



HAL
open science

Construire un compte de la dépendance à La Réunion : premier bilan et éléments prospectifs

Frédéric Gannon, Vincent Touzé

► **To cite this version:**

Frédéric Gannon, Vincent Touzé. Construire un compte de la dépendance à La Réunion : premier bilan et éléments prospectifs. Vieillesse et gérontechnologies à La Réunion, coordonné par Frédéric Sandron (IRD), 2017, 9782905861306. hal-02092599

HAL Id: hal-02092599

<https://normandie-univ.hal.science/hal-02092599>

Submitted on 8 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CHAPITRE 1

Construire un compte de la dépendance à La Réunion : premier bilan et éléments prospectifs

FRÉDÉRIC GANNON, VINCENT TOUZÉ

INTRODUCTION

Le progrès médical conjugué à un meilleur accès aux soins de santé a permis de réduire fortement la mortalité à La Réunion (Giorgi, 2005 ; Sandron, 2007 ; Bernède-Bauduin et Cellier, 2013). Si la perspective de vivre plus longtemps est avant tout une bonne nouvelle, l'accroissement de l'espérance de vie en « bonne santé », c'est-à-dire sans perte d'autonomie, n'est pas garanti en raison de facteurs pathologiques durables (Catteau et Nartz, 2009).

Au niveau individuel, la perte d'autonomie conduit à une perte de bien-être pour les personnes âgées. Ce préjudice peut être en partie compensé grâce à des soins médicaux adaptés, des aides humaines ou techniques à l'exercice des actes de la vie quotidienne ainsi qu'à l'occupation d'un lieu d'hébergement adapté (domicile ou institution).

Suite à plusieurs rapports publics publiés dans les années 2000, est né le concept de « compte de la dépendance ». L'objectif du compte de la dépendance est de dresser un bilan financier qui se veut le plus exhaustif possible des surcoûts induits par la perte d'autonomie. L'utilité de ce compte thématique est qu'il permet de calculer un ordre de grandeur macroéconomique du poids financier total et consolidé du risque dépendance.

L'objectif de ce chapitre est de réaliser un premier bilan du coût de la dépendance à La Réunion. Si un tel bilan existe au niveau national (Renoux *et al.*, 2011), aucune étude n'est encore disponible au niveau régional. Compte tenu des fortes disparités territoriales, réaliser un tel bilan à La Réunion offre une double perspective intéressante. D'une part, cela permet de réaliser des comparaisons avec l'économie nationale et de mieux mesurer la spécificité du vieillissement réunionnais. D'autre part, dans un cadre prospectif, cela permet également de mieux mesurer

l'importance des problèmes de financement qui seront posés à un niveau collectif.

Le chapitre est organisé autour de trois parties. La première partie revient sur la genèse du compte de la dépendance et sur la manière dont il a été estimé au niveau national. La seconde partie propose de calculer ce compte en introduisant des spécificités réunionnaises. Enfin, la troisième partie s'appuie sur une étude publiée par l'Insee en 2014 pour présenter des éléments d'analyse prospective ainsi que pour discuter du poids financier supplémentaire du coût de la dépendance qui devra être financé.

CONSTRUIRE UN COMPTE DE LA DÉPENDANCE

Le choix d'un périmètre de mesure

Le périmètre d'appréciation de la frontière des dépenses de dépendance repose sur six dimensions (tableau 1) :

- Le champ d'action : il permet de répartir les dépenses en trois catégories. Premièrement, un état de santé dégradé attribuable à la perte d'autonomie peut occasionner un surcoût de dépenses de santé. Deuxièmement, la compensation de la perte d'autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne nécessite des aides techniques et humaines. Troisièmement, l'adaptation du lieu d'hébergement (domicile ou institution) permet d'améliorer la qualité de vie ;
- L'objectif : la dépense répond à deux logiques complémentaires. Il peut s'agir d'un effort de prévention pour réduire le risque dépendance (nécessaire pour éviter et retarder l'entrée en dépendance, donc dépenses particulièrement utiles) ou de la consommation de biens et services en vue de compenser les conséquences de la perte d'autonomie ;
- La nature : la dépense peut s'exprimer de façon monétaire lorsqu'elle donne lieu à un paiement effectif ou de façon non monétaire lorsqu'il s'agit par exemple d'un soutien bénévole apporté par un proche ou d'un effort comportemental de prévention ;
- Le niveau d'autonomie de la personne âgée : le champ d'observation peut inclure les personnes selon leur degré

d'autonomie : autonome (GIR6), fragile (GIR5), dépendante (GIR1-4) ;

- Le statut du financeur de la dépense : le financement repose sur le recours à une aide publique ou sur le soutien privé (ressources des personnes âgées – pensions de retraite, épargne, assurance – et de leurs familles) ;
- Les sources : les sources mobilisables sont issues des administrations en charge de la dépendance ainsi que d'enquêtes réalisées sur la population de personnes âgées.

Ces six dimensions définissent un périmètre idéal pour construire un compte de la dépendance. En pratique, elles ne sont pas toutes mesurables avec un haut niveau de qualité de précision. Par exemple, les dépenses de prévention sont difficiles à mesurer. Imputer un surcoût de dépenses de santé lié à la perte d'autonomie nécessite des études spécifiques. De plus, le compte de la dépendance couvre en général la population reconnue par l'administration comme dépendante (GIR1-4) et se limite donc principalement à des dépenses de compensation de la perte d'autonomie.

