

La dépendance des personnes âgées – éléments de travail

Rapport présenté par :

***Laurence ESLOUS
membre de l'Inspection générale des affaires sociales***

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé***

***Rapport n° RM 2007-130P
Août 2007***

SOMMAIRE

LES PRODUITS D'ASSURANCE COUVRANT LA PERTE D'AUTONOMIE.....	2
LES ÉVALUATIONS FINANCIÈRES DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES.....	6
LES AIDES AU LOGEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENT	10
LES DÉPENSES FISCALES EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE PERTE D'AUTONOMIE.....	12
LA PENSION D'INVALIDITÉ DU RÉGIME GÉNÉRAL	15
ELÉMENTS POUR ÉVALUER LE SURCÔÛT DE LOGEMENT GÉNÉRÉ PAR LA PERTE D'AUTONOMIE.....	17
LA PÉRÉQUATION FINANCIÈRE ENTRE COLLECTIVITÉS LOCALES EN SUÈDE	20

Les produits d'assurance couvrant la perte d'autonomie

Description des produits proposés en France

Hors les contrats s'adressant spécifiquement aux personnes âgées, plusieurs types de contrats couvrent un manque d'autonomie, temporaire ou permanent.

On peut ainsi penser :

- aux contrats d'assistance : ils offrent par exemple des prestations d'aides ménagères en cas de perte d'autonomie, pour des nombre d'heures et une durée dans le temps limités ;
- aux contrats « garantie des accidents de la vie » (GAV) lancés par le marché au début des années 2000 : en cas de perte d'autonomie résultant d'un accident, les prestations sont évaluées par expertise et visent à indemniser les préjudices économiques (incapacité temporaire et invalidité permanente), les préjudices non économiques (souffrances endurées, préjudice esthétique), les frais de prothèses, les frais d'aménagement du logement ou du véhicule ; ces contrats sont habituellement vendus avec une limite d'âge à la souscription ;
- aux contrats collectifs couvrant les salariés contre les risques incapacité et invalidité (garantie d'un revenu de remplacement en cas d'invalidité en complément des régimes de base) ;
- aux contrats rente - survie (en cas de décès de l'assuré parent d'une personne handicapée, ce contrat prévoit le versement d'une rente au proche atteint d'un handicap) ou épargne handicap (l'assuré est la personne handicapée ; le contrat prévoit le versement d'un capital ou d'une rente lorsque l'assuré survit au terme du contrat dont la durée est d'au moins six ans) : ces contrats bénéficient d'une réduction d'impôt à hauteur de 25% de la prime (avec un plafond de prime de 1 525 € par an et par foyer fiscal, plus 300 € par personne à charge, soit une réduction d'impôt de 381,25 € plus 75 € par personne à charge).

S'agissant des contrats couvrant spécifiquement les personnes âgées (contrats « dépendance »), ce sont des **contrats de rente viagère différée** : après une phase d'épargne par le versement de primes régulières, les capitaux accumulés sont versés sous forme de rente dès lors que la personne est considérée comme « dépendante » au sens de la garantie contractuelle.

Conçues dans le cadre de l'assurance vie, **les garanties sont forfaitaires**, par opposition à des garanties indemnitaires telles que celles des contrats « garantie des accidents de la vie ». Elles sont donc exprimées en montant, sans lien avec les frais que la personne âgée aura à couvrir.

Pour le reste, les produits « dépendance » proposés sont très divers :

- la garantie peut être la garantie principale du contrat, une garantie accessoire (cas des garanties incluses dans les garanties d'assurance maladie complémentaire délivrées par les mutuelles), une garantie optionnelle (contrat d'épargne retraite avec une option « dépendance » qui garantit une majoration de la rente perçue à titre principal) ;
- les contrats peuvent être souscrits à titre individuel, dans le cadre de la prévoyance collective d'entreprise ou dans le cadre de garanties mutualistes maladie ; à titre individuel, l'assuré, sélectionné médicalement (questionnaire de bonne santé ou autres formalités médicales) paie son risque tel qu'évalué actuariellement ; quand la garantie est annuelle et collective, il y a mutualisation du risque entre tous les assurés et absence de sélection médicale individuelle à l'entrée ; les limites d'âge à la souscription sont

différentes lorsque le contrat est une garantie collective annuelle (en général 60 ans) ou lorsqu'il est souscrit à titre individuel (70 ans voire 75 ans) ;

- les référentiels pour évaluer le niveau de perte d'autonomie sont variables d'un contrat à l'autre : groupes iso-ressources de la grille AGGIR mais aussi actes de la vie quotidienne ou définition propre au contrat (par exemple, actes élémentaires affectés d'un barème, le niveau de perte d'autonomie étant apprécié en fonction d'un total de points) ;
- les contrats peuvent prévoir des délais de carence (si le risque survient pendant cette période, la garantie n'est pas due) ou des périodes de franchise (la rente est due mais elle n'est versée qu'après une période de franchise de par exemple trois mois) ;
- la « dépendance » couverte est la dépendance « lourde » ou « totale » (avec des définitions contractuelles variables de ces notions), parfois la dépendance partielle.

Taille du marché français pour les produits « dépendance » et comparaisons internationales

Avec deux à trois millions de personnes couvertes, le marché français serait le plus développé des pays industrialisés¹. Il s'est développé récemment, en lien avec la médiatisation du risque accompagnant la mise en place de la PSD et surtout de l'APA. Il a pu également bénéficier du volume généré par certains modes de souscription (réseaux des bancassureurs, grandes mutuelles de la fonction publique).

C'est un marché très concentré : quatre sociétés (PRIMA société d'assurance du groupe paritaire AG2R, GROUPAMA, PREDICA filiale d'assurance du groupe Crédit Agricole, CNP) couvriraient près de trois quarts des assurés.

Parmi les personnes couvertes par une garantie « dépendance », un million le serait dans le cadre d'un contrat individuel de durée viagère géré en capitalisation, et les autres dans le cadre de contrats collectifs (contrats de prévoyance de salariés) ou de contrats maladie complémentaire des mutuelles gérés en répartition.

