

QUE PEUT-ON ATTENDRE D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE UNIVERSELLE DANS LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ? ÉVALUATION À L'AIDE D'UN MODÈLE D'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL CALCULABLE

XAVIER CHOJNICKI*

LIONEL RAGOT**

1

Avec un tiers de la population française âgée de 60 ans ou plus en 2050, contre un quart aujourd'hui (Blanpain et Buisson, 2016), la perte d'autonomie est devenue une source de préoccupation majeure aussi bien pour les acteurs institutionnels que pour les individus. Selon les dernières projections de l'Insee, 4 millions de seniors en 2050 pourraient être concernés par la perte d'autonomie, contre 2,5 millions de personnes aujourd'hui (Larbi et Roy, 2019).

Le rapport Libault (2019) a souligné l'importance de la question du financement de la perte d'autonomie afin de préserver le bien-être des personnes concernées et de leurs proches aidants. Jusqu'à présent, la prise en charge de ces personnes relève à la fois d'une solidarité dans le cadre familial et d'une solidarité collective provenant de l'État (à travers

* Professeur d'économie, LEM-CNRS, Université de Lille ; chercheur associé, Chaire Transitions démographiques, transitions économiques (TDTE) ; chercheur associé, Institut Convergences Migrations. Contact : xavier.chojnicky@univ-lille.fr.

** Professeur d'économie, EconomiX, Université Paris Nanterre ; conseiller scientifique, CEPPI ; chercheur associé, Chaire TDTE. Contact : lionel.ragot@cepii.fr et lragot@u-paris10.fr.

Cet article a déjà été publié sous forme d'un *working paper* par la Chaire TDTE en août 2020. Les auteurs remercient la Chaire pour l'aide qu'elle a apportée à la réalisation des travaux présentés dans cet article.

la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) et des départements, via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le coût total de la perte d'autonomie était estimé à 30 Md€ en 2014 (1,14 point de PIB). Ce montant pourrait doubler en part du PIB d'ici à 2060 d'après les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Roussel, 2017), laissant évidemment à craindre que le reste à charge ne s'accroisse dans des proportions déraisonnables pour les ménages lors des prochaines décennies.

Les contrats d'assurance perte d'autonomie privés facultatifs n'ont, jusqu'à présent, pas rencontré un grand succès : 7,1 millions de Français étaient assurés contre le risque de perte d'autonomie à la fin de 2017 (Fédération française de l'assurance, 2017). Le faible taux de couverture actuel résulte principalement d'un problème d'anti-sélection. Les individus qui souscrivent à une assurance perte d'autonomie sont ceux qui ont le plus conscience du risque : ils sont donc le plus souvent âgés et paient une prime élevée. Le coût de la prime décourage les individus d'adhérer au contrat d'assurance, ce qui affaiblit la mutualisation des risques.

2 Il existe donc une réelle nécessité de proposer un produit d'assurance obligatoire et mutualiste pour répondre aux besoins du financement de la perte d'autonomie et pour éviter les inefficacités de marché. Nous évaluons à l'aide d'un modèle d'équilibre général calculable à générations imbriquées les implications que pourrait avoir la mise en place d'une assurance autonomie obligatoire. Ce modèle présente un double avantage pour effectuer ce type d'évaluation : (1) il nous renseigne sur les effets que la mise en place de cette assurance, en particulier de son financement, peut avoir sur les agrégats macroéconomiques ; (2) intégrant une hétérogénéité par âge et par niveau de qualification des individus, il permet également d'avoir une meilleure compréhension des effets variés des prestations et des différents modes de financement de cette assurance autonomie sur les différentes catégories de personnes.

UNE BRÈVE PRÉSENTATION DU MODÈLE

La structure générale du modèle

Nous utilisons un modèle d'équilibre général calculable à générations imbriquées d'agents hétérogènes¹ (modèle MELETE). Il inclut une description détaillée du système de protection sociale, en particulier de la branche perte d'autonomie, et de la structure de la fiscalité en France. Il se compose de quatre blocs :

- le bloc « démographique » consiste en une pyramide des âges par niveau de qualification (faiblement, moyennement et hautement

QUE PEUT-ON ATTENDRE D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE UNIVERSELLE
DANS LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ?
ÉVALUATION À L'AIDE D'UN MODÈLE D'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL CALCULABLE

qualifiés²) qui évolue grâce aux données historiques (1900-2015) et aux projections durant la période de simulation (2015-2100). Ce bloc est complété par un scénario de taux d'activité qui fournit des projections sur la population active et l'évolution de l'âge de départ à la retraite ;

- le bloc « macroéconomique » repose principalement sur une fonction de production qui intègre, à côté du capital physique, quatre composantes du travail effectif : le travail brut, l'expérience, le niveau d'éducation et l'état de santé ;

- le bloc « revenu » permet de traduire en termes de consommation et d'accumulation d'actifs les différents flux de revenus du modèle (salaires, transferts sociaux, héritages) ;

- le bloc « protection sociale » spécifie de façon rigoureuse et détaillée les prestations de protection sociale (retraites, santé, chômage, logement, famille, aides sociales et perte d'autonomie), les dépenses d'éducation et les autres formes de dépenses publiques ainsi que leurs modalités de financement.

Le bloc perte d'autonomie

Le modèle distingue les individus selon leur âge, leur niveau de qualification et permet de différencier les individus âgés de plus de 60 ans en trois groupes iso-ressources (GIR 1-2, GIR 3-4 et GIR 5-6)³.