Tableau 1 : Périmètre de mesure des dépenses liées à la dépendance

Champ d'action	Objectif	Nature	Niveau d'autonomie de la personne âgée	Financier	Source
Santé (« care »)	Compensation des effets du vieillissement	Monétaire : dépenses qui donnent lieu à une transaction marchande	Dépendante (choix d'une grille)	<u>Secteur public :</u> Administration centrale, Sécurité sociale, CNSA, Collectivités locales	Publications officielles des administrations
Aides à l'autonomie (« care »)	Prévention du risque de perte d'autonomie	Non monétaire : dépenses qui ne donnent pas lieu à une transaction marchande. Il peut s'agir de l'effort bénévole des aidants familiaux	Fragile (besoin d'évaluation)	<u>Secteur privé :</u> ménages (personnes âgées, enfants), assureurs, associations	Données d'enquêtes
Hébergement			Non-dépendante (état à identifier)		

Genèse du compte de la dépendance

Suite à la canicule de 2003 qui a conduit au décès précoce de nombreuses personnes âgées isolées, la société a pris conscience que la question du bien-vieillir était un enjeu majeur de solidarité envers ses aînés.

En 2005, un rapport de la Cour des comptes souligne que bien que « les travaux de la Drees [aient] permis de dresser un compte social du handicap, rien de tel n'existe pour les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées ». Forte de ce constat, la Cour des comptes réalise alors une première estimation des dépenses publiques en faveur des personnes âgées dépendantes.

La Cour des comptes propose alors une « esquisse » qui distingue trois niveaux d'observations :

- Le « noyau dur » : il s'agit des aides publiques qui sont spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance pour compenser la perte d'autonomie (4,2 milliards d'euros en 2003) :
 - a. L'aide sociale départementale (APA, PSD – plus attribuée depuis le 31/12/2001 et remplacée par l'APA, ACTP remplacée par la PCH depuis 2006) ;
 - b. La majoration de quotient familial pour tierce personne (si personne invalide avant 65 ans) ;
 - c. Les dépenses fiscales ciblées sur les personnes de plus de 60 ans dépendantes ;
 - d. les exonérations de charges sociales pour les bénéficiaires de l'APA ;
- Les « aides bénéficiant quasi exclusivement » à des personnes âgées dépendantes mais qui ne visent pas à compenser spécifiquement la perte d'autonomie (11,4 milliards d'euros). Il s'agit d'aides liées à la prise en charge des dépenses de santé (non spécifiquement liées à la perte d'autonomie) et des dépenses sociales de soutien aux personnes âgées les plus démunies :
 - a. L'aide sociale départementale : l'aide ménagère légale et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ;
 - b. FMAD (fonds de modernisation de l'aide à domicile) ;
 - c. Dépenses de l'État : Clic, Coderpa, associations ;

- d. Prestations d'assurance maladie : SSIAD, EHPAD dont USLD, soins de ville (des personnes âgées qui bénéficient de soins infirmiers à domicile ou en établissement), hospitalisation ;
 - e. Action sociale des caisses de retraite : aide ménagère, aides au maintien à domicile, aménagement du logement, autres ;
 - f. Prestations des caisses d'allocations familiales : APL et ALS pour personnes âgées dépendantes à domicile ou hébergées.
- Les « autres dépenses consacrées aux personnes âgées » : ces aides peuvent bénéficier à des personnes dépendantes ou non, et ce total est jugé non pertinent car le périmètre est trop large :
 - a. Collectivités locales (communes et CCAS, départements) : dépenses nettes de fonctionnement pour les personnes âgées ;
 - b. Prestations des caisses d'allocations familiales : ALF, APL et ALS aux personnes de plus de 75 ans non hébergées en foyer ;
 - c. Dépenses fiscales bénéficiant aux personnes de plus de 60 ans dépendantes ou non : abattement supplémentaire (pour les revenus modestes des plus de 65 ans), réduction d'impôt si emploi d'un salarié à domicile, majoration de quotient familial (pour les personnes vivant seules et sans enfant à charge), abattement de 10% sur les pensions, etc. ;
 - d. Les exonérations de charges sociales : pour les personnes âgées de plus de 70 ans et les bénéficiaires de l'avantage vieillesse ; pour les associations agréées, les CCAS et les services habilités à l'aide sociale ;
 - e. Les dépenses d'assurance maladie des plus de 75 ans *a priori* non dépendantes : soins de ville et hospitalisation.

Le coût total des deux premiers groupes est estimé à 15,4 milliards d'euros en 2003.

En 2005, la Cour des comptes émet des recommandations afin d'améliorer l'outil statistique en vue de l'élaboration d'un compte de la dépendance.

En 2008, le rapport Vasselle du Sénat reprend cette méthodologie et actualise les estimations. Il estime alors l'ensemble des dépenses publiques à 21,4 milliards d'euros en 2008, soit 1,1 % du PIB environ.

En 2010, le rapport Rosso-Debord de l'Assemblée nationale conduit à une nouvelle estimation pour l'année 2010 : 21,6 milliards d'euros, soit également environ 1,1% du PIB.

