

Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de « cinquième risque » ?

par Mireille ELBAUM

Professeure au CNAM

Les réformes engagées en matière de handicap et de dépendance font référence à l'idée d'instaurer un « cinquième risque » au sein de la protection sociale, qui serait consacré à l'ensemble des limitations d'autonomie. Annoncé lors de la campagne présidentielle et appelé de ses vœux par le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ce cinquième risque aurait vocation à constituer « un nouveau champ de protection sociale », en ouvrant à tous ceux qui en ont besoin quel que soit leur âge « un droit universel à la compensation pour l'autonomie », c'est-à-dire au financement d'un plan d'aide personnalisé établi en fonction de leurs besoins. Cette idée dérive des conceptions sociales du handicap promues notamment par l'OMS, selon lesquelles c'est l'environnement des personnes en situation d'autonomie limitée qui est principalement à l'origine des problèmes de participation sociale auxquels elles se heurtent : l'application d'un « principe de compensation » serait alors le moyen de restaurer l'égalité des chances et de leur permettre une intégration pleine et entière dans la société (*mainstreaming*), avec une liberté de choix de leur parcours de vie.

Le concept de « cinquième risque » sous-tend plusieurs orientations susceptibles de guider le développement de ce domaine spécifique de la protection sociale : constituer un champ de prise en charge complet et cohérent pour l'ensemble des aides à la compensation, conforter leur orientation « universaliste », harmoniser le contenu des aides aux handicapés et aux personnes âgées dépendantes, répondre aux incohérences et aux besoins mal couverts par les aides actuelles, anticiper les besoins de financement futurs et leur affecter des ressources suffisantes et pérennes.

Or, les réformes en cours dans le domaine du handicap et surtout de la dépendance des personnes âgées ne se rattachent que de loin à cette notion : l'harmonisation des prises en charge indépendamment de l'âge n'est plus guère un objectif recherché, les aides à la dépendance devraient être modulées selon des critères

de ressources plus stricts en établissement et assorties à domicile d'une possibilité de « récupération sur patrimoine » s'inspirant plutôt de l'aide sociale, et la responsabilité des départements est réaffirmée sans y inclure certaines des prestations dispensées par les caisses de Sécurité sociale. Surtout, la volonté de ne pas accroître les prélèvements obligatoires en dépit du vieillissement attendu de la population conduit à promouvoir l'intervention des assurances privées comme pilier ayant vocation à se substituer partiellement aux aides publiques, alors que l'assurabilité du risque dépendance par le marché dans des conditions justes, efficaces et susceptibles de répondre à la hauteur des besoins est fortement sujette à caution.

I. — LES EXPÉRIENCES DE « CINQUIÈME RISQUE » ET LE MODÈLE FRANÇAIS

1. Une perspective inspirée des expériences d'assurance sociale de certains pays « bismarckiens »

L'idée de « cinquième risque » découle des expériences de prise en charge de la perte d'autonomie menées dans des pays comme les Pays-Bas et surtout l'Allemagne, qui prennent appui sur un pan spécifique de la sécurité sociale adossé à l'assurance maladie. La distinction entre les systèmes bismarckiens et les régimes « sociaux-démocrates » des pays scandinaves reste en la matière relativement vivace, dans la mesure où ces derniers continuent à privilégier, avec une forte priorité donnée au maintien à domicile, la fourniture directe de soins et de services sous l'égide des municipalités (1). Certes, depuis les années 1980, ces aides se

(1) J.-C. HENRARD, « Les différents modèles de prise en charge de la dépendance » in *Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques et sociaux*, sous la direction de T. BARNAY et C. SERMET, La Documentation française, 2007.

sont, en Suède et à la différence du Danemark, recentrées sur les dépendances les plus lourdes, et davantage orientées vers la participation des usagers et la mise en concurrence des opérateurs (2). Les pratiques des différents pays se sont par ailleurs rapprochées en matière d'intervention des familles et de réponse localisée aux besoins (3), traduisant un mouvement vers « l'hybridation » et la mixité des modes de prise en charge. Les cadres institutionnels d'intervention dans les domaines du handicap et de la dépendance restent toutefois largement influencés par l'inspiration dominante des modèles de protection sociale (4).