A l'étranger, le faible développement du marché privé peut en partie s'expliquer par le niveau public de prise en charge du risque :

- au Japon, le développement du marché a été stoppé par la mise en place de l'assurance publique obligatoire en 2000 ;
- en Allemagne, l'assurance « dépendance » « suit » l'assurance maladie. Cette dernière est obligatoire auprès d'une caisse publique pour environ 90% de la population qui sont automatiquement affiliés à l'assurance « dépendance » rattachée à la même caisse. Pour les 10% de la population ayant une assurance maladie privée (catégories les plus aisées et fonctionnaires), la souscription d'une assurance privée en cas de « dépendance » est obligatoire. La taille du marché privé de l'assurance « dépendance » est ainsi de facto limitée. Les produits sont quant à eux très réglementés (niveau des prestations équivalent à celui des caisses publiques, plafonnement des cotisations au niveau maximum de cotisation des caisses publiques) ;
- aux Pays-Bas, le risque de perte d'autonomie des personnes âgées est considéré comme un risque très coûteux et l'ensemble de la population est couverte par un fonds public. L'assurance « dépendance » privée est donc inexistante, et ce bien qu'un tiers de la population ait recours à l'assurance privée pour le risque maladie.

¹ Selon le rapport « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » de juin 2006 du Centre d'analyse stratégique, le marché américain compte 6 à 7 millions d'assurés pour une population cinq fois supérieure à celle de la France, et le marché japonais 2 millions d'assurés pour une population de deux fois celle de la France.

Cependant, même aux Etats-Unis² où des incitations fiscales à la souscription de contrats ont été mises en place et où le marché est le plus ancien, l'assurance « dépendance » privée ne jouerait qu'un rôle mineur puisqu'elle ne financerait que 4% des dépenses des personnes âgées, en raison du faible nombre de personnes couvertes et du faible niveau de couverture offert par les contrats.

Les limites actuelles de l'assurance privée en France

Du point de vue des usagers :

- le coût des garanties « dépendance » est élevé, particulièrement lorsque la souscription est individuelle ; le coût est moindre lorsqu'il y a mutualisation du risque au sein d'un groupe (moindre anti sélection, âge moyen des assurés plus jeune) mais l'évolution dans le temps du prix de la garantie est incertaine ; ainsi, lors du départ à la retraite de salariés garantis collectivement, la loi Evin oblige à maintenir la garantie mais l'employeur ne participe plus au financement (dans les contrats collectifs d'assurance maladie complémentaire, l'employeur finance en moyenne 60% de la cotisation) et le coût de la garantie pourrait évoluer de façon différenciée pour les retraités par rapport aux actifs ;
- les assurés peuvent avoir le sentiment de cotiser à fonds perdus : avant perception d'une prestation qui n'est qu'éventuelle, la durée de versement des cotisations est longue (l'âge moyen d'entrée en « dépendance » est actuellement évalué à 85 ans) ; or le fait de cesser de payer les cotisations fait perdre le bénéfice de la garantie en totalité (cas des contrats annuels souscrits collectivement) ou partiellement pour les contrats individuels de durée viagère (le montant de la rente garantie est réduit, et ce d'autant plus que la durée de paiement des primes a été courte) ;
- la compréhension de la garantie par l'assuré n'est pas toujours évidente ;
- le montant de la rente n'est pas forcément adapté aux besoins à couvrir : les montants de rente seraient généralement compris entre 300 € par mois et 3 000 euros ; les montants les plus bas peuvent être éloignés des frais à couvrir ; par ailleurs, il n'y a aucune garantie de réévaluation de la rente ; elle peut éventuellement être revalorisée, par exemple dans la limite d'un fonds constitué par l'assureur ; si la revalorisation est proche de l'inflation, la rente peut s'avérer malgré tout insuffisante en regard de l'évolution des coûts salariaux ou d'hébergement en cas de perte d'autonomie ;
- lorsqu'il y a sélection médicale à l'entrée, les contrats ne sont pas accessibles à tous ;
- enfin, bénéficiaire d'une rente ne garantit pas d'accéder à des services d'aides à domicile ou à une place en maison de retraite ; on note toutefois que les organismes assureurs sont actifs dans l'offre de services : ils sont très présents dans les enseignes à la personne qui proposent un réseau de prestataires (CNP Services à la personne, AXA dans Domiserve+, GROUPAMA dans Fourmi verte, la FNMF dans France Domicile, groupe Caisses d'épargne, La Poste, ...) ou peuvent investir dans des établissements d'hébergement.

Du point de vue de la technique d'assurance :

- pour tarifier la rente, l'assureur doit estimer à la fois le nombre de personnes qui seront « dépendantes » dans son portefeuille mais également la durée de la rente qu'il aura à verser c'est-à-dire la durée de vie des personnes en situation de perte d'autonomie³ ;
- le marché est trop récent pour disposer de données fiables sur le risque (très peu de prestations sont actuellement versées en raison de la jeunesse des portefeuilles souscrits dans les années 2000 et de la durée longue du risque) ; les données existantes ne sont que difficilement transposables d'un assureur à l'autre ou d'un pays à l'autre en raison de la

² Les produits vendus sur le marché américain relèvent d'une logique indemnitaire.

diversité des définitions de la perte d'autonomie, des politiques variables de sélection du risque, ...

- il y a absence de consensus sur l'évolution future du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie (l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne-t-elle ou non d'une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité ?) ;
- la prise en charge du risque peut nécessiter pour l'organisme assureur de mobiliser un niveau important de fonds propres.

Pour faire face à ces difficultés techniques de tarification, la solution adoptée par le marché est celle d'une adaptation des tarifs. En assurance individuelle, bien que le contrat soit de durée viagère, **les primes sont révisables** en fonction de l'évolution du coût du risque. Il y a donc une incertitude sur le prix pour l'assuré et également une incertitude sur la capacité de l'assureur à pratiquer une hausse de tarifs sans perdre ses clients. Lorsque le contrat est collectif et de durée annuelle, le tarif est révisable chaque année. En cas de constat a posteriori de dérive du coût par rapport aux estimations actuarielles initiales, les générations futures d'assurés devront être assez nombreuses pour payer le risque passé déjà réalisé.

³ Une connaissance équivalente du risque est obtenue par les taux de prévalence à chaque âge.

Les évaluations financières de la perte d'autonomie des personnes âgées

Cette fiche synthétise les évaluations du coût de la perte d'autonomie disponibles dans les trois rapports récents suivants :

- « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix », rapport à M. Philippe Bas, mission confiée à Mme Hélène Gisserot, mars 2007 ;
- « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » conduite par Stéphane Le Bouler, Centre d'analyse stratégique, juin 2006 ;
- « Les personnes âgées dépendantes », rapport au Président de la République, Cour des comptes, novembre 2005.