En 2011, un quatrième rapport réalisé sous la présidence de Fragonard à la demande du Ministère des solidarités et de la cohésion sociale a complété cette première esquisse en incorporant le reste à charge pour les ménages, ce qui permet de mieux appréhender le surcoût total (tableau 2). Il s'appuie sur des travaux de la Drees. Pour les GIR 1 à 4, la nouvelle formulation du compte de la dépendance regroupe les dépenses en trois grands groupes selon la nature des surcoûts : la « dépendance *stricto sensu* » (8,3 milliards d'euros en 2010 dont 6,8 milliards d'euros de dépenses publiques et 1,5 de reste à charge pour les ménages), l'hébergement (10,1 milliards d'euros en 2010 dont 1,9 milliard d'euros de dépenses publiques et 8,2 milliards d'euros de dépenses privées) et les soins (14,4 milliards d'euros en 2010, dont 13,7 milliards de dépenses publiques et 0,7 milliard de reste à charge pour les ménages). Le total est estimé à 32,8 milliards d'euros. Les dépenses publiques couvriraient 68% du surcoût, soit un reste à charge d'environ 32% pour les ménages. Pour les GIR 5 et 6, les dépenses publiques sont regroupées en un seul groupe (1,5 milliard d'euros).

Tableau 2 : *Compte de la dépendance 2010*

	En milliards d'euros 2010		
	Public	Privé	Total
Dépendance	6,8	1,5	8,3
Hébergement	1,9	8,2	10,1
Santé	13,7	0,7	14,4
Total	22,4	10,4	32,8

Source : rapport Fragonard (2011)

Le compte de la dépendance en 2011

À la suite de ces rapports, la Drees (Renoux *et al.*, 2014) a établi en 2014 un bilan pour l'année 2011. En raison d'une meilleure estimation de la mesure (Calvet et Montaut, 2013), cette nouvelle estimation révisé à la baisse le montant total des soins de ville imputés aux personnes âgées dépendantes : 1,7 milliard d'euros en 2011 contre 5 milliards d'euros en 2010 retenu par le rapport Fragonard.

L'étude de la Drees ne se limite pas aux dépenses des GIR 1 à 4. Elle juge utile d'inclure certaines dépenses des GIR 5 et 6 : quelques dépenses de santé, de l'aide à domicile et l'hébergement en institution.

Tableau 3 : Périmètre du compte de la dépendance 2011

Champs	Type de dépenses	Source
Santé	OGD Personnes âgées (8,3 €Mds)	ONDAM PA + SSIAD
	Soins de ville (1,7 €Md)	Enquête
11,0 €Mds	Hôpital (0 €Md)	La dépense est nulle car la Drees suppose que l'hospitalisation correspond à des épisodes aigus de maladie qui ne sont pas liés à la dépendance
	USLD (1 €Md)	ONDAM Hospitalier
Dépendance	APA et ticket modérateur (7,1 €Mds)	Départements
9,7 €Mds	Réduction fiscale (IR à domicile, demi part invalidité, TVA réduite) (0,2 €Md)	DGI
	Exonérations de cotisations patronales (1 €Md)	Sécurité sociale
	Prestation de compensation du handicap (PCH) et ACTP (60 ans et plus) (0,3 €Md)	Départements
	Action sociale (1 €Md)	Collectivités territoriales, caisses de Sécurité sociale
Hébergement	Aide sociale à l'hébergement (ASH) (1,2 €Md)	Départements
7,5 €Mds	Aides au logement (APL, ALS) (0,5 €Md)	CAF
	Réduction IR en établissement (0 €Md)	DGI
	Plan d'aide à la modernisation des établissements et autres (0,2 €Md)	CASA
	Coût net de l'hébergement (hors gîte et couvert) (5,6 €Mds)	Enquêtes

Source : Drees (2014)

Le tableau 3 récapitule l'ensemble des sources mobilisées par la Drees pour réaliser le compte. Hormis les soins de villes des personnes âgées dépendantes dont le montant est calculé à partir d'une enquête, les autres éléments de chiffrage sont réalisés à partir des dépenses reconnues par les différentes administrations impliquées dans la prise en charge de la dépendance : collectivités locales (principalement les départements), administrations de Sécurité sociale et administrations centrales (DGI).

Certaines dépenses des ménages ne sont pas intégrées dans les plans d'aide à domicile des départements. Elles ne sont donc pas mesurées administrativement alors qu'elles peuvent apporter une aide effective. Il en est de même pour certaines dépenses de prévention qui peuvent être nécessaires non pas pour compenser la dépendance mais pour l'éviter. Ce compte n'intègre pas l'économie informelle de la dépendance qui se traduit par le soutien bénévole (temps et effort) des familles pour s'occuper de leurs aînés. Ce coût non monétaire est largement sous-estimé pour les personnes âgées dépendantes qui restent à domicile alors qu'il est pris en compte pour les personnes en établissement puisque ces dernières payent pour bénéficier d'une assistance.

Tableau 4 : Compte de la dépendance 2011 (en milliards d'euros)

	Dépenses en milliards d'euros				En % du total	
	GIR			TOTAL	Public	Privé
	GIR 12	GIR 34	GIR 56			
Santé	6,9	3,8	0,3	11,0	99	1
Dépendance	3,5	4,7	1,4	9,7	82	18
Hébergement	3,8	2,6	1,2	7,5	28	72
Total	14,2	11,1	2,9	28,2	74	26
En % du PIB	0,71	0,56	0,14	1,41	1,05	0,36

Source : Drees (2014)

La Drees estime à 28,2 milliards d'euros le surcoût total lié à la dépendance (tableau 4). Ce surcoût représente 1,41% du PIB. Au niveau national, la prise en charge publique du surcoût est élevée et estimée à 74%, signifiant un reste à charge de 26% pour les ménages. Le niveau de prise en charge publique est le moins élevé en ce qui concerne l'hébergement puisque le reste à charge pour les ménages est estimé à 72%. Il

avoisine les 100% pour les soins de santé et affiche un niveau élevé de 82% pour les soins de dépendance.