Afin de caractériser la population française concernée par la perte d'autonomie en 2000, 2010 et 2015, six enquêtes ont été mobilisées :

- enquête Capacité, Aides et Ressources des seniors (CARE institutions) – volet seniors – 2016, Insee, DREES – ministère de la Santé ;

- enquête Capacité, Aides et Ressources des seniors (CARE ménages) – volet seniors – 2015, Insee, DREES – ministère de la Santé ;

- handicap-santé, volet Institutions (HSI) – 2009, Insee ;

- handicap-santé, volet Ménages (HSM) – 2008, Insee ;

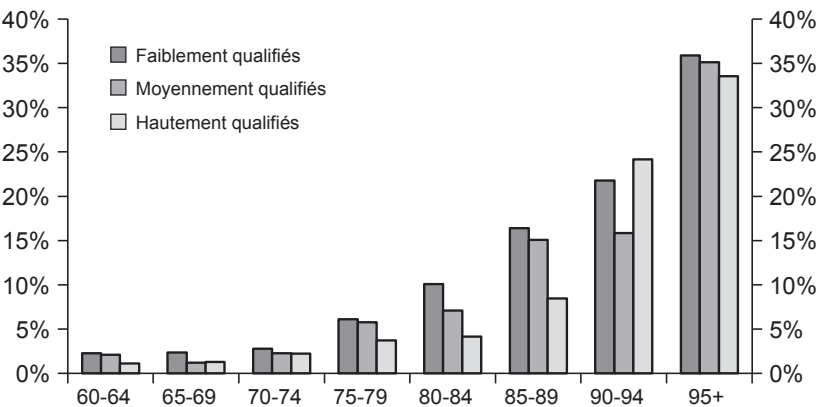
- handicaps, incapacités, perte d'autonomie (HID) : personnes vivant en institutions – 1998, Insee ;

- handicaps, incapacités, perte d'autonomie (HID) : personnes vivant à domicile – 1999, Insee.

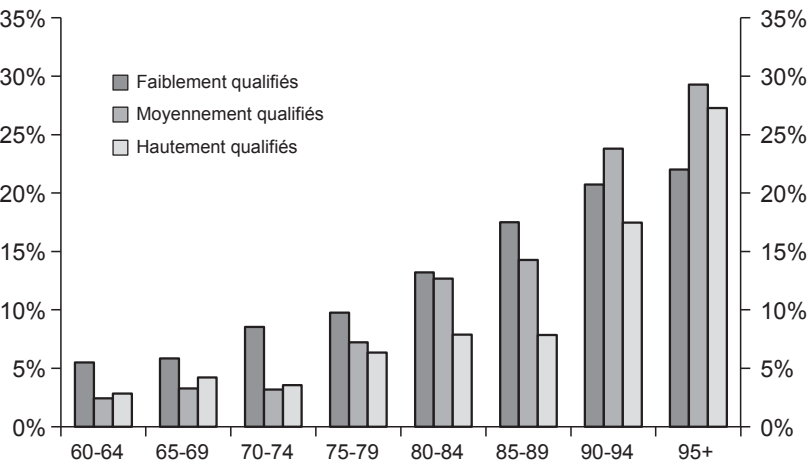
Ces données nous permettent d'évaluer le nombre de personnes en perte d'autonomie de plus de 60 ans selon le groupe d'âge, le niveau de qualification et le niveau de GIR (cf. graphiques 1 *infra*).

Graphiques 1
Part des personnes âgées en perte d'autonomie selon le groupe d'âge
et le niveau de qualification en 2015

Graphique 1a
GIR1-2



Graphique 1b
GIR3-4



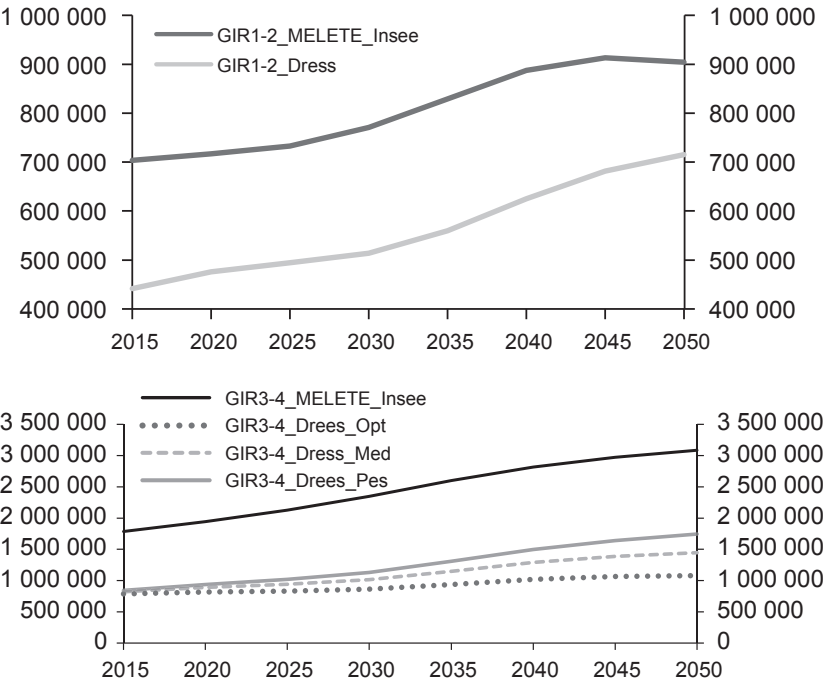
Source des deux graphiques : calculs des auteurs.

Les projections effectuées dans le module démographique du modèle reposent sur l'hypothèse d'une stabilité des taux de perte d'autonomie dans chacune des catégories d'âge et de niveau de qualification après 2015 et reproduisent les taux de croissance du nombre de personnes en perte d'autonomie par niveau de GIR tels que décrits par l'Insee

QUE PEUT-ON ATTENDRE D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE UNIVERSELLE
DANS LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ?
ÉVALUATION À L'AIDE D'UN MODÈLE D'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL CALCULABLE

(Larbi et Roy, 2019). Basé sur les données d'enquêtes décrites précédemment, le nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie est évalué à 2,48 millions pour 2015 (soit environ 15,3 % des personnes de 60 ans et plus), très proche des estimations de l'Insee (Larbi et Roy, 2019), dont 703 616 appartiennent au GIR 1-2 et 1,785 million au GIR 3-4. Cette évaluation du nombre de personnes en perte d'autonomie, proche de la méthodologie de l'Insee et basée sur des données d'enquêtes, est bien plus élevée que celle découlant des évaluations de la DREES qui est basée uniquement sur le nombre de personnes éligibles à l'APA⁴ (cf. graphiques 2 et 3).