Ces évaluations ne concernent que la perte d'autonomie des personnes âgées.

Les prévisions démographiques relatives au nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie sont fragiles

Bien que les projections sur la part des plus de 75 ans dans la population totale soient sensibles aux hypothèses d'espérance de vie et de fécondité, il existe un large accord sur le vieillissement de la population. Par contre, l'évolution future du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie est très incertaine : il n'y a pas de consensus sur la nature des gains d'espérance de vie : l'espérance de vie supplémentaire est-elle avec ou sans incapacité ? A court terme, on constate par ailleurs une déconnexion entre les prévisions démographiques et la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA qui ne s'expliquerait pas par la seule montée en charge du dispositif.

Sous ces réserves, le rapport Gisserot a actualisé et prolongé les projections faites par la DREES, l'INSEE et le Commissariat général du plan en 2005 : la croissance du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie au sens de l'APA serait de 1% par an en moyenne jusqu'en 2040, soit une croissance totale de 40% à 50% en 35 ans. Cette évolution n'est pas linéaire : il y aurait une accélération de la croissance entre 2005 et 2020 (générations des années 1920), une décélération entre 2020 et 2030 et une accélération entre 2030 et 2040 (générations du baby-boom). Pour cette raison, la moitié de la croissance (soit +20% à +25%) serait réalisée en 15 ans (période 2005 – 2020), tandis que la deuxième moitié le serait sur les 20 années suivantes.

Une politique active de prévention de la perte d'autonomie pourrait avoir des effets sensibles sur le nombre de personnes en situation de perte d'autonomie.

L'importance des autres facteurs de coûts ou d'économies

Outre l'évolution du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie, d'autres facteurs auront un impact non négligeable :

- le taux de recours aux aides (cf. l'existence de non recours aujourd'hui) ;
- l'évolution des proportions entre les différents GIR ;
- la répartition à venir entre domicile et établissement ;

- l'évolution des coûts de personnel (évolution des coûts unitaires en lien avec l'augmentation des qualifications, augmentation des taux d'encadrement en établissement, augmentation des volumes d'aides à domicile) ;
- l'amélioration du service rendu en établissement (mises aux normes et modernisations par exemple) ;
- le montant futur de la capacité contributive des personnes âgées (niveau des retraites, mobilisation du patrimoine) ;
- un meilleur ciblage des aides, en particulier fiscales ;
- le redéploiement des dépenses d'assurance maladie en faveur du secteur médico-social : le rapport du Centre d'analyse stratégique cité supra a esquissé un chiffrage : le coût des hospitalisations non pertinentes de personnes âgées en court séjour représenteraient 2,5 G€;
- ...

Le chiffrage de la Cour des comptes à l'horizon 2020 (par rapport à 2003)

Ce chiffrage repose sur les hypothèses suivantes :

- un nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) de 1 004 000⁴ en 2020 ;
- une absence de modification de la répartition des bénéficiaires entre domicile et établissement et entre GIR ;
- une évolution du coût moyen des plans d'aide issue de la seule évolution générale des salaires réels ;
- 30 000 ou 140 000 places supplémentaires en SSIAD ;
- 36 000 places supplémentaires en établissement à l'horizon 2008 ;
- la mise aux normes incendie des établissements ;
- un taux d'encadrement cible à 0,35 ETP soignant par lit.

(en millions d'euros)	Hypothèses basses	Hypothèses hautes
Coûts supplémentaires d'APA	2 800	3 847
Coûts supplémentaires pour l'assurance maladie	2 950	4 710
Coûts supplémentaires pour les résidents	1 684	2 780
Total	7 434	11 337

Le scénario du libre choix évalué par le Centre d'analyse stratégique

Le scénario du libre choix est basé sur des hypothèses volontaristes de développement d'un soutien à domicile plus dense et diversifié et d'intensification de la prise en charge en établissement. Il repose sur les objectifs quantifiés suivants :

- un effort soutenu de création de places en établissement jusqu'en 2010, pour atteindre 680 000 places puis une stabilisation de ce nombre ; s'y ajouteraient 40 000 places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour ainsi que 110 000 places peu médicalisées ;

⁴ Ce chiffre résulte d'une croissance de 25% par rapport à 2000. Mais, au 31 décembre 2006, le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA était d'ores et déjà de 1 008 000.

- une progression des taux d'encadrement (taux global et taux d'encadrement soignant) selon deux hypothèses (hypothèse basse/hypothèse haute) et une montée en charge progressive ou rapide ;
- un développement sensible des places de SSIAD : 111 000 en 2010, 147 000 en 2015, 229 000 en 2025 ;
- l'augmentation du volume d'aides à domicile pour les personnes isolées ;
- le renforcement de l'attractivité des métiers de la prise en charge des personnes âgées ;
- une restructuration de 150 000 ou de 300 000 places en établissement.

1. Les coûts de personnel

Le Centre d'analyse stratégique a chiffré les coûts de personnel découlant de ce scénario du libre choix.

(en millions d'euros)	Hypothèse basse				Hypothèse haute			
	2005	2010	2015	2025	2005	2010	2015	2025
Par nature de dépenses								
Domicile	4 305	5 378	7 518	13 232	4 305	5 378	7 518	13 232
Etablissement	9 206	12 281	13 993	17 386	9 206	13 449	15 678	19 274
Total	13 511	17 658	21 511	30 618	13 511	18 827	23 197	32 506
<i>Surcoût par rapport à 2005</i>		4 147	8 000	17 107		5 316	9 686	18 995
Par financeur								
Ass maladie	5 398	7 603	9 249	12 913	5 398	8 759	10 818	14 689
Départements	2 369	3 081	4 042	6 518	2 369	3 111	4 107	6 586
CNSA	1 332	1 733	2 274	3 667	1 332	1 750	2 310	3 705
<i>Surcoût pour les dépenses publiques par rapport à 2005</i>		3 318	6 464	13 999		4 521	8 135	15 879
Usagers	4 411	5 240	5 947	7 519	4 411	5 206	5 962	7 527
<i>Surcoût pour les usagers</i>		829	1 536	3 108		795	1 551	3 116

Dans l'hypothèse basse, les dépenses publiques passent de 9,1 G€ en 2005 à 23,1 G€ en 2025, soit une croissance annuelle moyenne de 4,7%.