L'exemple emblématique en est bien sûr l'assurance dépendance allemande, qui vient d'être confortée et développée par une loi du 28 mai 2008 (5). Il s'agit d'un pilier autonome de la protection sociale qui suit les modalités de l'assurance maladie (obligation pour tous à partir de 2009, avec un choix possible entre opérateurs publics ou privés), et qui couvre, pour les personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie physique, mentale ou psychique *quel que soit leur âge*, les besoins d'aide durable pour l'accomplissement des actes habituels et récurrents de la vie quotidienne. Cette assurance, financée par des cotisations partagées à parité entre employeurs et salariés (1,95 % à compter de juillet 2008), permet l'attribution *sans condition de ressources* de prestations à domicile ou en établissement, qui concernent dans ce dernier cas les soins de base comme les soins médicaux. Les aides à domicile, dont le montant est modulé en fonction de trois niveaux de dépendance, peuvent, au choix de la personne, être en espèces ou en nature; elles sont dans ce dernier cas supérieures, les soins ou services rendus donnant lieu à contractualisation entre les caisses et les institutions prestataires. La gamme de prestations couvertes est en outre très large, allant des soins de base et de l'assistance ménagère jusqu'aux aides techniques, aux soins temporaires en institution ou aux cotisations de retraite des aidants familiaux. Environ 2 millions de personnes bénéficiaient en 2005 des prestations d'assurance dépendance, dont les deux-tiers à domicile, et dans près de la moitié des cas, exclusivement pour des prestations en espèces (allocation dépendance). Après une phase où ce système a connu des déficits, l'augmentation des cotisations devrait selon le Gouvernement allemand permettre d'assurer son équilibre financier jusqu'à l'horizon 2015.

Aux Pays-Bas, la prise en charge de la dépendance pour les personnes âgées, invalides et handicapées mentales souffrant de problèmes chroniques reposait également jusqu'à 2006 sur une assurance connexe à l'assu-

rance maladie, l'assurance pour frais exceptionnels de maladie (AWBZ), qui, contrairement à l'assurance des soins courants, constitue une assurance nationale universelle obligatoire. Ce dispositif prenait à la fois en charge les soins de longue durée proprement dits, les séjours en institution, et les services d'aide à la vie quotidienne destinés aux personnes âgées ou handicapées à domicile, sur la base d'un budget personnalisé (PGB) introduit en 1996 et élargi en 2003 (6). Ce compartiment « exceptionnel » de l'assurance maladie a connu une forte expansion, représentant globalement plus de 40 % des dépenses, le seul budget personnalisé comptant environ 70 000 bénéficiaires. La loi WMO sur le soutien social, qui a réorganisé en 2007 la prise en charge des personnes âgées et handicapées amorce dans ce contexte une révision significative (7). Avec des ambitions par ailleurs importantes en ce qui concerne la gamme des dispositifs susceptibles de favoriser la participation sociale, elle introduit une distinction pour les personnes âgées dépendantes entre la prise en charge sanitaire « lourde » des soins de longue durée relevant de l'AWBZ et l'assistance à la vie quotidienne, qui relève désormais des municipalités sur la base d'une gouvernance décentralisée. Celles-ci sont tenues d'assurer une compensation dans les domaines des équipements du logement, des déplacements et de l'assistance à domicile, en offrant une alternative entre la fourniture de services et une allocation en espèces, mais elles sont libres de fixer les modalités et le niveau de la participation des usagers. L'expérience de prise en charge par les assurances sociales de l'ensemble des soins et de l'assistance aux personnes dépendantes semble donc aux Pays-Bas plutôt appartenir au passé, une réorientation ayant été opérée vers un modèle mixte plus proche du cas français.

2. Un modèle français mixte et éclaté

En France, les politiques de prise en charge et de compensation du handicap et de la dépendance ont été parmi les principaux champs d'extension de la protection sociale dans les dernières années, ces besoins faisant désormais l'objet d'une large reconnaissance sociale. Elles se sont toutefois traduites par une superposition de prestations et d'institutions aux logiques diverses, conduisant à un ensemble encore non stabilisé et pour partie inabouti.

Dans le domaine du handicap, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a affiché l'ambition de rénover intégralement l'approche

(2) D. RAUSCH, « Central versus Local Service Regulation: Accounting for Diverging Old-Age Care Developments in Sweden and Denmark, 1980-2000 », *Social Policy & Administration*, vol. 42, n° 3, juin 2008.

(3) E. PAVOLINI and C. RANCI, « Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries », *Journal of European Social Policy*, vol. 18 (3), 2008.

(4) E. BRUN, « La prise en charge de la perte d'autonomie au grand âge en France et chez nos voisins européens: une analyse du point de vue de l'éthique économique et sociale », thèse de doctorat en Sciences économiques, décembre 2007.

(5) S. MILANO, « L'assurance dépendance en Allemagne et la réforme en cours », *RDSS*, n° 3, mai-juin 2008.

(6) S. COHU, D. LEQUET-SLAMA et P. VOLOVITCH, « Pays-Bas, une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation », *RFAS*, n° 2-3, 2006.