Graphiques 2
Projection du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie
Comparaison MELETE vs DREES



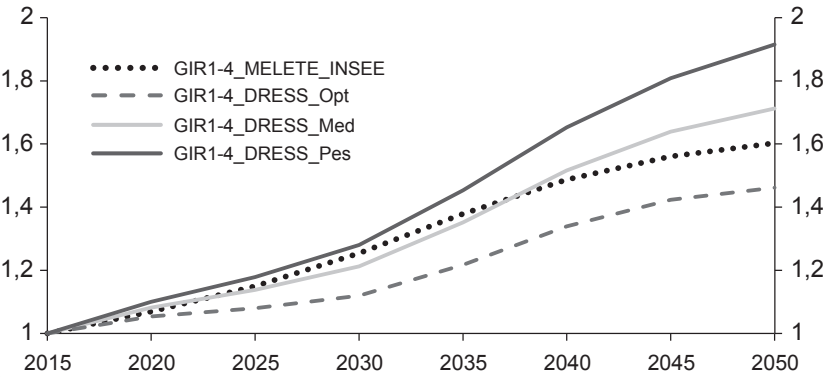
Sources des deux graphiques : Roussel [2017] ; calculs des auteurs.

En raison du vieillissement de la population française, le nombre de personnes appartenant au GIR 1-2 devrait augmenter d'environ 30 % à l'horizon 2060, tandis que celui associé au GIR 3-4 devrait progresser de 72 % sur la même période (cf. graphiques 2 *supra*).

Si les ordres de grandeur diffèrent selon la méthodologie d'évaluation retenue, il n'en demeure pas moins que le rythme de progression au cours du temps du nombre de personnes en situation de perte

d'autonomie est très proche lorsqu'on compare les projections issues du modèle MELETE avec le scénario médian des projections réalisées par la DREES (cf. graphique 3 *infra*).

Graphique 3
Projection du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie GIR 1-4
Comparaison MELETE vs DREES
(base 1 en 2015)



Sources : Roussel (2017) ; calculs des auteurs.

6

Le module financement de la perte d'autonomie propose une description des coûts monétaires de la perte d'autonomie en France en 2015. Une première partie (données microéconomiques) décrit les coûts de la perte d'autonomie pour chaque type d'individu selon son âge, son niveau de qualification et son GIR. Les données provenant des comptes de la perte d'autonomie de la DREES en 2011 (Renoux *et al.*, 2014) et en 2014 (Darcillon, 2016 ; Roussel, 2017) nous ont permis d'obtenir le détail des dépenses liées à la perte d'autonomie. Une description détaillée des dépenses provient du rapport Libault (2019). Pour calculer les coûts et les dépenses d'APA, du ticket modérateur de l'APA, des aides fiscales, de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et de l'aide au logement, nous avons utilisé les données obtenues par le modèle Autonomix de la DREES (Fizzala, 2016). Pour le reste des dépenses et des coûts, nous sommes repartis des résultats obtenus par la DREES (Renoux *et al.*, 2014).

Une seconde partie (données macroéconomiques) détaille les différentes sources de financement de ces coûts liés à la perte d'autonomie selon qu'ils sont pris en charge par le secteur public ou directement par les ménages (cf. tableau 1 *infra*). En 2014, sur les 30 Md€ de dépenses liées à la perte d'autonomie, la grande majorité était financée par les pouvoirs publics (23,7 Md€) et le reste, soit 6,3 Md€, était à la charge

QUE PEUT-ON ATTENDRE D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE UNIVERSELLE
DANS LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ?
ÉVALUATION À L'AIDE D'UN MODÈLE D'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL CALCULABLE

des ménages. Ce compte « perte d'autonomie » est composé de trois volets de dépenses :

– les dépenses de santé étaient financées à plus de 99 % par le secteur public, et plus précisément par l'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), principalement au travers de l'objectif global de dépenses (OGD) et le remboursement des soins de ville ;

– les dépenses liées à la perte d'autonomie étaient prises en charge à hauteur de 77 % par des financeurs publics. L'APA concentrait un peu plus de la moitié des financements de la perte d'autonomie avec 5,5 Md€ de dépenses. Cette dernière est financée à plus de 65 % par les départements et le reste par la CNSA ;

– les dépenses d'hébergement étaient prises en charge à plus de 46 % par l'État et les départements, avec donc ici un reste à charge important pour les ménages.

En revanche, ce compte n'inclut pas l'aide informelle, dont la mesure n'est pas suffisamment fiable.

Tableau 1
Compte de la perte d'autonomie en 2014
(en Md€)

7

Champ	Dépense totale	Dont financement public	Dont ménages
Santé	12,3	12,2	0,1
Perte d'autonomie	10,6	8,2	2,4
dont APA*	8,0	5,5	2,5
Hébergement	7,1	3,3	3,8
Total	30,0	23,7	6,3
En % du PIB	1,42 %	1,11 %	0,31 %

* APA, ticket modérateur et aide au-delà de l'APA.

Source : Roussel (2017).

LE COMPTE CENTRAL DU MODÈLE

Le compte central du modèle est la trajectoire de référence de l'économie française par rapport à laquelle sont comparées les différentes variantes intégrant une assurance prenant en charge le risque de perte d'autonomie. Le modèle est calé de manière à ce que ce compte central reproduise aussi fidèlement que possible sur le passé les données

socioéconomiques et démographiques disponibles et retrouve sur le futur les principales projections officielles.