S'agissant des financeurs, la répartition en 2005 de l'APA entre départements (64%) et compensation par la CNSA (36%) est maintenue. La croissance du reste à charge des ménages à domicile et en établissement est contenue puisque la part des usagers passe de 33% en 2005 à 25% en 2025 (hypothèse basse).

Rapportées à la trajectoire prévue du PIB (+2,25% par an en moyenne), ces dépenses de personnel représentent 1,1% du PIB en 2010, 1,2% en 2015 et 1,5% en 2020, contre 0,94% en 2005.

Pour le Centre d'analyse stratégique, « cet effort conséquent n'est pas insurmontable pour autant que soient engrangées par ailleurs des économies (exemple des dépenses de médicaments), que les mécanismes de régulation permettent de contenir strictement les dépenses et qu'une partie substantielle des ressources nouvelles consacrées aux dépenses de

personnel dans le secteur médico-social soit gagée sur des redéploiements à partir de l'enveloppe hospitalière ».

2. Les coûts liés à l'investissement

Les coûts d'investissement en places nouvelles sont quant à eux estimés entre 0,9 à 1 G€ entre 2008 et 2010 et entre 2,9 et 3,3 G€ pour la période 2011-2025.

Sur toute la période 2006-2025, les coûts de restructuration de places sont estimés entre 10,4 G€ et 12,5 G€ pour 150 000 places, et le double pour 300 000 places.

Au total, les besoins globaux de financement liés à l'investissement peuvent être estimés sur la période 2006-2025 dans une fourchette entre 14,2 G€ et 29,2 G€, et sur la période 2006-2010 dans une fourchette entre 2,9 G€ et 5,9 G€.

Les trois scénarios envisagés par le rapport Gisserot

Le scénario de référence (scénario 2) s'appuie sur les projections en coûts de personnel (hypothèse basse) du Centre d'analyse stratégique présentées ci-dessus. Pour améliorer les prises en charge et réduire en partie le périmètre des dépenses laissées à charge des ménages, le taux de croissance des prélèvements obligatoires est en moyenne de 4,7% par an⁵.

Le scénario 1 consiste à refuser toute nouvelle augmentation des prélèvements obligatoires : la progression des recettes publiques est limitée à la croissance spontanée du PIB (2,25% par an). Une variante du scénario 1 consisterait à améliorer la qualité des prises en charge tout en recentrant l'APA et en développant l'assurance dépendance (la croissance des dépenses publiques serait alors supérieure de un point au taux de croissance du PIB).

Le scénario 3 ajoute au scénario 2 une réduction des restes à charge, soit en stabilisant en termes réels les tickets modérateurs actuels, soit en instaurant un ticket modérateur unique de 15% dont seraient exonérés les plus bas revenus (variante du scénario 3). Ce scénario et sa variante conduisent à des taux de croissance annuels moyens des dépenses publiques de, respectivement, 5,2% et 5,7%.

⁵ Nette de la progression spontanée des recettes évaluée à 2,25% par an comme la croissance spontanée du PIB, la progression serait de 2,5% par an.

Les aides au logement pour les personnes âgées en établissement

Les personnes âgées en établissement peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'aides personnelles au logement. Si leurs ressources restent insuffisantes, elles peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement.

Les aides personnelles au logement

Ces aides, versées par les CAF, sont de deux types :

- l'aide personnalisée au logement (APL), régie par le code de la construction et de l'habitation ;
- l'allocation de logement sociale (ALS), régie par le code de la sécurité sociale.

L'APL⁶

L'APL a été créée en 1977. Son bénéfice a été progressivement élargi et son régime unifié à compter du 1^{er} avril 1997. L'attribution de l'APL est conditionnée par la nature du logement occupé, qui doit être conventionné, ainsi que par les ressources du bénéficiaire et la composition du ménage.

L'ALS⁷

L'ALS concerne toute personne acquittant une dépense de logement, quels que soient son âge et sa situation professionnelle, si elle dispose de ressources ne dépassant pas un certain plafond. L'ALS est réservée aux personnes ne bénéficiant ni de l'APL (cas d'un logement non conventionné), ni de l'allocation de logement familiale (absence de personne à charge).

En 2004, selon le rapport « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » du Centre d'analyse stratégique de juin 2006, l'APL aurait été versée à 127 000 personnes âgées en établissement pour un montant mensuel moyen de 190 euros et l'ALS aurait été versée à 201 000 personnes âgées en établissement pour un montant mensuel moyen de 112 euros, soit un total d'aides personnelles au logement pour les personnes âgées en établissement de 560 millions d'euros.

L'aide sociale à l'hébergement

En cas de ressources insuffisantes, la personne âgée de plus de 65 ans (ou de plus de 60 ans en cas d'inaptitude au travail) peut demander à bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). L'établissement d'accueil doit avoir été habilité par convention à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Lorsqu'il y a prise en charge par l'aide sociale, 90% des ressources de la personne sont affectés au remboursement des frais de séjour, quels que soit le montant de ces ressources et le prix de l'hébergement. En outre, la somme minimale laissée à disposition de la personne âgée (« argent de poche ») ne peut être inférieure à 1% du minimum vieillesse.

⁶ Articles L. 351-1 à L. 351-14 du code de la construction et de l'habitat.

⁷ Articles L 831-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

L'aide sociale à l'hébergement représente deux milliards d'euros⁸ et le nombre de bénéficiaires est évalué à 112 000 personnes au 31 décembre 2005, comme au 31 décembre 2004⁹. Le montant mensuel moyen d'aide par personne est ainsi de 1 500 euros¹⁰.

L'aide sociale étant un droit « subsidiaire », qui n'est honoré par la collectivité débitrice qu'à défaut de ressources du bénéficiaire, la collectivité peut engager des recours en récupération¹¹ auprès des bénéficiaires des aides en cas de retour à meilleure fortune ou à l'encontre de la succession, du donataire ou du légataire. Pour certaines aides sociales, seule la part des dépenses excédant 760 euros peut donner lieu à recouvrement et le recouvrement s'exerce sur la part de l'actif net successoral excédant 46 000 euros.

L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées ne bénéficie pas de ces deux seuils. La DREES évalue à environ un milliard d'euros les recours en récupération en matière d'ASH, soit la moitié des prestations versées. Ainsi, et selon l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée¹², les dépenses nettes de récupération d'ASH des départements se sont élevées à 940 millions d'euros en 2005.

