arnaud Chneiweiss, délégué général, FFA

M. Etienne Deguelle, CNSA

M. Joël Dessaint, directeur des finances, CNAM

M. Christian Fourreau, directeur adjoint, Union nationale ADMR

M. Eric Fregona, directeur adjoint, AD-PA

M. Laurent Guérin, chef de bureau, direction générale du trésor

M. Thierry Grignon, chef de bureau, direction générale du trésor

M. Jean-Cyprien Héam, chef de bureau, DREES

M. Gaël Hilleret, sous-directeur, DASES de Paris

M. David Hoyrup, adjoint au sous-directeur, DSS

M. Eric Lefèbvre, secrétaire général, Haut conseil du financement de la protection sociale

Mme Annie Lelièvre, responsable du pôle autonomie, FHF

M. Pierre Mayeur, directeur général, OCIRP

M. Boris Minot, chef de bureau, DGCS

Mme Céline Moreau, CNSA

M. Christophe Ollivier, directeur adjoint de la Direction Assurance, FNMF

M. Jean-Michel Rapinat, conseiller politiques sociales, Assemblée des départements de France

Mme Martine Wonner, députée du Bas-Rhin

Mme Malika Zakri, DREES



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère du travail  
Ministère de l'action et des comptes publics**

**Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques**

**Sous-direction des synthèses, des études  
économiques et de l'évaluation**

Bureau de l'analyse des comptes sociaux

Dossier suivi par : Jean-Cyprien Héam

Tél. : +33 (0) 1 40 56 84 98

Courriel : <mailto:jean-cyprien.heam@sante.gouv.fr>

**Sous-direction de l'observation de la  
solidarité**

Bureau du handicap et de la dépendance

Dossier suivi par : Malika Zakri

Tél. : +33 (0) 1 40 56 88 22

Courriel : [malika.zakri@sante.gouv.fr](mailto:malika.zakri@sante.gouv.fr)

Paris, le 22 janvier 2019

DREES-BACS N°05/2019/BHD N°05 2019

**Note à l'attention de Dominique Libault, Mission « Grand âge et autonomie »**

**Objet :** Note méthodologique sur l'estimation des ressources disponibles d'une personne âgée mobilisables en cas de perte d'autonomie dans le cadre de l'atelier « Nouveaux financements » de la mission Grand Âge et Autonomie (en coopération avec la Direction Générale du Trésor).

Cette note décrit une analyse dont l'objectif est d'apprécier la distribution des ressources disponibles – revenus courants et patrimoine – d'une personne âgée, pour les comparer à la charge totale à laquelle elle pourrait faire face en cas de perte d'autonomie.

Cette méthodologie s'appuie sur de nombreuses hypothèses simplificatrices : elle vise donc à fournir de premiers ordres de grandeur, plutôt qu'un chiffrage précis.

**Le Sous-directeur de l'observation de la  
solidarité**

**Patrick Aubert**

**La Sous-directrice des synthèses, des études  
économiques et de l'évaluation**

**Lucie Gonzalez**

**Copie :** André Ricard, Jérémy Fournel, Mathilde Lignot-Leloup, Jean-Luc Tavernier, Jean-Louis Rey, Dorian Roucher, mission Grand âge et autonomie

Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Adresse visiteurs : 10 - 18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon - 75014 PARIS

<http://social-sante.gouv.fr/>

## 1.1 Les sources :

Pour les ressources, deux sources sont mobilisées :

- D'une part l'enquête CARE volet Ménages (DREES) appariée avec les revenus fiscaux et sociaux (INSEE) pour les revenus. Le champ concerne l'ensemble des personnes de plus de 60 ans vivant à domicile en France métropolitaine.
- D'autre part l'enquête Patrimoine (INSEE) pour le patrimoine financier et immobilier. Le champ retenu ici regroupe l'ensemble des personnes de plus de 60 ans vivant en France en ménage ordinaire.

Pour les charges associées à la résidence en EHPAD, l'enquête CARE volet Institutions (DREES) est mobilisée (il s'agit des charges nettes de toutes les aides perçues, déclarées par les établissements). Le champ concerne l'ensemble des résidents permanents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, EHPA, USLD) de plus de 60 ans de France métropolitaine.