Les hypothèses générales

Le compte central reproduit les projections démographiques de l'Insee (Blanpain et Buisson, 2016).

Le cadrage macroéconomique se base sur les projections du Conseil d'orientation des retraites (2016). Concrètement, le taux de croissance annuel de la productivité converge progressivement en 2026 vers sa valeur de long terme (1,3 % par an). Le taux de chômage se réduit progressivement, passant de 10,2 % en 2014 à 7 % dès 2025, pour se stabiliser par la suite. Enfin, les taux d'activité découlent du compte central des projections de population active réalisées par l'Insee (Filatriau, 2011).

Les profils individuels par âge ainsi que les agrégats des prélèvements, des dépenses de protection sociale et des dépenses d'éducation entre 1980 et 2010 sont issus des Comptes de transferts nationaux (d'Albis et Navaux, 2016). Après 2015, la part de la branche retraite dans le PIB est calibrée sur les projections du rapport du Conseil d'orientation des retraites (2016).

8

Dans le compte central, les dépenses de santé (publiques et privées) continuent de croître après 2015 et atteignent 13 % du PIB en 2060 conformément au compte de référence présenté dans les projections du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM, 2013). Enfin, l'évolution des autres dépenses sociales (chômage, logement, famille, assistance) et des dépenses d'éducation résulte simplement de l'application des projections de population par âge et par niveau de qualification à chacun des profils de dépenses concernées.

Calibration du bloc perte d'autonomie

Connaissant l'évolution du nombre de personnes en perte d'autonomie au cours du temps ainsi que le coût individuel pris en charge par le secteur public ou restant à la charge des ménages, le modèle permet alors de proposer une projection de l'évolution des coûts de la perte d'autonomie lors des prochaines décennies. Quelques hypothèses complémentaires sont nécessaires afin de réaliser cet exercice de projection. Les dépenses individuelles sont indexées sur les salaires (taux de croissance de la productivité du travail). Nous supposons un accompagnement intégral des pouvoirs publics sur les seules dépenses d'APA ainsi que du ticket modérateur APA. Dès lors, les autres volets du financement public (dépenses de santé, aides à l'hébergement, etc.) sont maintenus constants en pourcentage du PIB à leur valeur de 2015.

QUE PEUT-ON ATTENDRE D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE UNIVERSELLE
DANS LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ?
ÉVALUATION À L'AIDE D'UN MODÈLE D'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL CALCULABLE

Cette hypothèse cale donc la projection sur un accompagnement *a minima* du financement public.

Globalement, les projections des dépenses de perte d'autonomie issues du modèle (cf. tableau 2 *infra*) sont proches des résultats découlant de l'exercice de projections provenant des travaux de la DREES (Boneschi et Zakri, 2018). Ainsi, la part des dépenses totales de perte d'autonomie atteindrait environ 2,6 % du PIB en 2060 (contre 2,8 % selon la DREES). Notre hypothèse sur la prise en charge *a minima* du surcroît de dépenses par le secteur public induit une moindre augmentation des dépenses publiques comparativement à l'exercice de projections réalisé par la DREES et l'inverse s'agissant du reste à charge des ménages.

Tableau 2
Projection des dépenses de perte d'autonomie
selon le type de financement
Comparaison avec les projections de la DREES
(en % du PIB)

	2015	2030	2045	2060
Dépenses publiques de perte d'autonomie				
Projections DREES	1,11	1,40	1,81	2,07
Projections du modèle	1,10	1,23	1,53	1,66
<i>GIR 1-2</i>	0,66	0,66	0,74	0,71
<i>GIR 3-4</i>	0,36	0,49	0,72	0,87
<i>GIR 5-6</i>	0,08	0,08	0,08	0,07
Dépenses privées de perte d'autonomie				
Projections DREES	0,29	0,41	0,57	0,71
Projections du modèle	0,31	0,45	0,81	0,95
<i>GIR 1-2</i>	0,20	0,27	0,46	0,50
<i>GIR 3-4</i>	0,09	0,17	0,33	0,43
<i>GIR 5-6</i>	0,01	0,01	0,02	0,02
Dépenses totales de perte d'autonomie				
Projections DREES	1,40	1,81	2,38	2,78
Projections du modèle	1,40	1,69	2,34	2,61
Part de la dépense publique dans la dépense totale				
Projections DREES	79	77	76	74
Projections du modèle	78	73	65	64

Sources : Boneschi et Zakri [2018] ; calculs des auteurs.

UNE ASSURANCE AUTONOMIE OBLIGATOIRE

Rendre obligatoire une assurance autonomie présente le double intérêt de supprimer le phénomène d'antisélection que l'on observe avec le système actuel et d'offrir une véritable mutualisation des risques.

Les scénarios de mise en place de l'assurance autonomie

Les variantes simulées dans ce rapport s'inspirent largement des travaux de Forette *et al.* (2018) qui proposent la mise en place d'une assurance autonomie obligatoire publique, où la cotisation débute dès le premier salaire afin que celle-ci soit la plus faible possible. Ainsi, si l'ensemble de la population (actifs et retraités) cotise, même faiblement, cela permet de prendre en charge les personnes en perte d'autonomie dans de bonnes conditions. Selon les paramètres retenus par les auteurs de cette étude, cela coûterait aujourd'hui 18 Md€ par an à la collectivité avant d'atteindre 32,5 Md€ en 2060, compte tenu de l'augmentation à venir du nombre de personnes en perte d'autonomie.