⁸ Cf. DREES, Etudes et résultats n°543, décembre 2006, *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2005*.

⁹ Cf. DREES, Etudes et résultats n°514, août 2006, *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2005*.

¹⁰ Si on néglige l'impact des flux infra annuels de bénéficiaires.

¹¹ Le champ d'application de ces procédures de récupération s'est restreint au fil du temps.

¹² Cf. *La lettre de l'Odas*, juin 2006.

Les dépenses fiscales en faveur des personnes en situation de perte d'autonomie

Dans son rapport au Président de la République intitulé « Les personnes âgées dépendantes » de novembre 2005, la Cour des comptes a recensé les différentes dépenses fiscales en faveur de la population âgée. Les éléments qui suivent sont issus de ce rapport, et complétés par les deux rapports suivants :

- « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix », rapport à M. Philippe Bas, mission confiée à Mme Hélène Gisserot, mars 2007 ;
- « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » conduite par Stéphane Le Bouler, Centre d'analyse stratégique, juin 2006.

Des aides fiscales multiples mais peu ciblées sur les personnes âgées en situation de perte d'autonomie

La Cour des comptes a recensé¹³ cinq aides fiscales spécifiquement destinées aux personnes en situation de perte d'autonomie et, pour les seules personnes âgées, douze aides non ciblées sur les personnes en situation de perte d'autonomie.

Le rapport Gisserot¹⁴ a quant à lui listés :

- trois aides spécifiquement consacrées aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie : déductibilité de l'APA pour l'impôt sur le revenu, réduction d'impôt sur le revenu pour les personnes âgées en établissement, déduction forfaitaire pour les descendants en cas d'hébergement d'une personne âgée en situation de perte d'autonomie ;
- trois aides consacrées plus généralement aux personnes en perte d'autonomie (handicap, invalidité, « dépendance ») : majoration du nombre de parts pour le calcul du quotient familial, crédit d'impôt sur les équipements spécialement conçus pour faire face à la perte d'autonomie, taux de TVA réduit sur certains matériels ;
- et quatre aides non spécifiquement consacrées aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie mais contribuant significativement à solvabiliser leurs dépenses : la plus importante de ces aides en termes de dépenses fiscales est la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile.

Le montant total des dépenses fiscales des trois catégories listées par le rapport Gisserot est évalué à 1,6 G€ dont 0,9 G€ pour les seules personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

Ces montants sont non négligeables. Mais, au sein de l'ensemble des dépenses fiscales en faveur des personnes âgées de plus de 60 ans évalué à 6,7 G€ par la Cour des comptes, leur part est faible.

¹³ Cf. annexe 7 du rapport précité.

¹⁴ Cf. son annexe 10.

L'impact des aides fiscales sur le reste à charge des usagers

L'aspect dans certains cas non redistributif du cumul de prestations (APA, aides ménagères) et d'aides fiscales est souligné par l'ensemble des rapports cités supra. En effet, les principaux bénéficiaires de l'APA d'une part, les principaux bénéficiaires des réductions d'impôt sur le revenu (en particulier pour l'emploi d'un salarié à domicile) d'autre part, se trouvent aux deux extrémités de la distribution des revenus.

A domicile, la Cour des comptes a montré que le montant des aides perçues (APA et réduction d'impôt pour l'emploi à domicile) en fonction du revenu décrit une courbe en « U » défavorable aux classes moyennes. Dans le cadre du rapport Gisserot, l'étude de cas-types réalisée par la Direction générale du Trésor et de la politique économique arrive à la même conclusion pour une personne seule, à domicile, bénéficiaire de l'APA et titulaire de la carte « invalidité »¹⁵.

En établissement, le reste à charge après APA est significatif pour les faibles revenus. Comme les personnes imposables bénéficient d'une réduction d'impôt pour frais d'hébergement en établissement, les aides, avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement, sont au total croissantes avec le revenu, avec un plafonnement pour les personnes non invalides.

¹⁵ Pour les personnes imposables, la carte « invalidité » permet une majoration d'une demi-part ou d'une part pour le calcul du quotient familial.

Annexe : description des principales aides fiscales

1) La réduction d'impôt sur le revenu pour les personnes âgées en établissement

Cette réduction était de 25% des sommes versées au titre des « dépenses afférentes à la dépendance » (après APA) dans la limite de 3 000 euros par an (soit une réduction maximale de 750 euros), et ce uniquement pour les personnes hébergées dans les établissements conventionnés.

Depuis la loi du 21 décembre 2006 de finances pour 2007 (article 11), la réduction d'impôt est élargie : les frais pris en compte incluent désormais les frais d'hébergement (logement, nourriture) et non les seuls frais issus de la section dépendance, les établissements concernés sont plus variés, le plafond de dépenses est porté de 3 000 euros à 10 000 euros (soit une réduction maximale de 2 500 euros). Le coût budgétaire de cette réduction peut désormais être évalué à environ 120 millions d'euros.

2) La réduction d'impôt sur le revenu pour l'emploi d'un salarié à domicile

La réduction est égale à 50% des dépenses engagées pour l'emploi d'un salarié à domicile. Depuis la loi du 30 décembre 2006 de finances rectificatives pour 2006 (article 70), le plafond de dépenses retenu est de 12 000 euros par an, plus 1 500 euros par personne à charge, sans pouvoir dépasser 15 000 euros par an. La réduction d'impôt est ainsi, au plus, de 7 500 euros. Le coût budgétaire de cette réduction est évalué à 150 millions d'euros pour les personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

Sous forme de réduction d'impôt et non de crédit d'impôt, ces deux aides ne s'adressent qu'aux personnes acquittant l'impôt sur le revenu.

3) Pour les aidants familiaux, l'hébergement d'une personne non comptée à charge ou non rattachée au foyer fiscal ouvre droit, sans justificatifs, à la déduction d'une somme forfaitaire d'environ 3 000 euros représentative des frais d'hébergement et de nourriture. La dépense fiscale est évaluée à 26 M€

4) La majoration du nombre de parts pour les personnes titulaires de la carte d'invalidité

Quel que soit leur âge, les titulaires de la carte d'invalidité bénéficient d'une demi-part supplémentaire pour le calcul du quotient familial. Si elles sont logées par un tiers (autre que le conjoint et les enfants à charge), elles peuvent être rattachées à leur foyer fiscal et comptent pour une part. Les dépenses fiscales correspondantes sont évaluées à 325 millions d'euros, dont 110 millions d'euros pour les personnes âgées.