Les GIR 1-2 concentrent 50% des dépenses (14 milliards d'euros sur 28) et les GIR 3-4 en cumulent 40%. Les 10% restants sont attribués aux GIR 5-6.

Tableau 5 : Compte de la dépendance 2011 : surcoût unitaire (en K€) en fonction du GIR

	GIR			TOTAL
	GIR 12	GIR 34	GIR 56	
Santé	16,4	5,0	0,0	0,8
Dépendance	8,4	6,3	0,1	0,7
Hébergement	8,9	3,4	0,1	0,5
Total	33,8	14,7	0,2	2,0
Nombre (en millions)	0,42	0,755	13,125	14,3

Source : calculs des auteurs d'après Drees (2014)

À partir de la ventilation par GIR, on peut déduire une estimation du surcoût unitaire de la dépendance. D'après notre calcul (tableau 5), le surcoût pour les GIR 1-2 serait de l'ordre 33,8 K€, de 14,7 K€ pour les GIR3-4 et de 0,2 K€ pour les GIR 5-6.

APPLICATION À LA RÉUNION : PREMIER BILAN POUR L'ANNÉE 2013

Dans cette partie, nous établissons une première estimation du compte de la dépendance à La Réunion. Pour ce faire, nous nous appuyons sur les spécificités réunionnaises observées à partir de plusieurs études publiques. Les principales spécificités réunionnaises sont au nombre de quatre :

- Moins de personnes âgées : on dénombre ainsi 13,1% de personnes âgées de plus de 60 ans dans la population totale à La Réunion contre 21,8% sur l'ensemble du territoire national (tableau 6).
- Un taux de dépendance plus élevé en raison de pathologies de longue durée plus lourdes et plus fréquentes : parmi les

plus de 60 ans, on dénombre à La Réunion 12,2% de personnes dépendantes, soit environ 13 400 personnes, contre 8,2% sur l'ensemble du territoire national (tableau 6).

- Une population plus pauvre : au moins 45% des Réunionnais âgés de 65 ans ou plus sont allocataires du minimum vieillesse (ASPA). Un niveau de vie local plus faible signifie que le niveau de prise en charge par l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) sera plus élevé car cette prestation est redistributive et applique un reste à charge qui croît avec le revenu.
- Moins de personnes âgées dépendantes en établissement (tableau 7) : avec seulement 8% de personnes hébergées en établissement, La Réunion se singularise particulièrement de l'ensemble du territoire, pour lequel cette proportion atteint environ 41%.

Tableau 6 : Proportion de personnes âgées selon le niveau de GIR à La Réunion et en France en 2013

	En %			Plus de 60 ans	
	GIR 12	GIR 34	GIR 56	En milliers	Poids dans la population totale (en %)
La Réunion	3,3	8,9	87,8	110	13,1
France métropole	2,9	5,3	91,8	14 300	21,8

Sources : Drees (2015), Insee (2014) et calculs des auteurs

Tableau 7 : Lieu d'hébergement des personnes âgées dépendantes à La Réunion et en France en 2013

	Domicile	Établissement	Total
La Réunion	92%	8%	100%
France métropole	59%	41%	100%

Source : Drees, Insee (2014) et calculs des auteurs

Une première estimation du surcoût total de la dépendance

Santé

Il n'existe pas de données d'enquête spécifiques pour mesurer le surcoût de dépenses de santé lié à la dépendance sur l'île de La Réunion. Pour pallier ce manque, nous proposons d'utiliser deux méthodes.

Méthode 1 : Elle consiste à extrapoler sur le cas réunionnais les coûts unitaires moyens calculés par GIR sur l'ensemble de la France (tableau 5). On ajoute une revalorisation moyenne de 3% des prix unitaires de soins de santé pour tenir compte de l'inflation entre 2011 et 2013. Cette première méthode aboutit à un montant de 115 millions d'euros (tableau 8).

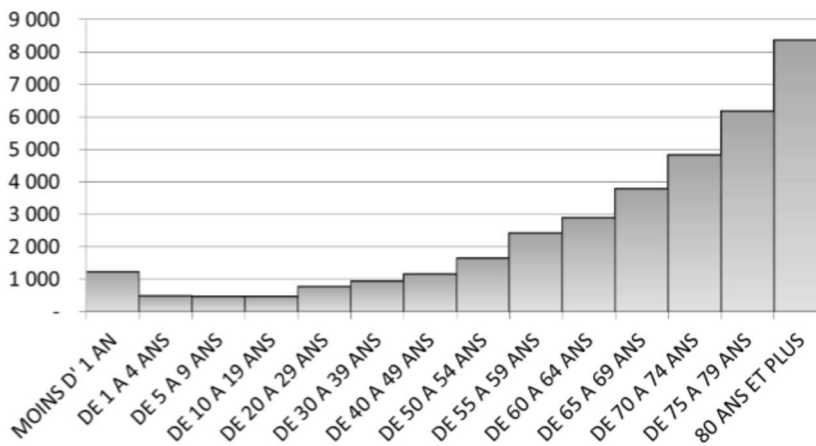
Tableau 8 : Dépenses de santé imputables à la dépendance à La Réunion en 2013 : extrapolation à partir de données nationales (en millions d'euros)

	GIR			TOTAL
	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	
Santé	61	51	2	115

Source : calculs des auteurs à partir des tableaux 5 et 6

Méthode 2 : Elle consiste à calculer le surcoût de dépenses de santé (hors hospitalisation) à partir de 75 ans et à y ajouter les dépenses en établissement et services pour personnes âgées (OGD Personnes âgées à La Réunion). Pour ce faire, nous utilisons une étude fournie par la CGSS de La Réunion qui estime le montant par classe d'âge des dépenses de santé (figure 1).

