

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES  
Séance plénière du 14 octobre 2015 à 9 h 30  
« Le pouvoir d'achat des retraités »

<b>Document N°15</b>
----------------------

<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>
---

## **Le compte 2011 de la dépendance**

*Axel Renoux et Romain Roussel, DREES  
extrait de Dossier Solidarité et Santé n°50, DREES, février 2014*



---

# Le compte 2011 de la dépendance

---

Axel Renoux et Romain Roussel

Dans le cadre de travaux de projection à l'horizon 2060 coordonnés par le Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), le compte de la dépendance a été réactualisé par la Drees. En retenant une approche strictement ciblée sur le surcoût de la dépendance, les dépenses publiques<sup>1</sup> relatives à la dépendance se seraient élevées à 21,1 milliards d'euros en 2011, soit 1,05 % du PIB. Ces financements publics se répartiraient en : 11,0 milliards d'euros pour les dépenses de santé occasionnées par la dépendance, 8,0 milliards d'euros de dépenses médico-sociales et 2,1 milliards d'euros de dépenses d'hébergement.

Tous financeurs confondus, les dépenses s'établiraient à 28,3 milliards en 2011, soit 1,41 % du PIB, dont 7,2 milliards seraient supportés par les ménages, essentiellement au titre de l'hébergement. Un peu plus de la moitié de cette somme serait consacrée à la prise en charge des personnes les plus fortement dépendantes (celles en GIR 1 et 2) qui représentent 3 % de la population des 60 ans et plus.

La Sécurité sociale serait le premier apporteur de ressources tant à domicile qu'en établissement (elle représente 53 % de la dépense prise en charge), devant les ménages (25 %) et les collectivités territoriales (18 %), la contribution de l'État étant très limitée (3 %).

## 1 – Quel champ retenir pour le compte de la dépendance ?

Les travaux menés en 2011 dans le cadre des groupes animés par Bertrand Fragonard et par Jean-Michel Charpin avaient permis d'établir un « compte de la dépendance » et d'estimer les enjeux financiers associés à l'horizon 2040. Ces travaux ont mis en évidence les difficultés et les questions que posait l'évaluation du compte et la sensibilité des résultats obtenus à moyen-long terme aux hypothèses démographiques et institutionnelles retenues.

En particulier le choix du périmètre des dépenses a suscité des questions (voir détails dans l'encadré 1) : devait-on retenir l'intégralité des dépenses des personnes âgées dépendantes - en santé notamment - ou seulement leurs dépenses spécifiques ? Devait-on réserver l'analyse aux seules dépenses publiques ou l'élargir aux dépenses laissées à la charge des ménages ? Devait-on intégrer dans l'analyse le coût implicite de l'aide familiale ? Les définitions mêmes de la situation de dépendance sont apparues multiples : selon les critères retenus pour définir la dépendance – critère de restrictions d'activité<sup>2</sup>, critère de nature médico-sociale (grille AGGIR<sup>3</sup>), ou encore critère administratif (personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie - APA -) – le nombre de personnes dépendantes varie.

Or, les choix retenus pour la définition du champ ne sont pas sans conséquences sur l'appréciation portée sur les enjeux, que ce soit à court ou à long terme.

<sup>1</sup> Y compris aides fiscales.

<sup>2</sup> Critère retenu dans les enquêtes sur l'état de santé : besoins en aides pour les activités de la vie quotidienne (AVQ : se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes) ou en aides pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ : faire ses courses, sa lessive, le ménage, préparer les repas, ou encore gérer son budget et se déplacer à l'extérieur de chez soi).

<sup>3</sup> La grille « autonomie gérontologique groupes iso-ressources » (AGGIR) permet de classer les personnes par niveau de gravité de dépendance, grille utilisée pour définir le champ des personnes pouvant bénéficier de l'APA (cf. annexe 1).

## ENCADRÉ 1

## Les différentes approches possibles de la dépendance et de sa dépense

Cet encadré présente de manière synthétique les principales options possibles quant à l'évaluation des dépenses afférentes aux personnes âgées dépendantes, en fonction de la définition retenue. En effet, celle-ci est susceptible de recouvrer différentes acceptions selon le type d'approche retenue et ce, à plusieurs titres :

- Tout d'abord, en termes de champ de la population considérée : selon les cas, on peut par exemple être amené à retenir comme critère l'ensemble des personnes ayant dépassé un certain âge, fixé conventionnellement (par exemple, 75 ou 80 ans) et consommant certains soins considérés comme marqueurs d'une situation de dépendance (par exemple, les actes infirmiers de soins - AIS), ou un critère de nature médico-sociale (les personnes de plus de 60 ans, classées en groupes iso-ressources (GIR) 1 à 6 dans la grille AGGIR – voir annexe 1 – et donc potentiellement éligibles à l'APA pour certaines d'entre elles), ou encore un critère de restrictions d'activité (celui-ci est apprécié en décomposant les activités en activités de la vie quotidienne - AVQ - : se lever, se laver, s'habiller, s'alimenter, aller aux toilettes ; et en activités instrumentales de la vie quotidienne - AIVQ - : faire ses courses, son ménage, se déplacer à l'extérieur de chez soi, faire sa lessive, gérer son budget...) ou enfin un critère purement administratif (les personnes âgées ayant effectivement bénéficié de l'APA, ce qui exclut de fait le non recours et les GIR 5 et 6, non éligibles à l'aide).

Les résultats de ces différentes approches peuvent être assez variables en termes d'effectifs concernés : ainsi, une extrapolation de la population dépendante à domicile en pseudo-GIR 1 à 4 issue de l'enquête HSM conduit à près de 900 000 personnes, contre un peu plus de 700 000 bénéficiaires effectifs de l'APA à domicile en GIR 1 à 4 début 2011 estimés pour la France entière à partir de l'enquête annuelle de la Drees sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale et l'APA.

- En termes d'étendue du périmètre de la dépense à prendre en compte : en fonction de l'objet que l'on cherche à analyser (la consommation totale ou le surcroît de dépense imputable à la perte d'autonomie) et de la nature des dépenses que l'on souhaite comptabiliser (y compris ou non les dépenses de prévention, avec prise en compte ou non du temps passé par les aidants familiaux). Dans une approche surcroît de dépense, il convient, par exemple, pour les dépenses de soins, de cibler spécifiquement les actes médicaux et paramédicaux et les dispositifs médicaux spécialement dévolus à la prise en charge de la dépendance aussi bien à domicile qu'en établissement.

- Enfin, en termes de financeur initial ou final de la dépense en faveur des personnes âgées dépendantes : selon que l'on s'intéresse à une analyse du « reste à charge » des personnes ou à l'effort public de la collectivité ou des différents acteurs du système en leur faveur, une approche plus ou moins restrictive de la notion de dépense peut s'avérer pertinente. Dans son acception la plus large, celle-ci peut recouvrir - *en sus* de la dépense publique et de la dépense des ménages de personnes âgées dépendantes - une valorisation du temps passé par les aidants familiaux.