## 1.2 Stratégie de modélisation et hypothèses :

Pour chaque décile de revenu, on détermine si les charges cumulées sur la période de résidence sont supérieures aux ressources (en négligeant, en première approximation, les coefficients d'actualisation, de même que les revalorisations des revenus et des frais) :

$$D * 12 * M \geq D * 12 * R + Pf + Pi$$

Avec D la durée en dépendance (en années)

M le reste-à-charge mensuel

R le revenu individuel mensuel

Pf le patrimoine financier

Pi le patrimoine immobilier, lorsqu'il est considéré

Les hypothèses de calcul sont les suivantes :

- La ventilation est réalisée par décile de revenu : on considère que tout ménage a un patrimoine de montant égal à la médiane de patrimoine des ménages appartenant même décile de revenu. Ces patrimoines médians sont calculés sur le champ des seuls 60-69 ans, car ils sont majoritairement autonomes, ce qui permet donc de considérer que leur patrimoine n'est pas entamé par les frais liés à la dépendance (même s'ils peuvent éventuellement devoir faire face à la perte d'autonomie de leurs parents).
- Le patrimoine est individualisé (patrimoine du ménage divisé par le nombre de personnes du ménage) ; il est donc réparti, à parts égales parmi les personnes de plus de 60 ans de chaque ménage, de manière indépendante de la probabilité de devenir dépendant. C'est une hypothèse forte, faute de mieux (l'enquête Patrimoine ne permet pas de repérer les personnes en perte d'autonomie ; l'enquête CARE ne permet pas d'apprécier le patrimoine des personnes dépendantes).
- Les ressources (revenu courant, patrimoine financier ou immobilier) sont supposées entièrement dédiées à la dépendance.
- Le reste-à-charge est le reste à payer après intégration des aides publiques actuelles (APA, ASH, allocations logements, etc.). Il est, en première approximation, considéré indépendant des ressources.

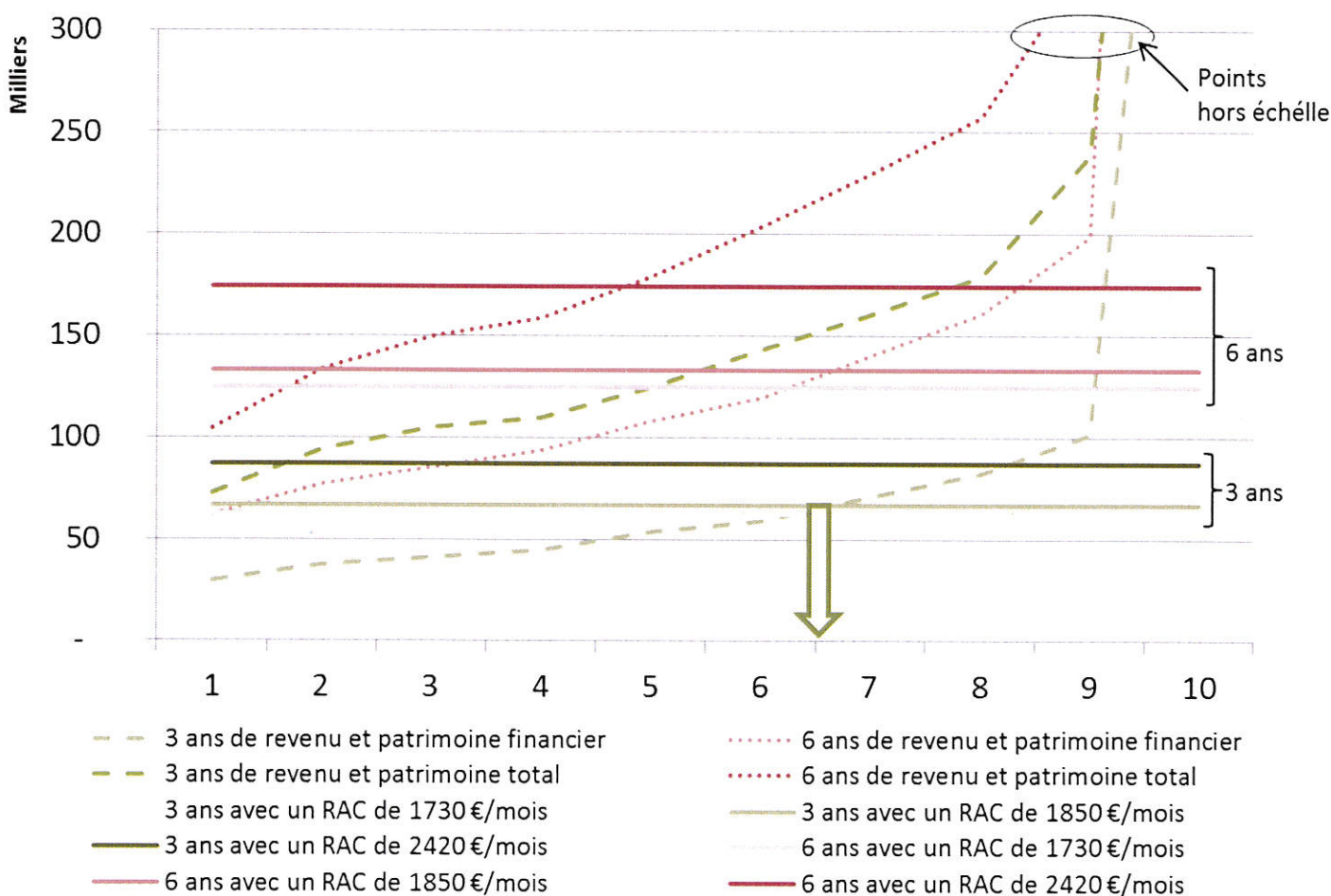
## 1.3 Remarques :