Figure 1 : Dépense moyenne des dépenses de santé selon la classe d'âge à La Réunion en 2013 (euros)



Source : calculs des auteurs d'après données de la CGSS de La Réunion et Insee

La notion de surcoût est définie à partir d'une valeur de référence : la dépense de santé moyenne des 70-74 ans qui est estimée à environ 4 840€ par an. Nous retenons la tranche d'âge 70-74 ans comme référence car le risque dépendance augmente principalement à partir de 75 ans. En procédant ainsi, on souhaite mesurer l'excès de dépenses de santé qui serait imputable au grand âge et donc à la dépendance.

D'après nos calculs, ce surcoût s'élèverait à 85,9 millions d'euros. Si on y ajoute les dépenses en établissement et services pour personnes âgées qui sont estimées à 34,3 millions d'euros, cette deuxième méthode aboutit à un surcoût qui serait de l'ordre de 120 millions d'euros, soit 19,8% de la dépense de santé totale (hors hospitalisation).

Dans la suite de l'étude, nous retiendrons cette estimation de 120 millions d'euros qui est très voisine de celle obtenue avec la première méthode, et qui a l'avantage d'être réalisée uniquement à partir de données réunionnaises.

En supposant le même taux de prise en charge publique des dépenses de santé que sur l'ensemble du territoire, à savoir 99%, le reste à charge pour les ménages serait d'environ 1,2 million d'euros.

Dépendance (aide à l'autonomie)

La population étant plus pauvre à La Réunion que sur l'ensemble du territoire national, il faut s'attendre à une prise en charge publique plus élevée des dépenses relatives aux soins d'aide à l'autonomie. Le tableau 9 montre ainsi que le reste à charge pour les plans d'aide à domicile serait seulement de 2,5% à La Réunion contre 18,4% pour l'ensemble de la France. En revanche, les restes à charge en établissement seraient du même ordre, soit environ 33%.

Le tableau 10 récapitule les principales aides publiques mobilisées à La Réunion pour compenser la perte d'autonomie. L'APA concentre 80% de l'aide, soit l'essentiel de la dépense publique. On notera qu'à La Réunion l'accueil familial se développe et permet à environ 800 personnes âgées d'être hébergées dans des structures à mi-chemin entre domicile et institution (Klein et Sandron, 2016). Le département apporterait à ce dispositif un soutien financier d'environ 0,7 million d'euros.

Tableau 9 : Plan d'aide, APA et reste à charge pour les ménages (en %)

	Domicile	Établissement
La Réunion (2011)	2,5	32,7
France (2009)	18,4	33,2

Source : Département de La Réunion (2012)

Tableau 10 : Perte d'autonomie et aides publiques en 2013 (en millions d'euros)

APA		ACTP	PCH	Divers			TOTAL
Domicile	Établissement			Total	Accueil familial	Aides ménagères	
80,1	5,2	3,2	1,9	15,8	0,7	15,1	106,2

Source : Insee (2014)

En intégrant les restes à charge estimés pour les ménages (environ 4 millions d'euros), on obtient une dépense totale égale à 110 millions d'euros (tableau 11).

Tableau 11 : Dépenses d'assistance imputable à la perte d'autonomie à La Réunion en 2013 (en millions d'euros)

	Public	Privé	TOTAL
Dépendance	106	4	110

Source : Insee (2014) et nos calculs

Hébergement

Le principal surcoût d'hébergement lié à la dépendance apparaît lorsqu'une personne âgée doit quitter son domicile pour intégrer un établissement. Dans une telle configuration, elle doit payer des frais de service hôtelier qui sont plus élevés que les frais d'hébergement (gîte et couvert) à domicile.

Comme mentionné précédemment, il y a relativement moins de personnes âgées en établissement à La Réunion. En revanche, le prix journalier de 65 € en moyenne (ARS Océan Indien, 2014) est plus élevé par rapport à une moyenne nationale estimée à 56 € (DREES, 2015).

À partir de ce coût journalier, il est possible de calculer la dépense annuelle totale des ménages bénéficiant d'un hébergement dans des structures spécialisées :

$$\begin{aligned}
 & 1\ 200 \text{ personnes âgées en établissement (EPHAD et USLD)} \\
 & \quad \times ((65\text{€}/\text{jour} + 3\% \text{ d'inflation}) \times 365 \text{ jours}) \\
 & \quad = 29,3 \text{ millions d'euros.}
 \end{aligned}$$

Afin d'estimer le surcoût, nous imputons une dépense minimale de 600 € par mois pour une personne qui resterait à domicile. Ce montant est censé refléter un coût de la vie minimal pour rester chez soi. Nous estimons alors le surcoût d'hébergement à 20,7 millions d'euros.

Les personnes âgées en institution peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ainsi que d'une allocation logement (ALS).