5) Le crédit d'impôt sur les équipements spécialement conçus pour faire face à la perte d'autonomie

Ce crédit d'impôt est de 25% des dépenses engagées entre 2005 et 2009, dans la limite d'un plafond de dépenses de 5 000 euros pour une personne célibataire. Les dépenses éligibles sont les dépenses d'installation ou de remplacement dans l'habitation principale d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées. Le coût total du crédit d'impôt est évalué à 19 millions d'euros, dont 8 millions d'euros pour les personnes âgées.

La pension d'invalidité du régime général

Principes généraux

La pension d'invalidité est un revenu de remplacement. Elle vise à compenser une perte de salaire résultant de la perte de capacité de travail ou de gains, due à la maladie ou à un accident non professionnel.

L'ouverture des droits à la sécurité sociale est soumise à deux conditions :

- une durée minimale d'immatriculation à la sécurité sociale de 12 mois avant l'arrêt de travail ayant précédé l'invalidité ou avant le constat médical de l'invalidité
- un montant minimum de cotisations au cours des 12 mois

La perte de capacité de travail ou de gains est estimée par le médecin-conseil et doit être d'au moins 66%. La pension d'invalidité cesse d'être versée à 60 ans et est remplacée par une pension de retraite au titre de l'inaptitude au travail.

Il y a trois catégories de pension d'invalidité :

- 1^{ère} catégorie : l'état de santé de la personne lui permet de continuer à exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} catégorie : son état de santé ne lui permet pas de continuer à travailler ;
- 3^{ème} catégorie : son état de santé ne lui permet pas de continuer à travailler et il nécessite de façon constante l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante (d'où le versement d'une « majoration pour tierce personne »).

La reconnaissance de l'invalidité conduit à la prise en charge des soins à 100% par l'assurance maladie (sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35%).

Montants de la pension (chiffres au 1^{er} janvier 2007)

Le montant de la pension est calculé sur la base du salaire annuel moyen des dix meilleures années d'assurance (cf. assurance vieillesse antérieurement à la réforme de 1993), avec un plafond. Dans tous les cas, le montant minimum mensuel garanti est de 255,30 euros.

Le montant de la pension diffère selon la catégorie :

- en 1^{ère} catégorie, il est de 30% du salaire annuel moyen de base, plafonné à 804,60 euros (la pension mensuelle est donc comprise entre 255,30 euros et ce plafond) ;
- en 2^{ème} catégorie, il est de 50% du salaire annuel moyen de base, plafonné à 1 341,00 euros (la pension mensuelle est donc comprise entre 255,30 euros et ce plafond) ;
- en 3^{ème} catégorie, il est identique à celui de la 2^{ème} catégorie mais s'y ajoute la majoration pour tierce personne.

En complément, la personne peut parfois bénéficier d'une rente d'invalidité issue de la prévoyance complémentaire souscrite éventuellement par l'entreprise. Les contrats collectifs de prévoyance peuvent suivre, ou non, la décision de la sécurité sociale pour la définition du risque (catégories d'invalidité, fin des prestations à 60 ans). Les garanties sont variables (cadres/non cadres, modalités de calcul de la rente, conditions d'ancienneté dans l'entreprise ...).

La majoration pour tierce personne

En troisième catégorie, la majoration pour tierce personne est de 40% de la pension d'invalidité, mais avec un minimum mensuel de 1 000 euros (999,83 euros précisément) au 1^{er} janvier 2007. Au vu du plafonnement des pensions d'invalidité, la majoration pour tierce personne est uniformément de 1 000 euros. Son montant est revalorisé chaque année comme les pensions (d'invalidité ou de vieillesse) c'est-à-dire en fonction de l'évolution moyenne des prix à la consommation hors tabac.

Sur la base du taux de participation horaire de la CNAV pour les aides ménagères (17,16 euros au 1^{er} janvier 2007 pour les jours ouvrables), la majoration pour tierce personne couvre au plus deux heures d'aides par jour, sept jours sur sept.

L'utilisation des sommes pour l'emploi d'une aide n'est pas contrôlée¹⁶.

En pratique, les conditions d'attribution de la majoration pour tierce personne sont restrictives : peu de bénéficiaires d'une pension d'invalidité ont une majoration pour tierce personne : 16 000 personnes pour un nombre total de bénéficiaires d'une pension d'invalidité servie par le régime général de 560 000 à fin 2005. Les affections à l'origine du classement en troisième catégorie sont majoritairement les maladies du système nerveux, dont les tétraplégies et paraplégies. Le coût total pour le régime général de la majoration pour tierce personne peut donc être estimé à $1\,000 \times 12 \times 16\,000 = 192$ millions d'euros.

En cas d'hospitalisation, la majoration cesse d'être versée au dernier jour du mois civil suivant celui de l'hospitalisation. Au delà de cette date, elle est suspendue sauf en cas d'hospitalisation dans un établissement long séjour.

Fiscalité

La pension d'invalidité est soumise à l'impôt sur le revenu.

La majoration pour tierce personne n'est pas imposable.

La CSG et la CRDS sont dues sur la pension d'invalidité mais peuvent être à taux réduit ou supprimées lorsque le montant net d'impôt sur le revenu et le revenu fiscal

¹⁶ A la différence de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) au taux de 80% dont peuvent bénéficier les adultes handicapés ?

Eléments pour évaluer le surcoût de logement généré par la perte d'autonomie

Enjeu : lorsque la personne âgée est en établissement, évaluer les surcoûts liés à la perte d'autonomie, hors soins et dépenses strictement liées à l'hébergement.

Pour les personnes âgées, le tarif « dépendance » en établissement n'est pas représentatif du surcoût de logement découlant de la perte d'autonomie

La réforme de la tarification en établissement initiée par la loi du 24 janvier 1997 a prévu trois sections tarifaires pour les établissements hébergeant des personnes âgées « dépendantes » : le tarif « hébergement » qui est à la charge des personnes âgées, le tarif « soins » assumé par l'assurance maladie et le tarif « dépendance » à la charge des personnes pour la part non couverte par l'APA.

Selon l'article R 314-160 du code de l'action sociale et des familles issu du décret du 26 avril 1999, « le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôtelières et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance ».