(7) M. WIERINCK, « Prendre soin des personnes âgées et dépendantes: nouvelle loi sur le soutien social et risques pour l'emploi des femmes », *Chronique internationale de l'IRE*, n° 105, mars 2007 et A. VASSELLE et B. CAZEAU, rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale et de la commission des Affaires sociales du Sénat sur le système de santé aux Pays-Bas, juillet 2008.

du handicap, en affirmant le principe d'un « droit à compensation » couvrant les réponses à leurs besoins. Elle réforme l'ensemble des prestations sociales liées au handicap, à la fois en ce qui concerne les ressources minimales des personnes handicapées (l'AAH et ses compléments), et la création d'une prestation de compensation (PCH), qui remplace l'ancienne allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), et est destinée à couvrir les besoins d'aide liés au projet de vie du bénéficiaire. Limitée aux personnes qui rencontrent des difficultés lourdes ou absolues pour les activités essentielles de la vie quotidienne, elle n'a connu jusqu'ici qu'une lente montée en charge, avec environ 30 000 bénéficiaires fin 2007, 118 000 personnes ayant par ailleurs conservé leurs droits à l'ACTP (8). La notion de « projet de vie » semble par ailleurs avoir du mal à être reprise dans les plans de compensation, centrés sur l'obtention de la prestation (9). En matière de dépendance, l'étape majeure a été début 2002 la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui a pris la suite d'une première formule de prestation spécifique dépendance (PSD) limitée aux publics les plus dépendants et assortie de règles dissuasives de récupération sur succession. Il s'agit d'une prestation universelle en nature, ouverte aux personnes âgées de plus de 60 ans, et modulée à la fois en fonction du degré de dépendance et, via un ticket modérateur, des ressources des bénéficiaires. Son accès et son montant dépendent de l'évaluation de la perte d'autonomie effectuée par une équipe médico-sociale départementale, laquelle doit conduire au classement dans un GIR (groupe iso-ressources) de niveau 1 à 4, aux termes de la grille nationale AGGIR (10). Le développement de l'APA a été très important et s'est poursuivi en 2006-2007 au-delà des prévisions: 1,078 million de personnes en bénéficiaient fin 2007, dont environ 61 % vivant à domicile et 39 % en établissement. Il s'agit généralement de personnes très âgées, mais dont 44 % sont modérément dépendantes (57 % des bénéficiaires à domicile et 25 % en établissement relevant du GIR 4). Ces deux prestations empruntent simultanément à plusieurs logiques, avec une universalité des conditions d'accès et des barèmes fixés au niveau national, mais aussi une attribution sous l'égide des départements et un examen local de la situation individuelle des bénéficiaires, en référence à une notion de besoin (11).

Au-delà de ces prestations qui visent, avec des règles différentes, à traduire le principe de compensation dans des « budgets personnalisés », la prise en charge du handicap et de la dépendance mobilise des montants beaucoup plus importants, avec une multiplication de circuits et de transferts qu'a accélérée la mise en place de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Même si l'on se limite aux dispositifs associés aux limitations d'autonomie, c'est-à-dire à la couverture des besoins d'hébergement, de soins et d'aide en

dehors des prestations de soutien aux revenus, l'analyse des dépenses et des modes de prise en charge montre ainsi:

— *la multiplicité des financeurs et des logiques d'intervention* (tableau 1 en ce qui concerne la dépendance): les départements dans le cadre de l'aide sociale (aide ménagère, auxiliaires de vie, accueil de jour, aide sociale à l'hébergement), l'assurance maladie (voir *infra*), l'ensemble des autres caisses de Sécurité sociale (via l'action sociale de la CNAV et de la MSA, mais aussi, pour la CNAF, les aides au logement), l'État (qui y consacre un ensemble important et plus ou moins ciblé d'exonérations fiscales et sociales), les communes (dont c'est un point de passage obligé de l'action sociale, par exemple pour le portage de repas aux personnes âgées). S'ajoutent à ces financements publics les interventions des organismes d'assurance qui se développent en matière de prévoyance collective comme d'assurances individuelles, et bien sûr les restes à charge des ménages;

— *le poids prédominant de l'assurance maladie*, d'abord à travers le financement des établissements et structures pour personnes âgées et handicapées, qui, dans le cadre de l'ONDAM médico-social, a mobilisé respectivement 4,8 et 7 Md€ en 2007, contre 4,7 Mds pour l'APA et 0,5 pour la PCH. L'assurance maladie prend aussi en charge les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les unités de soins de longue durée, où étaient hébergées en 2003 plus de 75 000 personnes âgées dépendantes. De façon moins identifiable mais tout aussi massive, elle couvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux engagés par les personnes âgées ou handicapées en ville ou à l'hôpital. Les chevauchements avec les soins de la vie quotidienne (le *care* au sens anglo-saxon) sont particulièrement prononcés dans le cas des dispositifs médicaux ambulatoires, dont une part importante est consacrée aux aides techniques ou matériels de maintien à domicile (déambulateurs, fauteuils roulants...) (12), mais aussi dans le domaine des soins infirmiers. Une étude de 2001 avait par exemple montré que dans les zones où la densité d'infirmières était élevée, celles-ci consacraient une forte part de leur activité aux soins quotidiens aux personnes âgées (notamment les toilettes), par rapport aux actes techniques (13). Même si les négociations entre la CNAMTS et les professionnels ont tenté d'amorcer un rééquilibrage (avec le projet de « démarche de soins infirmiers »), ces actes de « nursing » (dits actes infirmiers de soins, AIS) semblent après une phase de ralentissement avoir repris depuis 2005 une croissance marquée (14);