En 2013, le département de La Réunion a versé 19,8 millions d'euros d'aide sociale au titre de l'ASH et récupéré 2,1 millions d'euros grâce notamment à la mise en place du principe d'obligation alimentaire auprès des enfants disposant de revenus suffisants. La dépense nette est estimée à 17,7 millions d'euros.

70% des personnes âgées en établissement peuvent prétendre à bénéficier d'une aide au logement. Sachant qu'à La Réunion, le montant

moyen mensuel de l'ALS est d'environ 200 euros, on estime une dépense totale pour les personnes âgées en établissement de l'ordre de 2 millions d'euros.

Après prise en compte de l'aide publique pour financer le surcoût d'hébergement, le reste à charge pour les ménages s'élèverait alors seulement à 1 million d'euros.

Compte de la dépendance pour l'année 2013

Le tableau 12 récapitule l'ensemble de nos calculs. D'après nos estimations, le coût total de la dépendance serait de l'ordre de 250 millions d'euros, ce qui représente 1,4% du PIB réunionnais, soit un niveau similaire au niveau national. Toutefois, ce chiffre doit être nuancé car le PIB par habitant à La Réunion est inférieur à celui de la métropole.

Le reste à charge pour les ménages serait ainsi seulement de 2% contre 26% sur l'ensemble du territoire national. Ce haut niveau de prise en charge publique traduit une forte solidarité nationale.

Considérant que La Réunion compte environ 13 450 personnes âgées dépendantes et que les dépenses imputables aux GIR5-6 seraient de l'ordre de 28 millions d'euros, le surcoût par tête y serait d'environ 16 200 euros par an.

Tableau 12 : Compte de la dépendance en 2013 à La Réunion : un premier bilan

En millions d'euros	Public	Privé	TOTAL
Santé	120	1	121
Dépendance	106	4	110
Hébergement	20	1	21
Total	246	6	252

Source : calculs des auteurs

Aller plus loin

Dépenses non mobilisées

L'estimation du compte de la dépendance est perfectible. Une première source d'amélioration consisterait à mobiliser d'autres données.

Par exemple, une partie des dépenses du département en aménagement des logements (25 M€) pourrait être imputée aux personnes âgées. On notera sur ce point que l'amélioration de l'habitat répond à un besoin spécifique de La Réunion qui ne doit pas être sous-estimé (Kosmowski, 2010 ; Fondation abbé Pierre, 2013). Le département dépense également 1 M€ par an pour le dispositif « Répît & Repos » et 8,75 M€ par an pour financer les chèques santé afin d'offrir une meilleure couverture complémentaire aux personnes âgées.

Le surcoût de la santé exclut l'hospitalisation, selon l'hypothèse de travail de la Drees. Pourtant, les personnes âgées dépendantes peuvent avoir un taux de fréquentation plus élevé des hôpitaux et nécessiter des soins spécifiques, notamment si l'on y intègre les soins dans les services de gériatrie.

Il serait également intéressant d'avoir une estimation des coûts induits par la gestion de la dépendance (salaires, formations, support technique) pour l'ensemble des collectivités locales.

Estimer les coûts cachés : mesurer la valeur du sacrifice des familles pour aider leurs aînés

La spécificité réunionnaise avec un fort taux d'hébergement à domicile des personnes âgées dépendantes signifie une forte implication des familles (Sandron, 2013) même si on note une certaine décohabitation susceptible de réduire les solidarités familiales (Ah-Woane, 2010).

Le temps gratuit et l'effort bénévole que les proches allouent à leurs aînés en perte d'autonomie ne coûtent rien en apparence, mais constituent un coût caché de la dépendance (Davin *et al.*, 2009).

Pour se donner un premier ordre d'idée, une heure d'aide familiale journalière (non rémunérée) pour 12 500 personnes âgées dépendantes à domicile représente une masse salariale potentielle de 50,2 M€ par an sur la base d'un brut chargé horaire de 13 €.

Tableau 13 : Besoin horaire journalier de soutien familial selon le degré de dépendance

	GIR 1-2	GIR 3	GIR 4	GIR 5-6
Heure par jour (médiane ; Soullier, 2011)	5h15	4h00	2h00	1h10
Distribution personnes âgées à domicile selon le GIR (La Réunion)	2%	3%	5%	90%

Source : Soullier (2011), Insee (2014)

D'après une étude de la Drees (Soullier, 2011), l'implication des familles varie selon le degré de perte d'autonomie de la personne âgée (tableau 13). Une extrapolation de ces résultats à La Réunion permet de calculer que l'implication des familles y serait d'environ 3h20 par jour. Sur la base d'une rémunération horaire de 13 € brut chargé, la valeur de marché du travail bénévole des familles serait environ de 200 millions d'euros par an. On peut assimiler ce chiffre à la face cachée du coût de la dépendance. Ce montant est considérable car il est d'un niveau comparable aux 250 millions d'euros visibles estimés précédemment.

Il serait également utile d'avoir une évaluation de la valeur économique du travail de tous les bénévoles engagés dans des associations à but non lucratif.