Au-delà de cette typologie qui peut être faite de la notion de dépense, se pose la question de sa mesure, son identification pouvant rencontrer d'importantes difficultés techniques.

Dans le dernier exercice mené par la Drees pour le HCFiPS, en articulation avec les travaux de projection effectués pour le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), les choix suivants ont été retenus :

- L'approche surcoût de la dépense a été systématiquement retenue, en particulier les dépenses de soins ont été évaluées en surcoût ce qui n'avait pas pu être fait initialement pour l'évaluation du compte de la dépendance dans le cadre des travaux conduits en 2011 (*cf.* annexe 2) ;
- Pour évaluer les dépenses, ont été considérées comme personnes dépendantes celles classées en GIR 1 à 4 selon la grille AGGIR (seules éligibles à l'APA). Toutefois, il a semblé pertinent d'inclure également certaines dépenses des personnes classées en GIR 5 et 6 : les dépenses de prévention visant à lutter contre la perte d'autonomie (en particulier les dépenses d'aide sociale des collectivités territoriales et des régimes de retraite et les dépenses de soins des SSIAD) ou encore des dépenses correspondant à des situations pouvant être assimilées à de la perte d'autonomie (dépenses en établissement) ;
- Le champ de la dépense retenue peut être qualifié de large : il regroupe l'ensemble des dépenses de soins, de dépenses médico-sociales d'aide à la personne et d'hébergement quel que soit le financeur – État, Collectivités territoriales, Sécurité sociale et ménages –, pour autant que l'on ait été capable de les évaluer<sup>4</sup>. Pour des raisons méthodolo-

<sup>4</sup> Ne sont pas prises en compte ici les dépenses à la charge des ménages susceptibles d'être financées par des rentes d'assurance dépendance, ni les primes versées par les ménages pour ces contrats.

riques, sont exclues cependant de l'analyse à la fois les dépenses en faveur de l'autonomie financées par les ménages au-delà du plan d'aide de l'APA et les aides informelles apportées aux personnes âgées dépendantes par leurs proches. Des travaux du secrétariat général du Haut Conseil à la famille avaient estimé entre 7 à 11 milliards d'euros l'apport des aidants familiaux, sur des bases conventionnelles, dans un rapport daté du 16 juin 2011. En effet, ce type d'aide est par nature complexe à quantifier<sup>5</sup> et sa valorisation<sup>6</sup> fait également débat, aussi s'agissait-il d'ordres de grandeur nécessairement fragiles.

## 2 – L'approche surcoût adoptée aboutit à un montant de dépenses de soins spécifiques de 11,0 milliards d'euros pour l'année 2011

Pour la dépense publique de santé, de premiers résultats de travaux de la Drees<sup>7</sup> qui visaient à évaluer le surcoût en frais de soins de la situation de dépendance ont été présentés dans le rapport de Bertrand Fragonard sur la « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ». Ce surcoût était alors estimé sur le champ des soins de ville à 1,5 milliard d'euros pour l'année 2010. Ces travaux étant préliminaires, cette estimation n'avait pas été retenue pour le précédent compte de la dépendance présenté en 2011 sur lequel avaient été réalisés les exercices de projection. Il leur avait été préféré une estimation de la dépense totale en frais de soins des personnes âgées dépendantes. Celle-ci était évaluée à 5 milliards d'euros pour les dépenses publiques de soins de ville et d'hospitalisation (cf. annexe 2).

Cette évaluation méritait d'être réexaminée. En effet, il s'agissait de l'actualisation sur une base conventionnelle (en retenant la progression 2003-2010 des sous-objectifs de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie - ONDAM - ville et établissements de santé) d'une estimation assez ancienne datant de 2005, réalisée par la Cour des comptes sur des données 2003 dans laquelle la population supposée être dépendante correspondait aux personnes de plus de 75 ans consommant des actes infirmiers de « nursing ».

Depuis lors, les travaux préliminaires de la Drees, à partir des résultats des enquêtes « handicap-santé » en ménages ordinaires (HSM) et les données issues du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) de la CNAMTS, ont été consolidés. Dans le cadre du nouvel exercice de projection et au-delà du seul réexamen des chiffres communiqués pour l'année 2010, une attention toute particulière a donc été portée à l'évaluation du bloc de dépenses relatif à la santé.

<sup>5</sup> Ainsi le rapport précité précise-t-il que si un milliard d'heures par an seraient consacrées par les aidants informels aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile, ces données « doivent être interprétées avec précaution. Reposant uniquement sur des éléments déclaratifs, il est probable que le nombre d'heures d'aide des aidants familiaux soit surestimé. Ces heures recouvrent également une diversité de formes d'aides qui ne sont pas nécessairement comparables à l'aide apportée par des professionnels ».

<sup>6</sup> « Pour valoriser ces heures d'aide informelle plusieurs méthodes peuvent être retenues, allant de l'estimation du coût d'opportunité des aidants informels à celle de la dépense évitée » précise le HCF, ce qui pose la question du salaire horaire d'aide à prendre pour référence (SMPT, SMIC, ou encore salaire moyen d'un professionnel du secteur sont évoqués comme des pistes possibles dans le rapport). La fourchette de 7 à 11 milliards d'euros présentée en 2011 par le HCF ne recouvre pas l'étendue du champ des possibles mais revient à valoriser, selon le cas, l'heure d'aide au SMIC net (approche coût d'opportunité pour un travail non qualifié) ou au SMIC y compris charges sociales (coût du recours à un professionnel non qualifié en gré à gré en tenant compte des exonérations dont bénéficient les personnes âgées dépendantes).

<sup>7</sup> Travaux réalisés à partir de l'appariement des données de l'enquête santé en ménages ordinaires (HSM, cf. encadré 2) et des données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

## ENCADRÉ 2

**Les apports des enquêtes Handicap Santé Ménages (HSM) et Handicap Santé Institutions (HSI) pour l'analyse des dépenses de soins des personnes âgées dépendantes**

L'enquête Handicap-Santé a été réalisée en 2008 auprès de 30 000 individus vivant à domicile pour le volet ménage (HSM) et en 2009 auprès de 9 000 individus vivant en institution (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD -, maison de retraite, établissement psychiatrique, centres d'hébergement et de réinsertion sociale - CHRS -, ...) pour le volet institution (HSI). Ce dispositif d'enquête permet d'étudier la santé et la situation au regard de la dépendance des personnes interrogées.