— *la différenciation des politiques, dispositifs et structures s'adressant aux handicapés et aux personnes âgées dépendantes*. Les différences de champ et de montant sont on l'a vu sensibles pour les prestations de

(8) P. ESPAGNOL, « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007 », *Études et résultats*, n° 637, mai 2008.

(9) CNSA et ODAS, « Handicap et droit à compensation: quelles nouvelles pratiques? Étude sur les Plans Personnalisés de Compensation », décembre 2007.

(10) Autonomie gérontologie groupe iso-ressources.

(11) M. BORGETTO, « Le droit de la protection sociale dans tous ses états: la clarification nécessaire », *Droit social*, n° 6, juin 2003.

(12) HCAM, Avis sur les dispositifs médicaux, mai 2008.

(13) CNAMTS, « L'activité des infirmières libérales », *Dossier Études et Statistiques*, n° 52, novembre 2001.

(14) Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, septembre 2008.

TABLEAU 1 : L'effort public en faveur de la prise en charge de la dépendance

(en millions d'euros)

Organismes financeurs	Actions financées	Montant
État (1)	– Dépenses directes (crédits consacrés aux personnes âgées dans le programme 157 « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ») (prévision pour 2008)	17
	– Dépenses fiscales spécifiquement centrées sur le traitement de la dépendance (exonération d'impôt sur le revenu des sommes versées au titre de l'APA et réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour personnes dépendantes accueillies en établissement spécialisé) (prévision pour 2008)	370
	Total	387
Assurance maladie (2)	– Dépenses de soins des établissements et services sociaux et médicosociaux (crédits destinés au financement des Ehpad et des Ssiad retracés dans l'« Ondam médicosocial-personnes âgées », ainsi que les crédits destinés au financement des USLD) (prévision pour 2008)	6 775
	– Dépenses hospitalières et dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes (prévision pour 2008)	4 600
	– Dépenses d'action sociale des caisses régionales d'assurance maladie (prévision pour 2008)	10,11
	– Exonération des cotisations sociales liées à la prise en charge de la dépendance (prévision pour 2008)	1 508
	Total	12 893,11
Départements (3)	– Dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) (en 2007)	3 100
	– Dépenses nettes relatives à l'aide sociale à l'hébergement (en 2007)	1 100
	Total	4 200
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (4)	– Participation au financement des établissements ou services sociaux et médicosociaux (prévision pour 2008)	930
	– Participation au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) (prévision pour 2008)	1 572
	– Dépenses relatives à la promotion d'actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de services (prévision pour 2008)	66
	– Dépenses d'animation, de prévention et d'études (prévision pour 2008)	10
	– Cofinancement d'opérations d'investissement (prévision pour 2008)	390
	Total	2 968
Caisse nationale d'assurance vieillesse (5)	– Dépenses consacrées au maintien à domicile (en 2007)	321
	– Dépenses consacrées aux lieux collectifs (en 2007)	49
	Total	370
Caisse nationale d'allocations familiales (6)	– Dépenses d'allocations logement à caractère social (ALS) accordées aux personnes âgées de plus de 60 ans (en 2007)	304,8
	– Dépenses d'aides personnalisées au logement (APL) accordées aux personnes âgées de plus de 60 ans (en 2007)	263,3
	Total	268,1
TOTAL		21 386,21

(1) Source : projet annuel de performances pour 2008 de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances »

(2) Source : loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008

(3) Source : direction du Budget

(4) Source : annexe 8 au projet de loi de financement de la Sécurité sociale

(5) Source : caisse nationale d'assurance maladie

(6) Source : caisse nationale d'allocations familiales

Source : rapport d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, juillet 2008.

.../...