Toutefois, l'imputation des charges à chacune des trois sections peut conduire à s'écarter de cette définition. En effet, elle ne résulte pas d'une comptabilité analytique propre à chaque établissement mais est pour partie prédéterminée par la réglementation¹⁷.

Les éléments issus du compte 2005¹⁸ du logement

Le compte du logement établit le niveau des redevances payées par 972 000 personnes hébergées en collectivité, dont 513 000 personnes âgées.

Méthodologie du compte du logement pour les redevances en hébergement collectif

Les occupants (ou l'aide sociale à leur place) acquittent une redevance globale inscrite dans les comptes des établissements. De ce montant global, le compte du logement retire les

¹⁷ La réglementation impose certaines clés de répartition entre sections tarifaires. Ainsi :

- les charges relatives aux personnels de direction, d'administration, de cuisine, des services généraux et d'animation sont imputées à 100% sur la section hébergement ;
- les charges relatives aux agents affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas sont imputées à 70% sur la section hébergement et à 30% sur la section dépendance, celles relatives aux aides soignants à 30% sur la section dépendance et à 70% sur la section soins, celles relatives aux psychologues à 100% sur la section dépendance ;
- les charges relatives aux auxiliaires médicaux, pharmaciens et médecins à 100% sur la section soins ;
- les produits d'entretien et les fournitures hôtelières (à l'exception des couches, alèses et produits absorbants) sont imputés à 70% sur la section hébergement et à 30% sur la section dépendance ; les couches, alèses et produits absorbants sont imputés à 100% sur la section dépendance.

¹⁸ Le compte satellite du logement 2005, publié en juin 2007, est le plus récent disponible.

charges, les produits et les subventions correspondant aux prestations indépendantes du service de logement, telles que la restauration ou le blanchissage, en supposant que ces prestations ne dégagent pas d'excédent.

Les « redevances logement » présentées dans le compte du logement correspondent ainsi aux loyers et aux charges associées au seul service du logement, tout en incluant des coûts liés aux besoins spécifiques des personnes hébergées (normes d'habitation et de sécurité, personnels d'immeuble et de gestion plus nombreux, ...).

Montant des redevances en hébergement collectif

Avec cette méthodologie, les redevances moyennes mensuelles par lit s'établissent aux niveaux suivants en 2005 :

- personnes âgées : 757 €
- adultes handicapés : 1 384 €
- personnes en difficulté sociale : 837 €
- travailleurs : 222 €
- étudiants en résidence universitaire traditionnelle : 93 €

Commentaires

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces écarts de redevances, tels que :

- en premier lieu, l'importance des charges de personnel et d'équipements spécifiques : dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, le compte du logement souligne le poids (88%) des frais de « personnels d'immeuble » au sein de l'ensemble des frais de personnels (« personnels d'immeuble » et « personnels de gestion ») ;
- le prix du foncier selon l'implantation de l'établissement ;
- la surface disponible par personne (limitée à 10 m² dans les résidences universitaires), y compris les annexes aux bâtiments (espaces verts) et d'éventuels autres éléments de « confort » ;
- le nombre de résidents par structure : dans les très petites structures, les économies d'échelle sont réduites, en particulier sur le taux d'encadrement ;
- les dépenses d'énergie et d'eau : elle sont moindres lorsque les résidents ne sont pas présents en continu (travailleurs, étudiants) ;
- la structure juridique de l'établissement, les règles tarifaires qui en découlent, l'existence de subventions d'exploitation¹⁹ ;
- l'éventuel poids des frais financiers en cas d'emprunts pour financer l'investissement.

Autres éléments

La connaissance des charges par nature de différents établissements de taille comparable localisés dans une même zone géographique pourrait être utile pour mieux cerner le coût du logement stricto sensu et identifier, par écart, le surcoût lié à la perte d'autonomie.

Selon le site www.agevillage.com, les tarifs en EHPAD à la charge des résidents (hors soins et avant aides éventuelles) sont de l'ordre de :

- à Paris : 2 700 à 4 600 euros par mois ;
- en Ile-de-France : de 2 000 à 2 500 euros par mois ;
- en province : de 1 500 à 1 800 euros par mois.

¹⁹ Les subventions d'exploitation représentent 44% des ressources des résidences universitaires, et les redevances payées par les étudiants 56%. La part des subventions d'exploitation dans les ressources est nettement moindre pour les établissements accueillant des personnes âgées (8%) ou des adultes handicapés (6%).

Dans les MARPA, les tarifs, y compris les repas, seraient compris entre 1 050 et 1 250 euros par mois. Les résidents des MARPA étant très peu dépendants (GIR moyen pondéré de 375, soit une majorité de résidents non dépendants ou classés dans les GIR 5 et 6), ces tarifs peuvent être représentatifs du coût du logement en collectivité. On note toutefois que les MARPA sont situées en zones rurales où le prix du foncier est relativement faible. Inversement, le coût du logement dans des établissements de taille plus importante devrait être moindre car il bénéficie d'économies d'échelle tandis que les MARPA sont des petites unités de vie qui accueillent au maximum 24 résidents.

La péréquation financière entre collectivités locales en Suède

Source : Ministry of Finance and Swedish Association of Local Authorities and Regions, *Local government financial equalisation in Sweden*, 2005

Contexte général

La Suède compte 9 millions d'habitants. Elle a une longue tradition de gouvernements locaux, ces derniers étant l'une des pierres angulaires de l'Etat providence suédois. L'organisation locale comprend 290 municipalités, allant de 3 000 habitants à 700 000 habitants pour Stockholm, et 21 comtés, allant de 136 000 habitants à 1,9 millions d'habitants.

Les ressources fiscales des gouvernements locaux sont tirées d'un impôt à taux fixe sur les revenus du travail des particuliers. La définition de l'assiette fiscale est du ressort de l'Etat mais chaque municipalité ou comté fixe le niveau de son taux d'imposition.

Le principe d'une péréquation financière entre collectivités est très consensuel. Le premier système de péréquation mis en place date de 1966. Il a été réformé en 1993, en 1996 et, en dernier lieu, au 1^{er} janvier 2005, cette dernière réforme ayant pour objectifs principaux une plus grande simplicité et stabilité de la péréquation.