Les différentes variantes d'assurance autonomie évaluées présentent un certain nombre de caractéristiques communes : l'assurance autonomie est mise en place à partir de 2020 et implique le versement d'une rente de 1 275 euros par mois pour toute personne âgée ayant un niveau de perte d'autonomie de GIR 1-2 et de 925 euros dans le cas d'un niveau de perte d'autonomie de type GIR 3-4 ; la prestation mensuelle versée est indexée sur l'évolution des salaires (productivité du travail).

Chacune des variantes se distingue donc uniquement par les modalités de financement du système d'assurance.

Variante_1. Les recettes proviennent de cotisations sur le revenu disponible des ménages à partir de 20 ans. Le taux de cotisation dépend du niveau de qualification des individus et permet de reproduire un montant global de cotisations équivalent à celui issu de l'étude de Forette *et al.* (2018) pour l'année 2015 :

- taux de cotisation de 0,8 % sur le revenu des individus faiblement qualifiés ;
- taux de cotisation de 1,3 % sur le revenu des individus moyennement qualifiés ;
- taux de cotisation de 1,9 % sur le revenu des individus hautement qualifiés ;
- les frais de fonctionnement de l'assurance autonomie sont de 0,5 % des recettes collectées et des dépenses de l'assurance ;
- les excédents des recettes sur les dépenses lors des premières années de fonctionnement du système donnent lieu à une accumulation de réserves placées sur les marchés financiers. Quand les recettes deviennent inférieures aux dépenses, le déficit est financé en prélevant

QUE PEUT-ON ATTENDRE D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE UNIVERSELLE
DANS LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ?
ÉVALUATION À L'AIDE D'UN MODÈLE D'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL CALCULABLE

dans les réserves accumulées. Quand ces réserves sont épuisées, le régime d'assurance autonomie emprunte sur les marchés financiers pour financer son déficit. Ses emprunts sont agrégés à l'ensemble de la dette publique (les intérêts sur la dette sont payés par l'État).

Variante_2. Le financement se fait par une augmentation homothétique des taux de CSG permettant de garantir l'équilibre du système pour chacune des années de fonctionnement.

Variante_3-a à variante_3-c. Le financement repose sur la mise en place d'une cotisation forfaitaire (indépendante du niveau de ressources) dont l'âge de début est : de 20 ans dans le cadre de la variante_3-a ; de 40 ans dans la variante_3-b ; et de 60 ans dans la variante_3-c. Le montant de cette cotisation forfaitaire évolue au cours du temps pour assurer l'équilibre financier à chaque période du régime d'assurance autonomie. Le tableau 5 (*infra*) donne le niveau de cette cotisation en pourcentage de la prestation reçue. Ainsi, en 2020, cette cotisation, quand elle est payée par tous les individus de 20 ans et plus, s'élève à 53,55 euros par mois et grimpe à 153 euros quand seuls les plus de 60 ans s'en acquittent.

Les effets microéconomiques

L'objectif principal assigné à la mise en place de cette assurance autonomie obligatoire est d'éviter la forte augmentation du reste à charge pour les ménages les plus âgés qui ont perdu leur autonomie. Le tableau 3 (*infra*) compare le revenu disponible (hors revenus financiers⁵) d'un individu qui perd son autonomie, GIR1-2, à 75 ans en 2020 par rapport à celui d'un individu qui reste autonome jusqu'à la fin de sa vie. La comparaison s'arrête à 85 ans pour prendre en compte l'espérance de vie réduite d'une personne en perte d'autonomie de niveau GIR1-2⁶. On voit très clairement la forte détérioration du revenu disponible de la personne en perte d'autonomie par rapport à celle qui reste autonome, qui affecte davantage les individus aux revenus les plus faibles (faiblement qualifiés) avec une perte de revenu disponible de 38 %-39 % contre 33 %-34 % pour les individus aux revenus les plus élevés (hautement qualifiés).

L'assurance autonomie obligatoire atteint bien l'objectif recherché. Pour le montant des prestations retenues⁷, le revenu disponible de la personne qui perd son autonomie (GIR1-2) à 75 ans est ici beaucoup plus proche de celui d'une personne qui reste autonome jusqu'à la fin de sa vie. On évite même cette détérioration pour les individus aux revenus les plus faibles durant la première période. Elle est ensuite très modérée pour les deux dernières périodes de vie (-0,5 % et -1,14 %). Pour les individus aux revenus plus élevés, la baisse du revenu par

rapport à une personne autonome oscille entre −6 % et −8,5 % suivant la période de vie et le niveau de qualification.

Tableau 3
Revenu disponible d'une personne GIR 1-2 à 75 ans
(écart en % par rapport au revenu disponible d'une personne autonome)

	Faiblement qualifié	Moyennement qualifié	Hautement qualifié
Scénario central			
75 ans	−38,80	−39,42	−34,39
80 ans	−37,89	−32,47	−33,87
85 ans	−37,70	−38,54	−32,83
Variante_1			
75 ans	0,20	−7,43	−7,63
80 ans	−0,51	−6,63	−8,03
85 ans	−1,14	−8,40	−8,22

Source : calculs des auteurs.

12

Si l'on s'intéresse aux effets microéconomiques du mode de financement, l'indicateur pertinent est alors le revenu disponible des individus qui restent autonomes. Ils sont uniquement affectés par l'instauration de ce nouveau prélèvement obligatoire. Plusieurs enseignements se déduisent des graphiques 4, 5 et 6 (*infra*) qui représentent la variation en pourcentage du revenu disponible d'un individu qui a 20 ans en 2020 et qui reste autonome tout au long de sa vie, selon le scénario de mise en place de l'assurance autonomie par rapport à sa valeur du compte central :