PERSPECTIVES

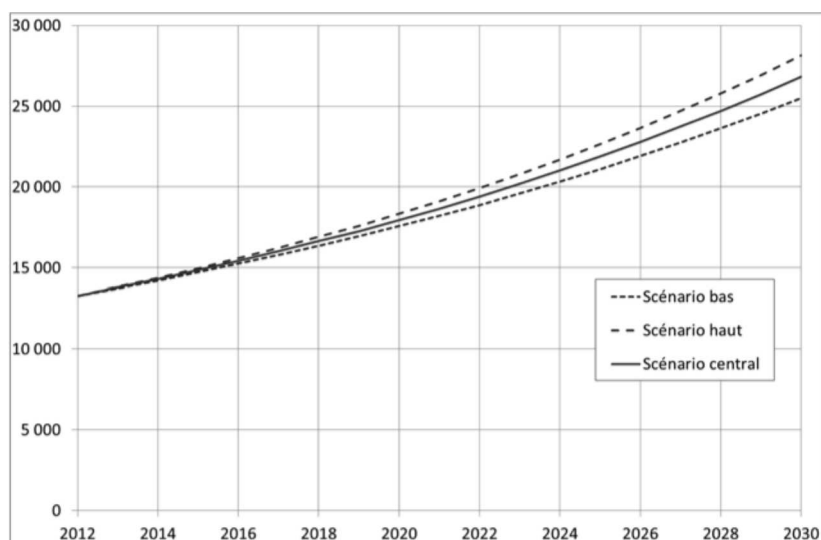
L'Insee et le Département de La Réunion ont publié en 2014 (Chaussy *et al.*, 2014) une projection du nombre de personnes âgées dépendantes. L'étude prévoit son doublement entre 2012 et 2030 (figure 2) dans un contexte où le taux de dépendance par âge diminuerait légèrement (figure 3). L'augmentation serait exponentielle et le nombre de personnes dépendantes loin d'être stabilisé en 2030.

La principale question que pose cette perspective démographique est celle de l'évolution des dépenses de la dépendance, qui varient selon le nombre de bénéficiaires mais aussi selon le prix des biens et services dédiés.

Si le prix relatif des dépenses de la dépendance évolue au même rythme que le PIB réel, le coût total exprimé en pourcentage du PIB pourrait doubler en 2030 à structure de dépendance stable. Une telle

évolution n'est pas sans poser un problème de financement public. À titre de comparaison, Renoux *et al.* (2014) prévoient, au niveau national et d'ici à 2060, un doublement de la population de personnes âgées dépendantes (hausse de 100%) associé à une hausse de 83% du coût de la dépendance exprimé en % du PIB.

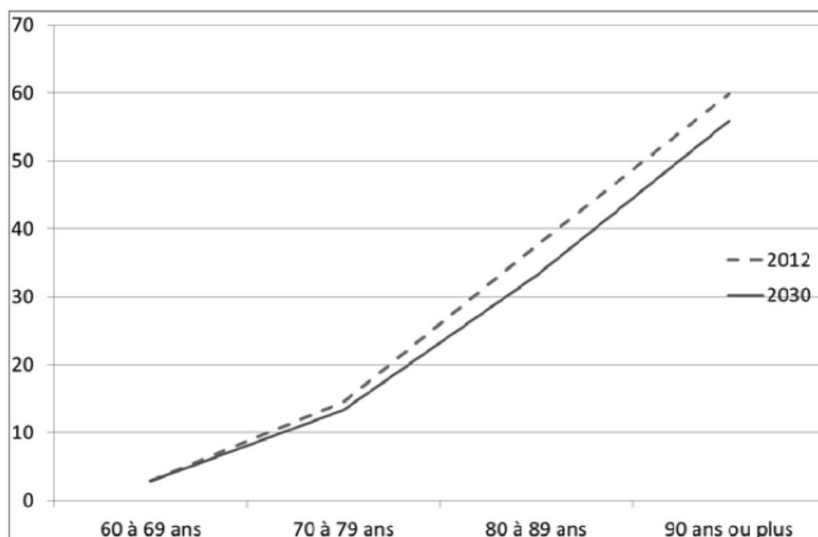
Figure 2 : Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2012 et 2030



Source : Chaussy *et al.* (2014)

En faisant l'hypothèse d'un financement public limité à 1,4% du PIB réunionnais (situation actuelle), un doublement du nombre de personnes âgées dépendantes signifierait un reste à charge de 50% pour les ménages, soit un financement à parts égales par le privé et le public. Si les familles sont dans l'incapacité de financer ce reste à charge, il est à craindre une augmentation de l'aide informelle déjà importante, ce qui paraît peu réaliste.

Figure 3 : Taux de dépendance par groupe d'âge en 2012 et 2030 (%)



Source : Chaussy et al. (2014)

Cette perspective démographique pose deux défis :

- La réduction des coûts unitaires des biens et services. D'importantes innovations sont nécessaires pour réaliser des gains de productivité et pour favoriser la prévention. Le progrès technique doit permettre de baisser le prix relatif des technologies. Conjuguées à de la formation, les innovations peuvent aussi contribuer à accroître la productivité de la main-d'œuvre. La maîtrise des coûts passe également par une meilleure évaluation de l'état de perte d'autonomie et, en particulier, à des fins préventives. À cet égard, l'APA est une prestation nationale universelle et l'appréciation de son attribution se fait au niveau local. Le législateur doit veiller à ce que les critères d'évaluation soient appliqués de la même façon sur l'ensemble du territoire (IGAS, 2008).
- Un enjeu de solidarité nationale. La Réunion est l'un des départements les plus jeunes mais aussi l'un des plus pauvres de France. Les pressions sur les finances publiques locales pourraient encourager le législateur à revoir les règles d'allocation du financement de l'APA et la PCH par le biais

de la CNSA. En 2014, la CNSA a financé 28% des dépenses d'APA et 46% des dépenses de PCH de La Réunion. En comparaison, sur l'ensemble du territoire national, la CNSA a financé 32% des dépenses d'APA et 34% des dépenses de PCH. Une autre piste serait de limiter le bénéfice de l'APA aux personnes âgées les plus modestes comme le suggère le dernier rapport de la Cour des comptes publié en juillet 2016.