En établissement, le GIR effectif des personnes hébergées a directement été recueilli dans l'enquête HSI. À domicile, les niveaux de dépendance ont été mesurés en calculant un « pseudo-GIR » construit à partir des déclarations des enquêtés sur leurs activités de la vie quotidienne (AVQ ou ADL en anglais) et leurs activités instrumentales (AIVQ ou IADL en anglais) recueillies dans le cadre de l'enquête HSM. Cette définition permet d'élargir le champ d'étude à la population ciblée par l'APA, sans se restreindre aux seuls bénéficiaires de cette allocation.

En mobilisant l'enquête HSM, la Drees a ainsi réalisé une première estimation des dépenses en soins de ville des personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile. Cette enquête permet pour la première fois d'identifier les personnes dépendantes selon leur niveau de dépendance et de connaître leurs dépenses en soins de ville (hors services de soins infirmiers à domicile - SSIAD) grâce à l'appariement individuel de leurs réponses à l'enquête avec les données du SNIIRAM sur leurs dépenses de santé présentées au remboursement dans les douze mois précédant l'enquête.

Sur la base de cet appariement HSM/SNIIRAM, on dispose d'un échantillon représentatif de 7 200 personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile pour lesquelles on connaît à la fois une estimation de leur niveau de GIR (GIR 1 à 6, voir annexe 1) et leurs dépenses en soins de ville (taux de recours, dépense moyenne remboursée aux personnes ayant eu effectivement recours, ticket modérateur, dépassement, participations et forfaits divers) par grand poste (soins de généralistes, de spécialistes, consommables dont médicaments, transports, soins infirmiers cotés « actes infirmiers de soins » - AIS - et « actes médicaux infirmiers » - AMI -, soins de kinésithérapie, biologie, soins optiques et dentaires). L'échantillon renseigne également sur la présence ou non d'affections de longue durée.

Les résultats de l'appariement HSM-SNIIRAM exploité par la Drees (cf. encadré 3) ont permis de montrer que :

- les écarts de consommation de soins présentés au remboursement sont importants selon que les personnes sont en affection de longue durée (ALD) ou non ;
- pour la majorité des postes en soins de ville, les écarts de consommation de soins ne se distinguent que faiblement selon que la personne est présumée dépendante ou non<sup>8</sup>. Seules se distinguent les consommations en actes infirmiers de soins (AIS), en actes de masso-kinésithérapie, de certains dispositifs médicaux (matériels de type lit médicalisé, appareillage et prothèses autres que dentaires) et de transports sanitaires.

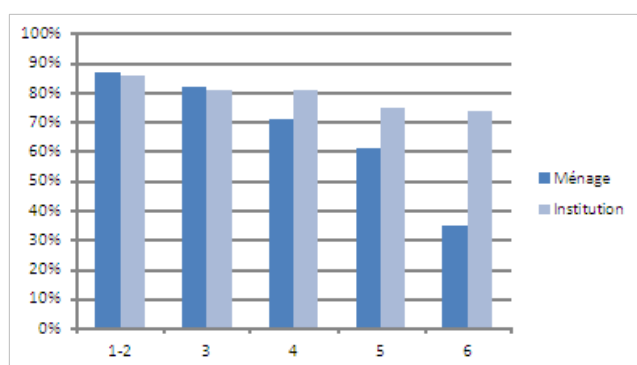
<sup>8</sup> Désormais, depuis l'enquête handicap-santé, les personnes âgées « présumées dépendantes » ne sont plus repérées par leur consommation d'actes spécifiques de « nursing » (ce qui aurait conduit à un raisonnement tautologique dans cette approche, car on mesure spécifiquement le surcoût sur ce type d'actes) mais par reconstitution de « pseudo-GIR » compte tenu des limitations d'activité déclarées par les répondants à l'enquête. La grille permet ainsi de classer les personnes âgées dépendantes en fonction de leur besoin en aide humaine, exprimé en temps d'intervention par jour (GIR1: 3h30, GIR2: 3h, GIR3: 2h30, GIR4: 1h45, GIR5: 53mn, GIR6: 15 mn).

## ENCADRÉ 3

## Principaux résultats de l'appariement de l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) et du SNIIRAM

Si les écarts de consommation sont notables selon que les personnes sont ou non en ALD (ce qui est fréquemment le cas pour les personnes les plus dépendantes, cf. graphique 1), ils peuvent également être prononcés entre personnes âgées dépendantes selon leur degré d'autonomie. Ces graphiques, ainsi que le descriptif de l'enquête HSM, sont repris du dossier solidarité-santé n°42 de la Drees « Les dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes » de Lucie Calvet et Alexis Montaut paru en août 2013.

## Graphique 1 - Prévalence d'au moins une ALD selon le GIR et le mode d'hébergement



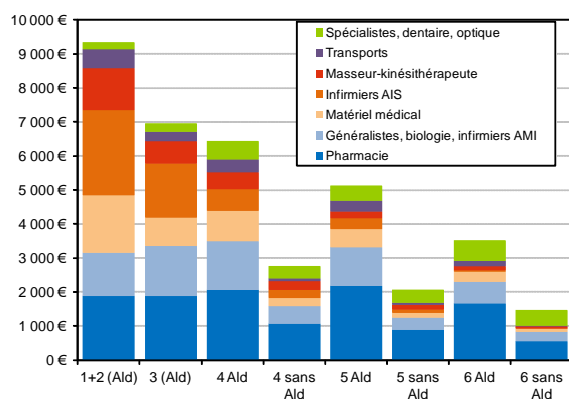
Note : La proportion de personnes en ALD est appréciée avec une plus grande marge d'erreur pour les personnes en GIR 1-2 en raison du petit nombre de personnes enquêtées dans cette situation.

Champ : France, personnes de 60 ans et plus vivant à domicile ou en EHPAD, USLD ou maison de retraite.

Sources : Insee 2007-2008 – appariement enquête Handicap-Santé Ménages – SNIIRAM, et 2009 – appariement enquête Handicap-Santé Institution – SNIIRAM, calculs Drees.

Les seules dépenses dont les montants semblent significativement différents entre les populations des personnes âgées selon qu'elles sont présumées dépendantes ou non sont celles des postes relatifs : aux actes infirmiers de « nursing », aux actes de kinésithérapie, à certains consommables spécifiques à la prise en charge de la perte d'autonomie (matériels – de type lit médicalisé, appareillage...- et prothèses autres que dentaires) et aux transports sanitaires (cf. graphique 2).

## Graphique 2 - Répartition par poste de la dépense de santé en soins de ville selon le GIR et la présence ou non d'une ALD



Lecture : En moyenne, la dépense de santé présentée au remboursement des personnes de 60 ans et plus en GIR 4 et en ALD s'élève à 6 400 €. Le poste de dépense le plus élevé est celui des médicaments (2 000 €) suivi des actes de médecins généralistes, de biologie et des actes infirmiers cotés AMI (1 500 €).