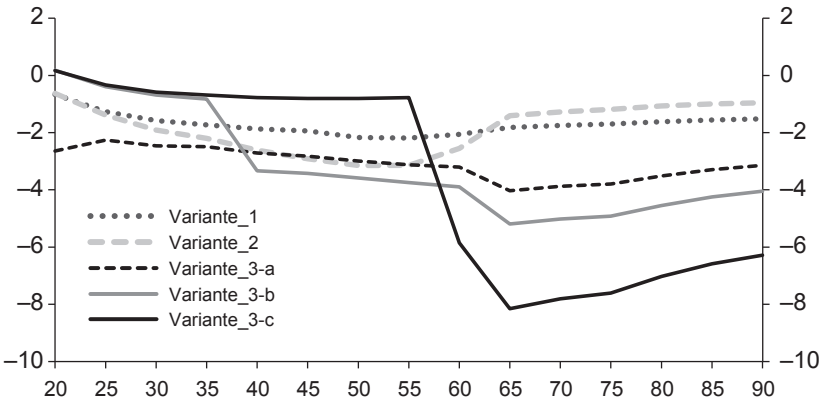
- on retrouve bien la propriété progressive du mode de financement de la variante_1, avec une diminution, relativement constante sur le cycle de vie, du revenu disponible d'un peu moins de 2 % pour un individu faiblement qualifié, au-dessus de 2 % pour un individu moyennement qualifié et proche de 4 % pour un individu hautement qualifié ;
- le financement par la CSG est le scénario qui dégrade le moins le revenu disponible après 60 ans, quel que soit le niveau de qualification, en raison des taux plus faibles qui pèsent sur les pensions des retraités ;
- sans surprise, les scénarios de la variante_3-b et de la variante_3-c ont un impact négatif beaucoup plus marqué sur le revenu disponible des individus à partir de l'âge où ils doivent s'acquitter de cette nouvelle cotisation par rapport au compte central. Dans cette dernière variante, la perte de revenu s'élève à plus de 8 % après 60 ans pour un individu faiblement qualifié et à environ 6% pour les individus moyennement

QUE PEUT-ON ATTENDRE D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE UNIVERSELLE
DANS LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ?
ÉVALUATION À L'AIDE D'UN MODÈLE D'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL CALCULABLE

et hautement qualifiés. Cette différence vient de la dimension forfaitaire de la cotisation ;

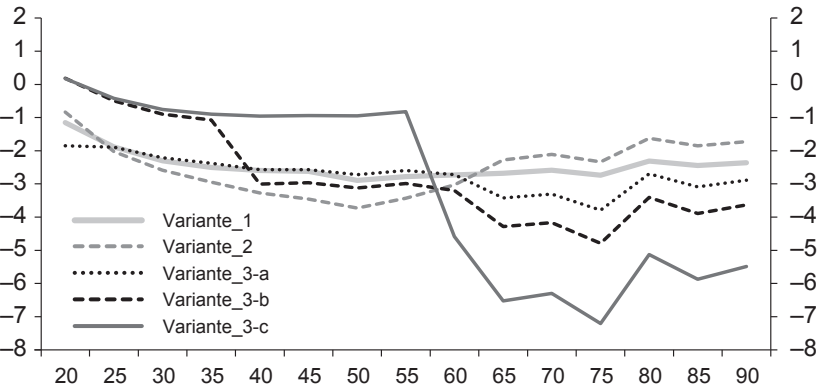
– c'est également la dimension progressive de la cotisation dans la variante_1 et au contraire forfaitaire dans les variantes_3 qui expliquent que les individus faiblement qualifiés voient leur revenu disponible moins affecté dans la variante_1 par rapport aux variantes_3. À l'inverse, les plus qualifiés connaissent la dégradation de revenu disponible la plus importante sur leur cycle de vie avec l'instauration de la variante_1 comparativement aux variantes_3 (sauf après 60 ans avec la variante_3-c).

Graphique 4
Faiblement qualifié autonome - Revenu disponible
(variation en % par rapport au compte central)



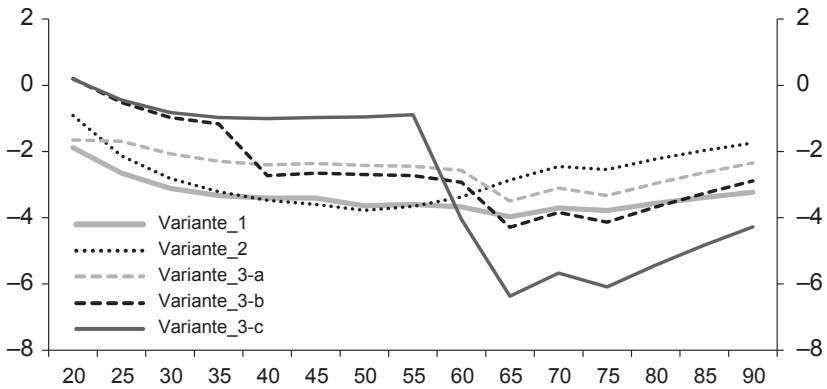
Source : calculs des auteurs.

Graphique 5
Moyennement qualifié autonome - Revenu disponible
(variation en % par rapport au compte central)



Source : calculs des auteurs.

Graphique 6
Hautement qualifié autonome - Revenu disponible
(variation en % par rapport au compte central)



Source : calculs des auteurs.

Les impacts macroéconomiques

14

L’instauration de l’assurance autonomie obligatoire, quel que soit son mode de financement, implique une baisse du niveau de vie, mesuré par le PIB par habitant (cf. tableau 4 *infra*).

Tableau 4
Assurance autonomie et niveau de vie

	2015	2020	2030	2040	2050	2060	2100
PIB par habitant (base 2015 = 1)							
Scénario central	1,00	1,07	1,22	1,35	1,51	1,70	2,76
Variante_1*	0,00 %	0,10 %	-0,97 %	-1,24 %	-1,27 %	-1,25 %	-1,22 %
Variante_2*	0,00 %	0,10 %	-1,17 %	-1,54 %	-1,60 %	-1,58 %	-1,56 %
Variante_3a*	0,00 %	0,10 %	-0,95 %	-1,21 %	-1,22 %	-1,18 %	-1,14 %
Variante_3b*	0,00 %	0,10 %	-0,88 %	-1,10 %	-1,08 %	-1,01 %	-0,94 %
Variante_3-c*	0,00 %	0,10 %	-0,74 %	-0,91 %	-0,87 %	-0,81 %	-0,75 %

* déviation en % du scénario central.
Lecture : en 2030, le PIB par tête dans la variante_1 est réduit de 0,97 % par rapport à sa valeur dans le compte central.