TABLEAU 2 : Régime tarifaire des établissements d'hébergement des personnes dépendantes

Tarif hébergement	Tarif soins	Tarif dépendance
Administration générale Amortissement des investissements et frais financiers Accueil hôtelier Restauration Entretien Animation Service social 100% des dépenses afférentes aux personnels administratifs généraux 70% des dépenses afférentes aux agents de service	Soins de base (entretien, hygiène, confort) 70% des dépenses afférentes aux aides soignantes et aux aides médicopsychologiques 100% des dépenses afférentes aux auxiliaires médicaux (psychomotricien, orthophoniste, kinésithérapeute, pédicure-podologue, diplômés d'État), aux pharmaciens et médecins	Aide et surveillance pour les actes de la vie quotidienne Surcoûts hôteliers liés à la dépendance 30% des dépenses afférentes aux aides soignantes et aux aides médicopsychologiques 30% des dépenses afférentes aux agents de service
Tarif unique (possibilité de modulation selon les prestations choisies)	Plusieurs tarifs selon le niveau de dépendance	Plusieurs tarifs selon le niveau de dépendance
Établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (*) : tarif arrêté par le président du conseil général Autres établissements : tarification libre	Tarifs arrêtés par le préfet (avis de la caisse régionale d'assurance maladie)	Tarifs arrêtés par le président du conseil général

(*) Cette habilitation est accordée par le conseil général.

Source : rapport d'information de la Mecss sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, mai 2006.

compensation (respectivement 1 150 € mensuels pour la PCH et 411 pour l'APA à domicile), qui prennent en outre inégalement en compte les ressources des bénéficiaires (de façon très limitée pour la PCH). S'y ajoutent les différences de statut, de règles et de financement s'appliquant aux structures et établissements, malgré l'adoption par la loi de 2002 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale de principes communs en matière de planification, de contractualisation et de garantie de la qualité. La mise en œuvre de l'APA a en particulier été associée à l'institution d'une « tarification ternaire » dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui distingue les soins pris en charge par l'assurance maladie, les charges liées à la dépendance, financées pour partie par les résidents et pour partie par l'allocation, et l'hébergement, à la charge des résidents mais qui peut donner lieu, dans les établissements habilités, à prise en charge par l'aide sociale départementale (tableau 2);

— la diversité des structures et des opérateurs, dont la multiplicité des statuts, à la fois publics et privés, est certes facteur de liberté de choix, mais engendre des niveaux de coût et de prise en charge publique extrêmement différents. Les établissements hébergeant des personnes âgées vont ainsi des unités de soins de longue durée et des maisons de retraite rattachées à un hôpital aux établissements privés, à but lucratif ou non (15). Si la tarification ternaire a eu un apport indéniable en termes d'encadrement et de médicalisation, la répartition actuelle des coûts des établissements sur des bases forfaitaires apparaît à la fois complexe et contestée pour le niveau élevé des dépenses qu'elle laisse à la charge des résidents (16). La fragmentation est aussi extrême dans le secteur de l'aide à domicile, depuis l'aide ménagère des caisses et des collectivités locales, l'intervention des structures associatives dans un cadre prestataire ou mandataire, jusqu'à l'emploi direct de salariés à domicile (17).

(15) F. TUGORES, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003: activité et personnel », *Études et résultats*, n° 379, février 2005.

(16) P. GUINCHARD, Rapport d'information au nom de la mission d'information et de contrôle des lois de financement de la

Sécurité sociale sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, mai 2006.

(17) CERC, « Les services à la personne », Rapport n° 8, La Documentation française, 2008.

En découlent des problèmes d'orientation pour les personnes en perte d'autonomie et leurs familles, avec des difficultés à trouver des solutions adaptées à leur niveau de ressources, ainsi que des problèmes de redéploiement de moyens et de continuité de prise en charge entre établissements et domicile, entre soins et autres formes d'aide...

Face à cela, les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont relativement circonscrites. Cet établissement public créé en 2004 constitue un fonds de mutualisation et une agence d'appui dont les missions n'ont guère à voir avec celles d'une caisse de Sécurité sociale. La CNSA est en effet chargée de transférer aux conseils généraux les dotations complétant le financement de l'APA et de la PCH (18), de répartir au niveau régional puis départemental le montant de l'ONDAM destiné aux établissements et services médico-sociaux, d'appuyer et de suivre l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), d'exercer une fonction « ressources » concernant les grilles d'évaluation des déficiences et l'évaluation des aides techniques, de favoriser la modernisation des services, et depuis 2008, de soutenir de façon permanente l'investissement des structures médico-sociales. Elle n'est toutefois pas directement responsable de la planification médico-sociale et de l'application des règles de tarification, et n'a surtout pas dans son champ de compétences les soins ou aides relevant des collectivités locales et des caisses de Sécurité sociale (aide ménagère notamment).