Pour plus de lisibilité, les postes de dépenses qui augmentent avec le niveau de dépendance ont été représentés en orange/rouge, celles qui diminuent avec le niveau de dépendance ont été représentées en vert et celles qui augmentent pour les personnes en ALD sont représentées en bleu.

Les soins infirmier AIS sont les actes de soins infirmiers tels que la toilette, l'hygiène, la garde à domicile ou encore la prévention. Ces actes sont, par définition, à destination des personnes dépendantes.

Les soins infirmier AMI sont les actes médicaux infirmiers (prélèvement, injection, pansement...). Ces actes sont plus fréquents pour les personnes souffrant d'une ALD.

Champ : France, personnes de 60 ans et plus.

Sources : Insee 2007-2008 – appariement enquête handicap-santé-ménages – SNIIRAM, calculs Drees.

À partir de cette analyse, il a été possible d'évaluer l'écart entre les dépenses en soins de ville des personnes à domicile supposées dépendantes (GIR 1 à GIR 4) et celles des personnes supposées non-dépendantes (GIR 5 et 6) sur ces « actes traceurs » de la dépendance.

Le surcoût des actes traceurs de la dépendance y ressort à environ 1,7 milliard d'euros en 2011 (après actualisation de l'estimation relative à l'année 2008<sup>9</sup>) et serait supporté quasi-exclusivement par l'assurance maladie. Ajouté à la dépense en SSIAD (1,4 milliard d'euros en 2011), ce surcoût semble représentatif de la dépense publique de soins spécifiquement liée à la dépendance pour les personnes résidant à domicile. Il constitue en quelque sorte le pendant de la dépense publique de soins des résidents en établissement appréhendée *via* la notion de forfait de soins<sup>10</sup> à travers le montant de l'ONDAM médico-social (6,6 milliards d'euros en 2011).

Le surcoût en soins de ville et en établissement pour personnes âgées est ainsi supposé correspondre au surcoût des actes traceurs en soins de ville (1,7 milliard d'euros en 2011) et aux dépenses prises en charge par l'OGD (dépenses des SSIAD et forfaits soins des EHPAD, soit 8,0 milliards d'euros en 2011 pour les GIR 1 à 4).

Pour ce qui est des dépenses hospitalières, seules les dépenses engagées au titre des USLD (1,0 milliard d'euros en 2011) sont prises en compte dans le calcul du surcoût « dépendance » ; les autres dépenses sont supposées en effet correspondre à des soins aigus pour lesquels le surcoût relatif à la perte d'autonomie est supposé nul, par convention<sup>11</sup>.

Dès lors, l'estimation pour l'année 2011 du surcoût supporté par les financeurs publics au titre des soins des personnes âgées dépendantes ressort au total à 10,7 milliards d'euros pour les GIR 1 à 4. En suivant une méthodologie similaire, ce montant atteint près de 11,0 milliards d'euros pour l'ensemble des GIR 1 à 6 (comme précisé au point 1/, pour les GIR 5-6, les 300 millions d'euros du champ santé correspondent aux dépenses en SSIAD et en EHPAD).

Exprimée en parts de PIB, cette dernière dépense de soins représente 0,55 point en 2011. Elle s'établit donc logiquement à un niveau inférieur au 0,72 point du PIB 2010 de la dépense totale de soins des personnes dépendantes évaluée sous la méthodologie du rapport piloté par Bertrand Fragonard sur la « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » (pour la comparaison de l'ensemble des volets du compte de la dépendance relatifs aux financements publics avec celui établi précédemment, se reporter à l'annexe 2).

### 3 – En 2011, les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance s'élèvent à 21,1 milliards

Le coût total de la prise en charge de la perte d'autonomie pour les ménages et pour les pouvoirs publics est de 28,3 milliards d'euros en 2011 (*cf.* tableau 1), ce qui représente 1,41 point de PIB. La part financée par les pouvoirs publics représente 21,1 milliards d'euros, soit les trois-quarts du coût de la prise en charge de la perte d'autonomie. Le quart restant est à la charge des ménages, pour 7,2 milliards d'euros.

<sup>9</sup> L'enquête HSM porte uniquement sur l'année 2008.

<sup>10</sup> Cette dernière notion est toutefois un peu plus large puisqu'elle inclut aussi des dépenses au titre de médicaments consommés en EHPAD ayant une pharmacie intégrée et des consultations médicales qui ne sont pas toutes en lien direct avec la situation de dépendance des résidents.

<sup>11</sup> Cette présentation revient à supposer que l'ensemble des dépenses hospitalières des personnes dépendantes ainsi que les dépenses en soins de ville des résidents en établissement constituent des dépenses de soins non liées à l'état de dépendance mais à des épisodes de soins aigus qui n'ont donc pas vocation à être comptabilisées dans cette approche. Des études ultérieures pourront s'attacher à identifier, au sein des hospitalisations (notamment en soins de suite et de réadaptation), celles qui peuvent être liées à la dépendance.



TABLEAU 1

## Dépense totale de prise en charge de la dépendance (montants 2011 en Md€ et parts de PIB)

Champ	Type de dépense	2011 (points de PIB)	2011 (Md€)	dont financeurs publics (Md€)	dont ménages (Md€) (1)
<b>Santé</b>	OGD personnes âgées	0,41%	8,3	8,3	-
	Soins de ville	0,09%	1,7	1,7	0,1
	Hôpital	0,00%	-	-	-
	USLD	0,05%	1,0	1,0	-
	<b>Sous-total santé</b>	<b>0,55%</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>	<b>0,1</b>
<b>Dépendance</b>	APA et ticket modérateur	0,35%	7,1	5,3	1,8
	Réduction IR à domicile (2)	-	-	0,1	- 0,1
	Exonérations de cotisations patronales	0,05%	1,0	1,0	-
	PCH et ACTP (60 ans et plus)	0,02%	0,3	0,3	-
	Action sociale (Collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale)	0,05%	1,0	1,0	-
	Demi-part invalidité	0,01%	0,1	0,1	-
	Autres aides fiscales (taux réduits de TVA...) et diverses (actions d'animation) (3)	0,01%	0,1	0,1	-
	<b>Sous-total dépendance</b>	<b>0,48%</b>	<b>9,7</b>	<b>8,0</b>	<b>1,7</b>
<b>Hébergement</b>	ASH	0,06%	1,2	1,2	-
	Aides au logement (APL, ALS)	0,02%	0,5	0,5	-
	Réduction IR en établissement (2)	-	-	0,2	- 0,2
	Plan d'aide à la modernisation des établissements et autres (4)	0,01%	0,2	0,2	-
	Coût net de l'hébergement (5) (hors gîte et couvert)	0,28%	5,6	-	5,6
	<b>Sous-total hébergement</b>	<b>0,38%</b>	<b>7,5</b>	<b>2,1</b>	<b>5,4</b>
<b>Total</b>		<b>1,41%</b>	<b>28,2</b>	<b>21,1</b>	<b>7,2</b>

(1) Pour la partie ménages, le compte actualisé inclut les dépenses en établissements des personnes en GIR 5 et 6 (pour environ 150 M€) au titre du ticket modérateur de l'APA ainsi que le coût de l'hébergement de ces personnes pour environ 800 M€. Ne sont en revanche pas incluses les dépenses des ménages effectuées au-delà du plan d'aide d'APA à domicile ni celles relevant de l'aide informelle.