Description de la péréquation financière mise en place au 1^{er} janvier 2005

Comme les précédents, le système vise à mettre sur un pied d'égalité les municipalités et les comtés afin qu'ils puissent fournir un niveau équivalent de services, indépendamment du niveau de revenus de leurs habitants et d'autres facteurs structurels. En principe, les différences locales de niveau d'imposition ne devraient donc que refléter des différences dans l'efficacité ou le niveau des services.

En 2005, le gouvernement central a consacré 55 milliards de couronnes suédoises à la péréquation financière entre collectivités locales, soit environ 6 milliards d'euros.

La péréquation financière repose sur deux piliers : la péréquation des revenus et la péréquation des coûts structurels.

1) La péréquation des revenus

Les collectivités dont l'assiette imposable moyenne par habitant est relativement faible reçoivent une subvention pour péréquation des revenus. Pour les municipalités, le montant de la subvention est calculé sur la base de l'écart entre les revenus imposables des habitants et 115% de l'assiette fiscale moyenne au niveau national. Est ensuite appliqué à cet écart un taux correspondant à 95% du taux d'imposition moyen constaté dans le pays en 2003. Pour les comtés, la subvention est fonction de l'écart entre l'assiette imposable du comté et 110% de l'assiette fiscale nationale, et il est appliqué à cet écart un taux correspondant à 90% du taux d'imposition moyen constaté dans le pays en 2003.

Ainsi, en 2005, pour la municipalité de Svedala, l'assiette imposable moyenne par habitant était de 151 893 couronnes, tandis qu'elle était en moyenne au niveau national de 153 631 couronnes. La population de Svedala étant de 18 462 personnes, l'écart entre son assiette imposable et 115% de la moyenne nationale était de $(1,15 \times 153\,631 - 151\,893) \times 18\,462 = 458$ millions de couronnes. On applique à ce montant un taux de 19,70%, correspondant à 95% du niveau national moyen de taux d'imposition²⁰, soit une subvention pour péréquation des revenus de 90 millions de couronnes, soit 4 882 couronnes par habitant de Svedala.

Les municipalités (les comtés) dont l'assiette fiscale excède 115% (110%) de la moyenne nationale paient une contribution à l'Etat central. Son montant est calculé comme suit : sur l'assiette imposable qui excède 115% de la moyenne nationale est appliqué un taux correspondant à 85% du niveau national moyen du taux d'imposition.

Les subventions pour péréquation des revenus sont majoritairement financées par le gouvernement central. En 2005, seules 13 municipalités, majoritairement des communes suburbaines de Stockholm, et un comté (Stockholm) ont contribué à la péréquation des revenus, pour un montant de 3 milliards de couronnes, tandis que les subventions pour péréquation s'élevaient au total à 45 milliards de couronnes.

Après péréquation, les municipalités subventionnées atteignent l'équivalent d'une base imposable de 113 à 115% du niveau national, tandis que les municipalités qui sont au-delà du niveau garanti de 115% se situent après péréquation entre 115 et 124% de l'assiette imposable moyenne.

2) La péréquation des coûts structurels

Les besoins en services locaux varient car il existe des différences entre municipalités, qualifiées de « structurelles » car les municipalités ne peuvent les maîtriser (proportion plus importante de personnes âgées, nécessité de transports scolaires en zones rurales, ...). La péréquation vise à aplanir ces différences structurelles.

Il s'agit d'une péréquation « à la Robin des Bois » : les municipalités et comtés qui ont une structure défavorable reçoivent une subvention, ceux qui ont une structure favorable apportent des fonds à l'Etat. Le système est neutre pour le gouvernement central²¹ car les fonds reçus sont équivalents aux fonds versés.

Pour chaque type de service (soins à l'enfance, soins aux personnes âgées, soins de santé, transports publics, ...), un modèle²² comprenant différentes variables est construit pour déterminer le « coût standard » du service. Les différences de coût standard entre collectivités locales sont censées refléter les différences structurelles de coût.

Chaque modèle a ses propres variables. Ainsi, pour la petite enfance, il est tenu compte de la structure par âge, du taux d'emploi des parents, du potentiel fiscal, de la densité de la population. Pour les soins aux personnes âgées, les variables retenues sont la structure par

²⁰ Ce taux de 19,70% inclut également un correctif tenant compte de l'écart d'imposition par rapport à la moyenne nationale dans le comté où se situe la municipalité.

²¹ L'Etat central finance cependant une subvention structurelle qui compense pour les collectivités l'éventuelle baisse de revenus suite au changement de système de péréquation intervenu en 2005.

²² Ces modèles peuvent être issus d'une analyse de régression ou consister en une formule arithmétique simple.

âge, la répartition par sexe, les antécédents professionnels, les ressortissants non nordiques, les zones rurales. Pour les infrastructures, sont pris en compte la température, les réseaux routiers, les coûts de construction, les surcoûts spécifiques en zone rurale, les services de transport, les services d'urgence.

Le coût standard d'un service est obtenu en multipliant chaque variable par son coût moyen au niveau national. Le coût structurel pour une collectivité est le total des coûts standards de chacun des services fournis. Si ce coût structurel par habitant est inférieur à la moyenne nationale, la collectivité est considérée comme ayant une structure favorable et contribue financièrement à la péréquation des coûts structurels. Une structure est au contraire défavorable si elle s'écarte de la moyenne nationale.

En 2005, la redistribution opérée a ainsi été de 6 milliards de couronnes au titre des personnes âgées, 4 milliards au titre des soins aux personnes et à la famille, Chaque modèle s'équilibre, la redistribution entre collectivités a lieu au sein de chaque famille de services.

3) Mécanisme d'ajustement

Le système mis en place en 2005 présente la nouveauté de faire peser sur l'Etat la péréquation des revenus, avec une croissance attendue du fait de la croissance du revenu imposable. A donc été mis en place une subvention/contribution d'ajustement afin que l'Etat central puisse maîtriser le coût global de la péréquation financière. Le mécanisme d'ajustement a également vocation à compenser les nouvelles charges que l'Etat central pourrait imposer aux gouvernements locaux à l'avenir.

Si le total des subventions versées (nettes des contributions reçues) est inférieur au montant que l'Etat avait décidé de transférer aux collectivités locales, le gouvernement central verse la différence aux collectivités locales, sous la forme d'un montant uniforme par habitant. Dans l'hypothèse inverse, ce sont les collectivités locales qui reversent un montant uniforme par habitant à l'Etat.