II. — LES ORIENTATIONS QU'IMPLIQUE LA PERSPECTIVE D'UN « CINQUIÈME RISQUE »

Les exemples néerlandais ou allemand, et l'éclatement des logiques présidant au modèle français de prise en charge ont conduit, avant même la création de l'APA, à envisager l'institution d'un « cinquième risque », au sens de l'émergence d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale consacrée au handicap et à la dépendance: celle-ci aurait permis de mettre un terme à la tripartition entre le sanitaire, le social et le médico-social, de clarifier les mécanismes de conventionnement et de contractualisation avec les établissements et services, et d'élargir le champ des interventions et des redéploiements possibles en intégrant certaines dépenses de soins aux per-

sonnes âgées et handicapées (19). L'extension prise par l'APA et les missions confiées aux départements dans le cadre de la décentralisation rendent cette éventualité difficilement envisageable à l'heure actuelle. Ces derniers se sont en effet vus conférer une fonction de coordination générale de l'action gérontologique, et plus globalement un rôle de chef de file en matière de politiques sociales locales (20): le système aurait alors tendance à évoluer vers un « département-providence », devenu responsable du pan de la protection sociale le plus éloigné de la couverture sociale liée à l'emploi (21).

Si l'on admet, quelles qu'en soient les incohérences et les limites, la difficulté à revenir sur ces transferts massifs de responsabilité, sauf à ce que les compétences des collectivités territoriales soient réexaminées dans leur ensemble, la notion de « cinquième risque » peut néanmoins inspirer les politiques du handicap et de la dépendance, à travers une série d'orientations qui constituent autant d'enjeux pour l'évolution du système français.

1. La prise en compte à la hauteur nécessaire des besoins futurs

En matière de handicap, les services de maintien à domicile (SESSAD) se sont beaucoup développés pour les enfants depuis les années 1990, tandis que les capacités d'accueil en établissement augmentaient fortement pour les adultes (+19% entre 2001 et 2006), surtout dans les structures accueillant les plus lourdement handicapés d'entre eux (respectivement +35 et +45 % pour les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés) (22). Même si l'évolution potentielle des besoins est difficile à apprécier et semble encore importante du côté de la PCH, l'effort semble en voie d'être poursuivi, avec la création programmée sur cinq à sept ans de 50 000 places d'établissements et services.

Les évolutions à attendre sont bien sûr beaucoup plus massives du côté de la dépendance des personnes âgées. En anticipant un certain ralentissement de la progression de l'espérance de vie sans incapacité, les projections revues par la DREES et l'INSEE en 2005 laissent entrevoir une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 200 à 370 000 (+ 25 à + 43 %) sur la période 2005-2030 (tableau 3) (23).

TABLEAU 3 : Évolution projetée du nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4)

(en milliers)

		2005	2010	2015	2020	2025	2030
Personnes de 60 ans et plus	Hypothèse haute	863	921	1007	1077	1137	1232
	Hypothèse basse	828	862	914	954	994	1037
dont personnes de 75 ans ou plus	Hypothèse haute	682	741	808	855	920	1017
	Hypothèse basse	657	691	732	757	805	855

Source : INSEE Destinie, hypothèses DREES-INSEE in CGP « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes », 2005.

(18) À partir d'une fraction de 0,1 % de la CSG et d'une contribution de 0,3 % sur les salaires correspondant à la suppression d'un jour non travaillé.

(19) A. LECHEVALIER et Y. ULLMO, « La réforme de la protection sociale du risque dépendance. Les enjeux économiques et sociaux », *Revue de l'OFCE*, n° 77, avril 2001.

(20) M. BORGETTO et R. LAFORE, « Le droit de l'aide et de l'action sociales à l'épreuve de l'acte II de la décentralisation », *Recherches et Prévisions*, n° 87, mars 2007.

(21) R. LAFORE, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du département providence », *RFAS*, n° 4, octobre-décembre 2004.

(22) A. MAINGUENÉ, « Les établissements pour adultes handicapés: des capacités d'accueil en hausse. Premiers résultats de l'enquête ES », *Études et résultats*, n° 641, juin 2008.

(23) CGP, « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes », *Les Cahiers du CGP*, n° 11, septembre 2005.