Source : calculs des auteurs.

QUE PEUT-ON ATTENDRE D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE UNIVERSELLE
DANS LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ?
ÉVALUATION À L'AIDE D'UN MODÈLE D'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL CALCULABLE

La croissance dans le modèle MELETE est tirée à long terme par le progrès technique exogène et par l'élévation du capital humain et à court terme par l'accumulation de capital physique, c'est-à-dire l'épargne des ménages. Les effets distortifs (hausse des prélèvements obligatoires) de l'instauration de l'assurance autonomie l'emportent sur ses effets redistributifs. L'accumulation d'épargne des ménages, donc de capital physique, est moindre par rapport au compte central, ce qui entraîne cette perte de revenu par tête. Cet effet négatif est d'autant plus marqué que les effets distortifs du mode de financement sont prononcés. C'est donc, sans surprise, dans le scénario qui retient un financement par la CSG (qui pèse le plus sur la population active qui est dans sa phase d'accumulation de son patrimoine financier) que cet effet négatif est le plus accentué. Il est suivi de la variante_1 où la cotisation, progressive, pèse plus sur les ménages hautement qualifiés qui sont aussi ceux qui ont le taux d'épargne le plus élevé. Et enfin, les variantes_3 sont celles où la dégradation du revenu par tête est la plus faible, ce qui s'explique fort logiquement par le fait que le financement y est forfaitaire (donc le moins distortif dans l'incitation à épargner). Le mode de financement qui a le moins d'impacts négatifs sur le PIB par habitant est celui de la variante_3-c qui, en plus d'avoir une cotisation forfaitaire, ne fait supporter l'effort que sur les plus de 60 ans (qui sont déjà en phase de désépargne).

15

Quelques enseignements peuvent également être tirés des données du tableau 5 (*infra*) sur les agrégats du régime d'assurance autonomie et leur évolution :

- les dépenses de cette assurance passent d'un peu moins de 0,7 % du PIB en 2020 à 1,05 % à l'horizon de la fin du siècle, ce qui s'explique entièrement par l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie, le niveau de la prestation forfaitaire évoluant au même rythme que le taux de croissance de long terme du PIB ;
- cette assurance permet ainsi de réduire d'environ 1 % du PIB le reste à charge des ménages en 2050 pour le transférer sur la collectivité ;
- le choix dans la variante_3-c de ne faire supporter le financement de l'assurance que sur les plus de 60 ans implique un montant forfaitaire très élevé par rapport aux autres variantes pour les plus âgés. À noter également un résultat qui pourrait paraître contre-intuitif. C'est pour cette variante que la progression au cours du temps de la cotisation forfaitaire est la plus faible. Cela s'explique par le fait que c'est précisément la population des 60 ans et plus (donc la base des recettes) qui croît le plus sur la période considérée, ce qui permet une moindre progression du montant de la cotisation ;
- la variante_1 implique dans la phase initiale la constitution de réserves financières et au contraire un endettement par la suite. Le solde

REVUE D'ÉCONOMIE FINANCIÈRE

Tableau 5
Données macroéconomiques du régime d'assurance autonomie

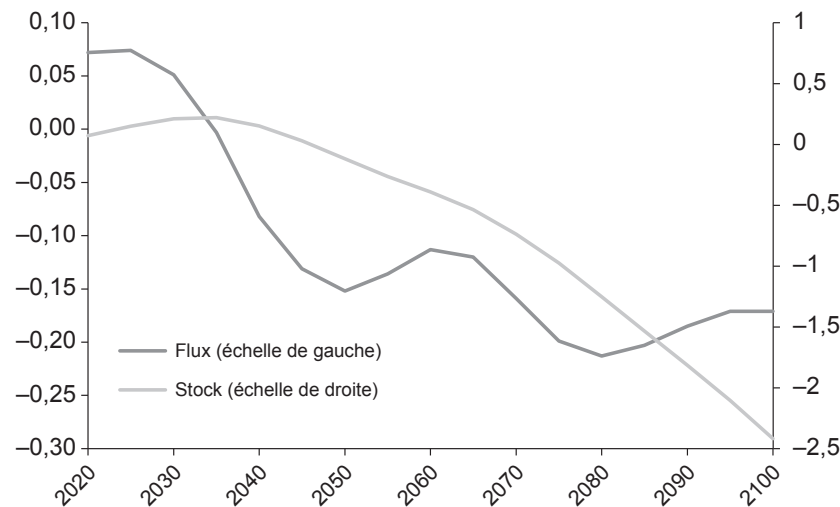
	2015	2020	2030	2040	2050	2060	2100
Dépenses assurance autonomie (en % du PIB)							
Variante_1	0,00	0,69	0,75	0,91	1,00	0,97	1,05
Cotisation assurance autonomie (en % du PIB)							
Variante_1	0,00	0,77	0,81	0,83	0,85	0,87	0,89
Flux – Réserves assurance autonomie (en % du PIB)							
Variante_1	0,00	0,07	0,05	-0,08%	-0,15	-0,11	-0,17
Stock – Réserves assurance autonomie (en % du PIB)							
Variante_1	0,00	0,07	0,21	0,15	-0,25	-1,25	-2,50
Montant cotisation forfaitaire assurance autonomie (en % de la prestation GIR 1-2)							
Variante_3-a	0,0	4,2	4,6	5,3	5,5	5,6	5,9
Variante_3-b	0,0	6,1	6,6	7,5	7,7	7,7	8,0
Variante_3-c	0,0	12,1	12,0	12,9	13,1	13,1	13,1