(2) les réductions d'impôt sur le revenu pour frais de dépendance à domicile et en établissement viennent en déduction de l'effort des ménages et sont donc comptabilisées avec un signe négatif dans le compte « ménages ». Il s'agit en revanche de coûts pour les pouvoirs publics, ces dépenses n'apparaissent donc pas dans le compte consolidé tous financeurs confondus.

(3) les autres aides fiscales comprennent les taux réduits de TVA applicable à certains appareillages spécifiques et aux services à la personne (pour leur quote-part personnes âgées dépendantes, estimées par la DGFIP), le crédit d'impôt sur le revenu pour matériels spécifiques et les exonérations de TSCA en faveur des contrats d'assurance dépendance. Les aides diverses recouvrent quant à elles les actions d'animation de la CNSA.

(4) les autres aides correspondent aux taux réduits de TVA en faveur de la construction d'établissement hébergeant des personnes âgées.

(5) Le coût net restant à la charge des ménages correspond au tarif hébergement après prise en compte de l'ASH et des aides au logement, duquel sont déduites les dépenses de gîte et couvert. Ces dépenses de gîte et couvert correspondent aux dépenses minimales que les personnes devraient engager si elles résidaient à domicile (celles-ci ont été évaluées à partir de l'enquête Budget des familles de l'Insee et correspondent aux dépenses incompressibles : alimentation, assurance logement, loyer...).

Source : Drees.

La fonction santé représente 11,0 milliards d'euros en 2011, soit 39 % du coût total de la prise en charge de la perte d'autonomie, tous financeurs confondus. Environ 75 % de ce surcoût de dépenses de santé est rattaché à l'OGD personnes âgées, soit 8,3 milliards d'euros, le reste se partageant entre soins de ville (1,7 milliard d'euros, soit 16 % du surcoût total en dépenses de santé) et les USLD (1,0 milliard d'euros, soit 9 % de ce surcoût).

La fonction dépendance représente près de 9,7 milliards d'euros en 2011, soit 34 % du coût complet de la prise en charge de la perte d'autonomie. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et le ticket modérateur acquitté par les ménages dans le cadre de cette aide en représentent près des trois-quarts (74 %), loin devant les exonérations sociales et fiscales (11 %) et l'action sociale des caisses de Sécurité sociale, des départements et des communes (10 %) qui constituent les autres principales formes d'aide.

Enfin, l'hébergement en établissement représente 7,5 milliards d'euros, soit 27 % du coût complet de la perte d'autonomie. Cette somme représente le surcoût occasionné par le fait de vivre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées plutôt que chez soi. Les coûts de l'hébergement restant à la charge des ménages après prise en compte de l'ASH et des AL sont nets du coût du gîte et du couvert, c'est-à-dire qu'ils ne comprennent pas les frais que ces personnes auraient dû dépenser en nourriture et en loyer si elles ne vivaient pas en établissement. Les principales aides publiques pour couvrir les frais d'hébergement sont constituées de l'aide sociale à l'hébergement (ASH ; 1,2 Md€) et des allocations logement servies en institution (allocation personnalisée au logement - APL - et allocation de logement à caractère social - ALS - ; 0,5 Md€), qui couvrent au total 23 % du coût de l'hébergement des personnes âgées dépendantes en établissement. Il est à noter que l'aide sociale à l'hébergement vient en complément des autres aides afin de solvabiliser les personnes les plus modestes et de leur laisser un « reste à vivre » minimal (94 euros par mois, montant en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013).

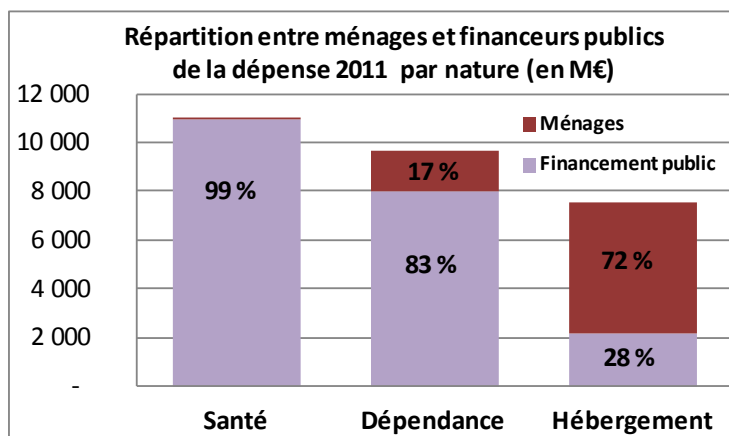
## 4 – Une prise en charge variable selon la nature des dépenses et le niveau de dépendance

Les financements publics représentent 99 % des dépenses de santé liées à la dépendance, 83 % de l'aide médico-sociale aux personnes et 28 % de l'hébergement en établissement. Le reste de la dépense est, directement ou indirectement, à la charge des ménages (*cf.* graphique 3).

Par conséquent, du fait de cette dissymétrie et du poids respectif de ces trois fonctions au sein de la dépense totale, le coût global de la prise en charge de la perte d'autonomie pour les pouvoirs publics est composé à 52 % des dépenses de santé, à 38 % de l'aide médico-sociale aux personnes et à 10 % de l'hébergement en établissement. Le coût de la perte d'autonomie apparaît tout autre du point de vue des ménages, qui acquittent 1 % des dépenses de santé, 17 % de dépenses médico-sociales d'aide aux personnes et 72 % des frais d'hébergement en établissement.

GRAPHIQUE 3

La part financée par les pouvoirs publics varie très fortement selon la nature de la dépense



Lecture : Les dépenses médico-sociales (fonction dépendance), représentent 9,7 milliards d'euros de dépenses en 2011. Elles sont financées à 83 % par les pouvoirs publics et à 17 % par les ménages.