Les travaux conduits par le Centre d'analyse stratégique (CAS) et la mission Gisserot ont toutefois montré que l'évolution des dépenses liées à la dépendance dépendra beaucoup des choix sociaux, selon que les politiques s'orientent fortement vers le maintien à domicile ou laissent subsister un recours important à l'hébergement en établissement, selon l'évolution des taux d'encadrement en institution, et selon les parts dévolues aux aidants familiaux et aux emplois « formels » dans les prises en charge à domicile. Les évaluations sont épineuses en la matière, car ces deux formes d'aide sont davantage complémentaires que substituables, et il est difficile de déduire mécaniquement les besoins d'aide professionnelle de l'évolution des capacités d'aide familiale. On sait toutefois que, si les personnes âgées devraient bénéficier plus longtemps d'une vie en couple du fait de l'allongement de l'espérance de vie masculine et du resserrement des écarts entre les hommes et les femmes (24), le nombre des personnes de 50 à 79 ans, qui constituent aujourd'hui la majorité des aidants familiaux, augmentera moins que celui des personnes dépendantes, et que la hausse de l'activité féminine devrait réduire les disponibilités en matière d'aide informelle (25). Malgré ces incertitudes, et à partir d'une évaluation des dépenses collectives aujourd'hui proche de 1 point de PIB (26), le scénario « du libre choix » établi par le CAS en 2006 a estimé l'augmentation nécessaire des coûts de personnel entre 0,5 et 0,6 point de PIB à l'horizon de 20 ans (27), tandis que selon le rapport Gisserot de 2007, elle devrait atteindre 0,7 à 0,9 point de PIB si l'on désire apporter une amélioration à la qualité des prises en charge et limiter les restes à charge pesant sur les familles (28).

Les orientations esquissées par le CAS ont été pour une part reprises dans le plan Solidarité-Grand Âge annoncé en juin 2006 pour la période 2007-2012, mais sa poursuite et son financement seront sans doute en partie revus à la baisse.

2. Une plus grande universalité des couvertures de la perte d'autonomie

Cette orientation implique d'abord de revaloriser le barème des aides prises en charge par les prestations de compensation (APA et PCH) en fonction du coût réel des soins et services, et donc en fonction des salaires plutôt que des prix: faute de quoi, la couverture assurée risque en quelques années de se réduire à un « filet minimum ». Elle implique aussi de limiter à un montant acceptable les restes à charge auxquels sont confrontées les per-

sonnes dépendantes, ou ceux liés à l'achat de certains équipements comme les prothèses auditives ou les fauteuils roulants. À domicile, l'APA laisse à la charge de ses bénéficiaires environ 17 % du plan d'aide, soit en moyenne 82 € par mois, mais ce montant dépasse 150 € pour les personnes les plus dépendantes, et atteint environ 200 € pour celles qui paient effectivement un ticket modérateur. En institution, elle permet de couvrir en moyenne les deux-tiers du tarif lié à la dépendance (avec des charges de l'ordre de 140 € par mois pour les usagers), mais ce sont aussi et surtout les tarifs d'hébergement qui peuvent poser problème aux personnes âgées et à leurs familles, pour peu qu'elles aient des revenus modestes ou moyens dépassant le seuil de prise en charge par l'aide sociale. Même si l'information reste en ce domaine lacunaire, les sommes à déboursier semblent fréquemment dépasser 1500 à 1600 € par mois, contraignant nombre de personnes âgées à faire appel à l'aide de leurs proches (29). L'imputation sur les tarifs d'hébergement des établissements de 70 % des salaires des agents de service, des dépenses d'animation-service social et de l'ensemble des amortissements et frais financiers (tableau 2) est à cet égard contestée, dans la mesure où elle peut aboutir dans un contexte de modernisation à des coûts d'hébergement devenant prohibitifs (30).

L'universalisation des couvertures implique également de rechercher une harmonisation des aides aux handicapés et aux personnes âgées dépendantes, initialement annoncée par l'article 13 de la loi du 11 février 2005. L'APA et la PCH ont en effet des logiques très différentes, dont la justification, même admise par les partenaires du secteur ne s'inspire guère de l'évolution des conceptions du handicap au niveau européen, non plus que des études sur les « âges charnières » en matière d'autonomie, qui mettent en cause le « seuil administratif » de 60 ans (31). La PCH reste ainsi limitée aux incapacités les plus lourdes, mais la souplesse de l'évaluation des aides nécessaires permet des prises en charge variées (rémunération des aidants familiaux y compris le conjoint, surcoûts liés aux transports, charges spécifiques ou exceptionnelles...) pour un montant relativement substantiel. L'APA bénéficie au contraire à des personnes modérément dépendantes, mais le montant des plans d'aide, qui ont tendance à privilégier l'aide ménagère, est limité en fonction de la classification en GIR, dont le caractère imparfait a maintes fois été souligné, notamment pour appréhender la dépendance psychique (incohérences ou désorientations). La prise en compte des ressources est surtout très différente pour les deux prestations: symbolique pour la PCH (32), elle donne lieu pour l'APA à domi-

(24) J. GAYMU et l'équipe FELICIE, « Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030? Projections européennes », *Population et sociétés*, n° 444, avril 2008.

(25) O. BONTOUT, C. COLIN et R. KERJOSSE, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040 », *Études et résultats*, n° 160, février 2002.

(26) Cour des comptes, « Les personnes âgées dépendantes », Rapport au président de la République, novembre 2005. Cette estimation a été réactualisée et confirmée pour 2007-2008 par le rapport de la mission parlementaire d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque publié en juillet 2008.