Source : calculs des auteurs.

est positif jusqu'en 2035 (cf. graphique 7 *infra* et tableau 5 *supra*), période à partir de laquelle il devient nécessaire de puiser dans ce fonds de réserve pour financer une partie des dépenses qui ne sont plus couvertes par les cotisations. Ce fonds s'amenuise donc progressivement et est épuisé en 2045. Il atteint un maximum de 0,22 % du PIB en 2035. Sa valeur négative après 2045 nous renseigne sur le niveau d'endettement de l'assurance autonomie qu'implique ce mode de financement à partir du milieu du XXI^e siècle. Il représente environ 0,25 % du PIB en 2055, 1,25 % en 2080 et presque 2,5 % du PIB à la fin du siècle. Il faut en effet garder cela à l'esprit quand on compare les résultats des différentes variantes. La variante_1 implique un financement par emprunt à terme, alors que l'équilibre budgétaire est assuré à chaque période dans toutes les autres variantes.

QUE PEUT-ON ATTENDRE D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE UNIVERSELLE
DANS LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ?
ÉVALUATION À L'AIDE D'UN MODÈLE D'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL CALCULABLE

Graphique 7
Évolution du flux et du stock du fonds de réserve
(en % du PIB)



Source : calculs des auteurs.

27 novembre 2023

NOTES

1. Une description complète peut être trouvée dans Chojnicki *et al.* (2016). La version du modèle présentée dans cet article est augmentée de l'intégration d'un bloc spécifique aux dépenses de perte d'autonomie.
2. « Faiblement qualifié » correspond à un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat, « moyennement qualifié » renvoie à un niveau de diplôme compris entre baccalauréat (inclus) et bac +2 et « hautement qualifié » équivaut à un niveau de diplôme bac +3 et plus.
3. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 GIR : allant du GIR 1 (dépendance la plus élevée) au GIR 6 (dépendance faible).
4. Elles distinguent, pour les GIR3-4, un scénario médian de scénarios pessimiste et optimiste.
5. Aux revenus du travail et revenus de remplacement sont retranchés l'ensemble des prélèvements obligatoires acquittés par l'individu (y compris la cotisation à l'assurance autonomie).
6. Le modèle est à fondements microéconomiques. Les individus déterminent leurs décisions de consommation et d'épargne de manière rationnelle (maximisation du bien-être intertemporel sous contrainte de revenus). Nous faisons l'hypothèse que l'individu qui perd son autonomie à 75 ans (sans l'avoir anticipé) intègre que son espérance de vie est réduite, ce qui le conduit à modifier ses choix d'épargne. Les ménages n'étant pas altruistes, ils ne souhaitent pas faire de don ou laisser d'héritage à leurs descendants, ce qui explique que le patrimoine financier tende vers zéro en dernière période de vie. Les profils de consommation et d'épargne d'un individu qui perd son autonomie à 75 ans sont donc modifiés de par la révision de son espérance de vie et cela indépendamment de l'impact du reste à charge lié à la

perte d'autonomie et des éventuelles prestations qu'il touche de l'assurance autonomie qui viennent modifier son revenu disponible. C'est la raison pour laquelle nous comparons les revenus disponibles, hors revenus de l'épargne, pour capter uniquement les effets du reste à charge, des prestations et des cotisations de l'assurance autonomie.

7. Ce montant de prestations reçues de l'assurance autonomie est le même pour tous les scénarios envisagés, ce qui explique que nous n'avons renseigné dans le tableau que les résultats de la variante_1. Ceux des autres scénarios sont très proches, la différence, de quelques dixièmes de pourcentage, venant des effets d'équilibre général induits par le mode de financement.

BIBLIOGRAPHIE

BLANPAIN N. et BUISSON G. (2016), « Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 », *Insee Première*, n° 1619.

BONESCHI S. et ZAKRI M. (2018), « La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie : des profils de bénéficiaires très différents », *Les dossiers de la DREES*, n° 29.

CHOJNICKI X., DELATTRE E., RABESANDRATANA P.-E. et RAGOT L. (2016), *L'impact des dépenses de santé dans une économie vieillissante*, Chaire Transitions démographiques, transitions économiques, Rapport.

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES (2016), *Évolutions et perspectives des retraites en France*, Rapport annuel du COR.

D'ALBIS H. et NAVAUX J. (2016), *La répartition par âge des transferts publics en France. Choc démographique, rebond économique*, éditions Descartes.

DARCILLON T. (2016), *Le compte de la dépendance de 2010 à 2014. La protection sociale en France et en Europe*.

FÉDÉRATION française DE L'ASSURANCE (2017), « Assurance dépendance : 7,1 millions de personnes couvertes à la fin de l'année 2017 », *Études et résultats*.

FILATRIAU O. (2011), « Projections à l'horizon 2060 - Des actifs plus nombreux et plus âgés », *Insee première*, vol. 1345.

FIZZALA A. (2016), « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les dossiers de la Dress*, n° 1.

FORETTE F., BRIEU M.-A., HALIMI D., SALORD J.-C., MARY S. et SCHANNES B. (2018), « Pour une assurance autonomie obligatoire », *Le Monde*, 24 avril.

HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) (2013), *Rapport Annuel du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie*, Rapport technique.

LARBI K. et ROY D. (2019), « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 », *Insee Première*, n° 1767.

LIBAULT D. (2019), « Grand âge, le temps d'agir », *Concertation Grand âge et autonomie*.

RENOUX A., ROUSSEL R. et ZAIDMAN C. (2014), « Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 », *Dossiers solidarité et santé*, n° 50.

ROUSSEL R. (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.