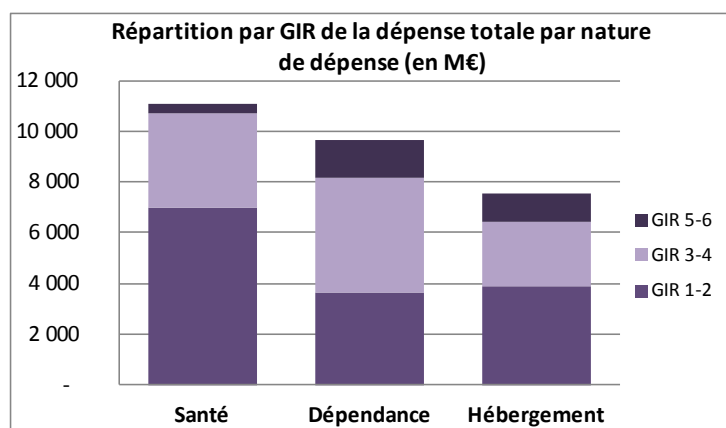
Champ : France entière en 2011.

Source : Drees, compte de la dépendance.

La perte d'autonomie peut être plus ou moins sévère. En fonction de leur degré de perte d'autonomie, les personnes âgées concernées auront des besoins différents, aussi la structure par niveau de dépendance des coûts complets de la perte d'autonomie varie-t-elle également selon la nature de la dépense (cf. graphique 4).

#### GRAPHIQUE 4

La part de chaque GIR est variable selon la nature de la dépense



Lecture : le surcoût en santé, qui représente 11,0 milliards d'euros en 2011 sous les conventions de champ et de calcul adoptées, est composée à 65 % de dépenses à l'attention des GIR 1-2 et à respectivement 33 % et 3 % de dépenses à l'attention des GIR 3-4 et des GIR 5-6.

Champ : France entière en 2011.

Source : Drees, compte de la dépendance.

L'analyse du compte par GIR montre que sous les conventions de champ et de calcul adoptées (cf. précisions mentionnées à la fin du point 1/) :

Les personnes en GIR 1 et 2 concentrent environ les deux-tiers des dépenses de la fonction santé en raison de leur condition physique – ou mentale – très dégradée et un peu plus de la moitié de la dépense de dépendance et d'hébergement. Quoiqu'on ne dénombre que 3 % de GIR 1 et 2 au sein de la population des 60 ans et plus, ces personnes représentent un peu plus de la moitié des dépenses d'hébergement et une part un peu moindre (38 %) de l'aide médico-sociale aux personnes, car elles sont plus souvent hébergées en institutions. En effet, demeurer chez elles nécessite en général des aménagements de leur logement et une présence humaine presque continue.

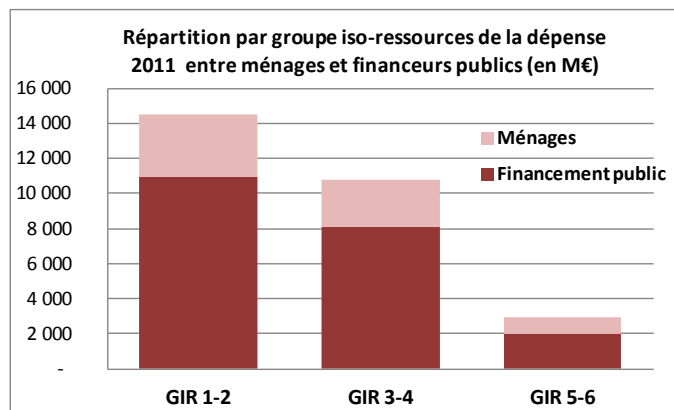
Les personnes en GIR 3 et 4 représentent 5 % des effectifs des 60 ans et plus mais environ 38 % de la dépense totale (près de la moitié de l'aide médico-sociale aux personnes et plus du tiers du coût de l'hébergement). Ces personnes vivent plus souvent à leur domicile où elles préfèrent recourir à une assistance dans leur vie quotidienne plutôt que d'aller en établissement.

Les personnes en GIR 5 et 6, considérées comme peu ou pas dépendantes, représentent 92 % de la population de 60 ans et plus, mais seulement 10 % du coût de la perte d'autonomie. Plus précisément, elles représentent 15 % de l'aide médico-sociale aux personnes et à l'hébergement, mais, sous les conventions retenues, une très faible part du surcoût de dépenses de santé. En effet, leurs dépenses ne sont, par hypothèse, retenues dans le champ du compte que si elles ont recours à des aides publiques de prévention de la perte d'autonomie (aide ménagère...) ou intègrent un établissement d'hébergement de personnes âgées.

Malgré les différences de structure des coûts selon la nature de la dépense, la répartition des coûts entre financements publics et « reste à charge » des ménages varie peu selon le degré de dépendance (cf. graphique 5). En effet, sous les conventions de calcul adoptées, les financements publics couvrent environ les trois-quarts du coût de la dépendance pour les personnes du GIR 1-2 ainsi que pour celles du GIR 3-4 et un peu moins de 70 % pour les personnes du GIR 5-6.

## GRAPHIQUE 5

Les financements publics couvrent les trois-quarts des dépenses des personnes fortement ou moyennement dépendantes.



Lecture : la prise en charge de la dépendance du GIR 1-2, qui représente 14,5 milliards d'euros en 2011, est financée à 75 % par les pouvoirs publics et à 25 % par les ménages eux-mêmes.

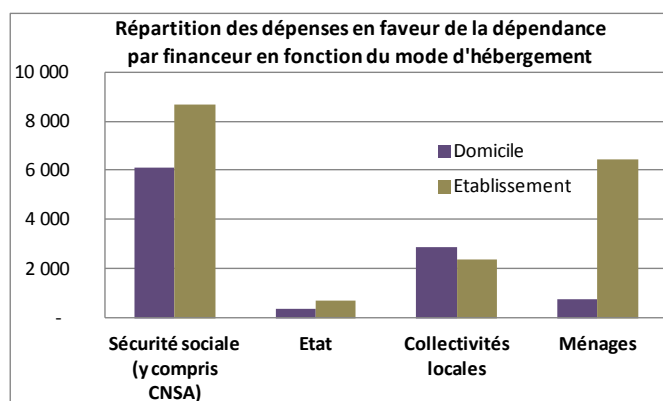
Champ : France entière en 2011.

Source : Drees, compte de la dépendance.

Un autre axe d'analyse consiste à mener un examen, par mode d'hébergement des personnes âgées dépendantes, des apports des différents financeurs à un niveau plus fin (cf. graphique 6). Si la sphère Sécurité sociale constitue le premier apporteur de fonds aussi bien à domicile qu'en établissement, les ménages viennent au total au deuxième rang (et ce, alors que n'est pas prise en compte l'aide informelle), même s'ils sont devancés par les collectivités locales – principalement les départements – pour ce qui est des prises en charge à domicile, pour lesquelles l'APA joue un rôle important. Quel que soit le mode d'hébergement considéré, l'État n'apparaît pas comme un acteur majeur du risque dépendance en termes de financements.