- L'exercice consiste ici à analyser la capacité à financer l'accompagnement des personnes dépendantes sur toute la durée de dépendance (à domicile et en établissement), en retenant comme reste-à-charge sur cette période celui calculé en établissement. Il s'agit donc là d'un minorant de la capacité de financement : en effet, considérer un reste-à-charge en établissement est une hypothèse conservatrice car les reste-à-charge à domicile sont généralement très inférieurs, même en tenant compte des dépenses au-delà du plan d'aide APA.
- Dans l'attente de l'appariement du volet Institutions de l'enquête CARE avec les revenus fiscaux et sociaux, les revenus considérés sont ceux des personnes vivant à domicile.
- Les ressources des ménages n'incluent pas les rendements de leur patrimoine.

### 1.4 Les variantes proposées :

- Trois variantes sont considérées pour le reste-à-charge en établissement : l'une est égale à la médiane de la participation financière des résidents aux dépenses d'hébergement et de prise en charge de la dépendance (1 850 €/mois), et deux autres niveaux de participation financière suivent le type d'établissement : un en établissement privé lucratif (2 420 €/mois) et un en établissement public (qui lui est inférieur de 29 %, soit 1 730 €/mois).
- Deux durées en dépendance sont considérées : 3 ans qui correspond à la médiane de durée de perception de l'APA et 6 ans qui correspond à une dépendance longue (quartile supérieur) [voir le Dossier de la Drees « La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie » d'octobre 2018].

### Ressources mobilisables par déciles de revenu et ressources nécessaires selon la durée d'hébergement et le reste à charge mensuel



Source : DREES (enquête Care) pour revenu, Insee (Enquête Patrimoine) pour patrimoine des 60-69 ans, calculs DREES & DG Trésor ; montant estimatifs.

Exemple de lecture : le point d'intersection entre la droite « 3 ans RAC de 1 850 €/mois » et la courbe « 3 ans de revenu et patrimoine financier » projeté sur l'axe des abscisses représente la proportion (soit environ 60% de la population des 60-69 ans) de personnes incapables de faire face à un reste-à-charge médian en établissement pendant 3 ans, en considérant que le revenu courant et le patrimoine financier sont totalement utilisés pour financer ces dépenses. La mobilisation du patrimoine immobilier diminuerait significativement cette proportion (moins de 10 % de la population).