CONCLUSION

Ce chapitre donne une première estimation d'un compte de la dépendance à La Réunion. Ces calculs ont été réalisés à partir de données publiques disponibles. D'après nos calculs, le coût imputable à la dépendance à La Réunion serait d'environ 250 millions d'euros en 2013, soit 1,4% du PIB réunionnais. Le reste à charge pour les ménages serait très faible : seulement 2% contre 26% en moyenne en métropole.

D'un point de vue prospectif, le doublement du nombre de personnes âgées dépendantes pose clairement la question de la réduction des coûts de prise en charge de la dépendance. Innover dans les gérontechnologies, former aux nouveaux métiers du vieillissement et améliorer les mesures préventives notamment dans la lutte contre les pathologies à longue durée comme le diabète (Nartz *et al.*, 2009) sont trois pistes à privilégier particulièrement.

Il est indéniable que cette estimation peut être améliorée. Construire un compte de la dépendance au niveau régional constitue également un enjeu d'innovation pour mieux estimer les besoins et mieux piloter le système de prise en charge. Mobiliser l'ensemble des acteurs locaux (CGSS, ARS, Région, Département, Mutuelles, CHU, ORS, EHPAD, etc.), fournisseurs potentiels de données statistiques de qualité, serait susceptible d'offrir une vision consolidée réaliste du poids financier de la dépendance.

BIBLIOGRAPHIE

- Ah-Woane M., 2010, « La solidarité familiale en perte de vitesse », *Economie de La Réunion*, n°137.
- ARS Océan Indien, 2014, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées à La Réunion en 2011 », *Infos stats*, n°26.

- Bernède-Bauduin C. et M. Cellier, 2013, « La mortalité à La Réunion du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2009 », *In Extenso*, n°1, Plateforme d'Informations des Etudes en Santé, La Réunion.
- Bourreau-Dubois C., A. Gramain, H. Lim et J. Xing, 2014, « Impact du reste à charge sur le volume d'heures d'aide à domicile utilisé par les bénéficiaires de l'APA », *Document de travail du Centre d'Economie de la Sorbonne*, 2014-24.
- Calvet L. et A. Montaut, 2013, « Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°42, DREES.
- Catteau C. et E. Nartz, 2009, « Projet d'analyse des Inégalités Sociales de Santé dans un département français spécifique, La Réunion », mimeo ARS.
- Ceser La Réunion, 2011, *Les personnes âgées à La réunion : anticiper les risques et les besoins*, Rapport public, La Réunion.
- Chaussy C., É. Fabre, H. Hoarau, F. Caliez, É. Mariotti, 2014, « Deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 à La Réunion », *INSEE Partenaire*, mai, n°24.
- Cour des Comptes, 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport au Président de la République.
- Cour des Comptes, 2016, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, Rapport public thématique, juillet 2016.
- Davin B., A. Paraponaris et P. Verger, 2009, « Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire », *Management et Avenir*, n°26, p. 190-204.
- Département de La Réunion, 2012, Schéma Départemental 2013-2017 d'Organisation Sociale et Médico-sociale pour les Personnes Âgées.
- DREES, 2015, « Le coût de la dépendance des personnes âgées : Éléments de cadrage », note de présentation, 14 octobre 2015.
- Fondation abbé Pierre, 2013, *L'état du mal logement en France. La Réunion : Un éclairage régional*, Rapport.
- Fragonard B., 2011, *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, Rapport du groupe de travail dans le cadre du débat dépendance de 2011.
- Giorgi D., 2005, *Evolution des dépenses d'assurance maladie – soins de ville – dans les départements d'outremer*, Rapport IGAS.
- IGAS, 2008, *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie en Guadeloupe et à La Réunion*, Rapport de synthèse définitif.
- Klein A., Sandron F., 2016, « Une nouvelle famille ? L'accueil familial des personnes âgées à La Réunion », XIX^e Colloque international de l'Aidelf, *Configurations et dynamiques familiales*, Institut de démographie, Université de Strasbourg, 21-24 juin.

- Kosmowski F., 2010, « Personnes âgées : Des logements spacieux mais qui comportent des défauts », *Economie de La Réunion*, n°137.
- Nartz E., C. Catteau et F. Favier, 2008, « Les coûts humains et financiers du diabète sont très élevés », *Economie de La Réunion*, n°131.
- Renoux A., R. Roussel et C. Zaidman, 2014, « Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 », *Dossiers solidarité et santé*, n°50.
- Rosso-Debord V., 2010, *Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Assemblée nationale.
- Sandron F. (éd.), 2007, *La population réunionnaise : Analyse démographique*, IRD Éditions.
- Sandron F., 2013, « Vieillir chez soi à La Réunion. Dynamiques sociales et logiques institutionnelles en matière d'habitat des personnes âgées », Communication au Colloque *Vieillir chez soi - vivre entre soi ? Les habitats intermédiaires en question*, Université François-Rabelais de Tours, 22-24 mai.
- Soullier N., 2011, « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », DREES, *Études et Résultats*, n°771.
- Touzé, V., 2014, « Dépendance : quels besoins, quels financements ? », *Cahiers Français*, n°381, p. 57-62.
- Vasselle A., 2008, *Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Sénat.