## GRAPHIQUE 6

La sphère Sécurité sociale est le premier apporteur de fonds du risque dépendance, à domicile comme en établissement.



Nota : La sphère Sécurité sociale regroupe les interventions de l'assurance maladie, des branches famille et vieillesse de la Sécurité sociale et de la CNSA. Les collectivités locales interviennent quant à elles *via* les départements et les communes. Les dépenses des ménages à domicile ainsi présentées ne prennent pas en compte celles effectuées au-delà du plan d'aide de l'APA ni celles relevant de l'aide informelle, par nature très fragiles à estimer. Leur prise en compte ferait croître la dépense des ménages à domicile, qui s'établirait alors à des niveaux supérieurs à celle qu'ils consacrent à la dépendance en établissement, sur la base d'estimations du HCF datant de 2011 (voir point 1/).

Lecture : la prise en charge de la dépendance par la Sécurité sociale et la CNSA représente, en 2011, 6,1 milliards d'euros pour les personnes résidant à leur domicile et près de 8,8 milliards pour celles hébergées en établissement.

Champ : France entière en 2011.

Source : Drees, compte de la dépendance.

## Annexe 1 – Définition de la population dépendante

Pour déterminer la population des personnes dépendantes, plusieurs critères peuvent être retenus :

- on peut retenir comme critère l'ensemble des personnes ayant dépassé un certain âge, fixé conventionnellement (par exemple, 75 ou 80 ans) et consommant certains soins considérés comme marqueurs d'une situation de dépendance (par exemple, les actes infirmiers de soins - AIS -) ;
- ou prendre un critère de nature médico-sociale (les personnes de plus de 60 ans, classées en GIR 1 à 6 dans la grille AGGIR - cf. ci-dessous - et donc potentiellement éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie - APA - pour certaines d'entre elles) ;
- ou un critère de restrictions d'activités. Celui-ci est apprécié en décomposant les activités en activités de la vie quotidienne (AVQ : se lever, se laver, s'habiller, s'alimenter, aller aux toilettes) et en activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ : faire ses courses, son ménage, se déplacer à l'extérieur de chez soi, faire sa lessive, gérer son budget...) ;
- ou enfin un critère purement administratif (les personnes âgées ayant effectivement bénéficié de l'APA, ce qui exclut de fait les personnes non recourantes et celles classées en GIR 5 et 6, non éligibles à l'aide).

Dans les analyses conduites, le critère retenu privilégié est le critère de nature médico-sociale synthétisé par la grille AGGIR et à partir de laquelle sont déterminés les droits à la prestation APA.

Cette grille définit six groupes, des personnes les moins autonomes aux plus autonomes :

- Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes âgées.
  - > Celles qui sont confinées au lit ou fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
  - > Et celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.
- Le GIR 3 correspond pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions mentales, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.
- Le GIR 4 comprend essentiellement deux groupes de personnes :
  - > D'une part celles qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimentent seules.
  - > D'autre part celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- Le GIR 5 correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

## Annexe 2 – Comparaison de l'ancienne et de la nouvelle estimation du compte de la dépendance

Les financements publics de la dépendance, tel qu'estimés précédemment, étaient évalués à près de 24 milliards d'euros en 2010 (soit 1,23 point de PIB), en retenant en particulier une notion de dépense totale de soins.

Lors du travail effectué en 2011 dans le cadre des travaux des groupes animés par Bertrand Fragonard sur la « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » et par Jean-Michel Charpin sur les « perspectives démographiques et financières de la dépendance », le montant des dépenses publiques relatives à la dépendance avait été évalué à 23,82 milliards d'euros en 2010, soit 1,23 % du PIB (cf. tableau A2-1).

TABLEAU A2-1

Le compte de la dépendance élaboré dans le cadre de la réflexion conduite en 2011 : les financements publics en milliards d'euros et en points de PIB

Champ	Type de dépense	2010 (Md€)	2010 (% du PIB)
<b>Santé</b>	OGD personnes âgées	8,01	0,41%
	Soins de ville (*)	3,00	0,15%
	Hôpital (*)	2,00	0,10%
	USLD	1,00	0,05%
	<b>Sous-total santé</b>	<b>14,01</b>	<b>0,72%</b>
<b>Dépendance</b>	APA	5,30	0,27%
	Réduction IR à domicile	0,24	0,01%
	Exonérations de charges	1,00	0,05%
	Action sociale (col.ter. & caisses de Sécurité sociale )	0,91	0,05%
	<b>Sous-total dépendance</b>	<b>7,45</b>	<b>0,38%</b>
<b>Hébergement</b>	ASH	1,20	0,06%
	Aides au logement (APL, ALS)	0,41	0,02%
	Réduction IR en établissement	0,18	0,01%
	<b>Sous-total hébergement</b>	<b>1,78</b>	<b>0,09%</b>
<b>Autres</b>	Autres aides fiscales (TVA réduite...) et autres aides CNSA (**)	<b>0,58</b>	<b>0,03%</b>
<b>Total</b>	<b>Santé, dépendance, hébergement et autres</b>	<b>23,82</b>	<b>1,23%</b>

(\*) Dépenses publiques totales de santé, c'est-à-dire le total des dépenses publiques consacrées à la santé des personnes âgées dépendantes (actualisation par le groupe « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées » de l'estimation Cour des comptes de 2005).

(\*\*) La catégorie « autres » regroupe : le cofinancement d'opérations d'investissement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les actions d'animation financées par cet organisme ainsi que les taux réduits de taxe sur la valeur ajoutée (TVA – taux réduits bénéficiant aux personnes âgées dépendantes au titre d'appareillages spécifiques, de services à la personne ou en faveur de la construction d'établissements destinés à les héberger), le crédit d'impôt en faveur des équipements spéciaux et les exonérations de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) en faveur des contrats d'assurance dépendance.

Sigles : OGD : objectif global de dépenses médico-sociales ; USLD : unités de soins de longue durée ; APA : allocation personnalisée à l'autonomie ; IR : impôt sur le revenu ; ASH : aide sociale à l'hébergement ; APL : aide personnalisée au logement et ALS : allocation de logement social.

Sources : rapports « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » et « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées » (J-M. Charpin et B. Fragonard, juin 2011).

Pour réaliser cet exercice, l'appui de différents organismes et administrations avait été sollicité afin notamment d'identifier la dépense spécifique « personnes âgées dépendantes » au sein de dispositifs s'adressant à des populations plus larges : taux de TVA réduit sur certains appareillages spécifiques, par exemple, qui concerne aussi les personnes handicapées<sup>12</sup>.

Dans certains cas, l'estimation des montants spécifiques à la dépendance avait été faite avec le modèle de la Drees *Autonomix*. C'est le cas en particulier des exonérations de cotisations patronales pour emploi à domicile pour lesquelles l'identification des « dépenses spécifiques des personnes âgées dépendantes » n'est pas directe puisque ces exonérations peuvent figurer dans deux rubriques d'enregistrement pour l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), la rubrique « APA » ou encore la rubrique « personnes âgées de plus de 70 ans ».

Pour certains postes, l'identification de la dépense spécifique « personnes âgées dépendantes » n'avait en revanche pu être réalisée. C'était en particulier le cas pour la dépense de santé ou encore pour certains dispositifs fiscaux, comme la demi-part supplémentaire accordée aux personnes invalides qui s'adresse aux personnes handicapées mais aussi aux personnes âgées dépendantes lorsque celles-ci disposent d'une carte d'invalidité. Concernant la dépense de santé, notamment, il n'avait pas été possible d'évaluer le surcoût engendré par la situation de dépendance des personnes âgées dépendantes. L'intégralité des dépenses en frais de soins des personnes âgées supposées dépendantes avait été retenue. L'exploitation de nouvelles données d'enquête permet aujourd'hui de corriger ce point dans le cadre du nouvel exercice mené et de ne retenir que le surcoût engendré par la situation de dépendance.

**Les conventions retenues pour le nouvel exercice de projection conduisent à ramener l'estimation de la dépense publique en faveur de la dépendance à un peu plus de 21 milliards d'euros en 2011 (ou encore 1,05 point de PIB), soit 0,18 point de PIB de moins que la précédente.**

S'agissant des autres agrégats de dépenses, les écarts en termes de financement public sont minimes par rapport à ceux relatifs à l'année de base du rapport Charpin de juin 2011. En particulier, ceux relatifs à la dépense de dépendance et d'hébergement sont repris quasiment à l'identique, avec la même méthodologie d'évaluation. Seules sont ajoutées la dépense de prestation de compensation du handicap (PCH) et d'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) des personnes âgées de 60 ans et plus (0,35 Md€), les dépenses de la CNSA au titre du plan de modernisation des établissements (0,21 Md€<sup>13</sup> en 2011, dépenses supposées s'éteindre à l'horizon 2014) et les dépenses fiscales au titre de la demi-part supplémentaire pour motif d'invalidité, estimées à 0,12 Md€ à partir du modèle de projection de la Drees (*Autonomix*)<sup>14</sup>.

Compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, les écarts entre ancien et nouveau compte de la dépendance sont présentés de manière détaillée, poste à poste, au tableau A2-2.

<sup>12</sup> Pour certaines dépenses fiscales liées à des taux de TVA réduits (pour appareillages spécifiques, pour les services à la personne ou pour la construction d'établissements dédiés aux personnes âgées ou handicapées), les estimations - restreintes au champ de la dépendance - ont été réalisées pour l'année de base par la Direction générale des finances publiques (DGFIP).

<sup>13</sup> L'exercice Charpin pour 2010 prenait aussi en compte 0,39 Md€ au titre du cofinancement d'opérations d'investissement par la CNSA, qui constituaient une dépense exceptionnelle.

<sup>14</sup> Le montant estimé apparaît cohérent avec les données dont on dispose par ailleurs. Le montant global de la demi-part pour invalidité s'élève à environ 0,25 Md€ (source : annexe au projet de loi des finances 2013) et les cartes pour invalidité attribuées aux personnes de plus de 60 ans représenteraient environ 40 % du nombre de total de cartes attribuées.

TABLEAU A2-2

Prise en charge publique (montants 2011 et parts de PIB pour la nouvelle projection Drees) et comparaison avec la dépense précédemment estimée par le groupe Charpin pour l'année 2010

Champ	Type de dépense	DREES (Md€)	DREES (points de PIB)	écarts DREES/Charpin (points de PIB)
<b>Santé</b>	OGD personnes âgées	8,3	0,41%	0,00%
	Soins de ville (1)	1,7	0,08%	-0,07%
	Hôpital (1)	-	0,00%	-0,10%
	USLD	1,0	0,05%	0,00%
	<b>Sous-total santé</b>	<b>11,0</b>	<b>0,55%</b>	<b>-0,17%</b>
<b>Dépendance</b>	APA	5,3	0,26%	-0,01%
	Réduction IR à domicile	0,1	0,01%	0,00%
	Exonérations de cotisations patronales	1,0	0,05%	0,00%
	PCH et ACTP (60 ans et plus) (2)	0,3	0,02%	0,02%
	Action sociale (Collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale )	1,0	0,05%	0,00%
	Demi-part invalidité (2)	0,1	0,01%	0,01%
	Autres aides fiscales (taux réduits de TVA...) et diverses (actions d'animation) (3)	0,1	0,01%	0,00%
	<b>Sous-total dépendance</b>	<b>8,0</b>	<b>0,40%</b>	<b>0,01%</b>
<b>Hébergement</b>	ASH	1,2	0,06%	0,00%
	Aides au logement (APL, ALS)	0,5	0,02%	0,00%
	Réduction IR en établissement	0,2	0,01%	0,00%
	Plan d'aide à la modernisation des établissements (2)	0,2	0,01%	0,01%
	Autres aides aux établissements (4)	0,0	0,00%	-0,02%
	<b>Sous-total hébergement</b>	<b>2,1</b>	<b>0,11%</b>	<b>-0,01%</b>
<b>Total</b>		<b>21,1</b>	<b>1,05%</b>	<b>-0,18%</b>

(1) Les écarts sensibles entre les exercices menés par la Drees en 2011 (groupe Charpin) et en 2013 (pour le HCFiPS) proviennent du fait que, dans la nouvelle projection, seul le surcoût de soins des personnes âgées dépendantes est retenu.

(2) Ces montants n'étaient pas estimés dans l'exercice mené dans le cadre du groupe Charpin de 2011. Pour la demi-part invalidité, l'exercice Drees estime la quote-part de la dépense afférente aux seules personnes âgées dépendantes.

(3) Dans un souci de comparabilité, les autres aides fiscales figurant ici ont été retraitées de manière homogène entre les exercices de 2011 (groupe Charpin) et de 2013 (pour le HCFiPS). Elles comprennent les taux réduits de TVA applicable à certains appareillages spécifiques et aux services à la personne (pour leur quote-part personnes âgées dépendantes, estimées par la DGFiP), le crédit d'impôt sur le revenu pour matériels spécifiques et les exonérations de TSCA en faveur des contrats d'assurance dépendance. Les aides diverses recouvrent quant à elles les actions d'animation de la CNSA.

(4) Il s'agit des taux réduits de TVA en faveur de la construction d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes et, pour l'exercice de 2011 (groupe Charpin), du cofinancement d'opérations d'investissement.

Sources : Calculs Drees 2013 et rapports « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » et « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées » (J-M. Charpin et B. Fragonard, juin 2011).