(27) CAS, « Personnes âgées dépendantes: bâtir le scénario du libre choix », *Rapports et documents*, n° 2, 2006.

(28) H. GISSEROT et E. GRASS, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025: prévisions et marges de choix*, La Documentation française, 2007.

(29) A. VASSELLE, Rapport au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, juillet 2008.

(30) P. GUINCHARD, *ibidem*.

(31) A. COLVEZ et D. VILLEBRUN, « La question des catégories d'âge et des « charnières » entre les différents types de population », *RFAS*, n° 1-2, 2003.

(32) Les taux de prise en charge sont modulés entre 80 et 100 % selon les ressources du bénéficiaire, mais sans tenir compte ni des revenus d'activité du ménage ni des prestations sociales qu'il reçoit.

cile à des tickets modérateurs qui varient de 0 à 90 % lorsque les ressources des bénéficiaires dépassent 2699 € par mois (tableau 4).

Les limites à l'universalité de la compensation sont donc importantes et de nature différente pour les personnes âgées et handicapées, avec un « effet de seuil » selon que la perte d'autonomie intervient avant ou après 60 ans. Même si les coûts d'une « harmonisation par le haut » ne peuvent faire de cette solution qu'une perspective à moyen terme, l'orientation vers un « cinquième risque » nécessiterait donc d'aller plus loin que les projets de mise en commun des référentiels d'évaluation que les acteurs appellent aujourd'hui de leurs vœux.

3. La constitution d'un champ large et cohérent de la protection sociale

Celui-ci devrait permettre des arbitrages et des redéploiements, supprimer les filières d'aides concurrentes et donner lieu à une gouvernance unifiée. Cela sous-tend d'abord une gestion réunifiée de l'ONDAM médico-social, des aides « nationales » à la compensation, de l'aide sociale départementale (notamment les aides à l'hébergement) et de celle des caisses de Sécurité sociale. Même si elle a été en principe recentrée sur la prévention de la dépendance, l'aide ménagère de la CNAV continue par exemple à concerner 228 000 personnes âgées en situation de fragilité et celle de la MSA plus de 77 000.

Au-delà de ce champ, la réflexion devrait s'étendre aux aides au logement dont bénéficient les personnes dépendantes en établissement, ainsi qu'à une fraction des dépenses de soins : celles liées à certains dispositifs médicaux (avec l'objectif d'unifier le financement des aides techniques) et une partie des soins infirmiers aux personnes âgées, lorsque ceux-ci ont pour objet les soins personnels quotidiens.

Enfin, s'il est envisageable dans le cadre actuel d'en confier la gestion de proximité aux départements, une régulation forte de cet ensemble apparaît nécessaire au niveau régional et surtout national, d'une part pour que les priorités de prise en charge souhaitées par la collectivité donnent effectivement lieu à des réallocations entre les différentes enveloppes, d'autre part pour que les inégalités d'accès aux prestations et aux services soient réduites sur le territoire, avec des péréquations tenant davantage compte de la richesse relative des départements. Les enquêtes réalisées montrent par exemple que si le maintien à domicile reste le choix majoritaire de l'opinion, et en particulier des personnes âgées elles-mêmes (33), une grande partie d'entre elles ne bénéficiaient au début des années 2000 que d'aides familiales en cas de dépendance partielle (34), de même d'ailleurs que les adultes handicapés (35). Les disparités géographiques dans l'attribution de l'allocation vont en outre au-delà de celles liées aux caractéristiques socio-démogra-

TABLEAU 4 : Les règles concernant le montant de l'APA à domicile et la participation des bénéficiaires

<p>♦ Le montant maximum mensuel des plans d'aide était au 1^{er} janvier 2008 de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 208,94 € en GIR 1 • 1 036,19 € en GIR 2 • 777,32 € en GIR 3 • 518,55 € en GIR 4
<p>♦ Le ticket modérateur – c'est-à-dire la participation laissée à la charge du bénéficiaire de l'APA – varie en fonction de ses revenus de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> – pour un revenu mensuel inférieur à 0,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne (677, 25 €), aucune participation n'est demandée ; – pour un revenu mensuel compris entre 0,67 et 2,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne (c'est-à-dire jusqu'à 2698,88 €), la participation varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide. <p>La participation notée P est déterminée en appliquant la formule suivante :</p> $P = A \times (R - (S \times 0,67)) \times 90 \% \text{ divisé par } S \times 2$ <p>A représentant le montant du plan d'aide proposé, R le revenu mensuel du bénéficiaire, S représente le montant de la majoration pour tierce personne</p>

Source : ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité

phiques et sanitaires des populations (36), et sont encore plus prononcées en matière d'implantation des établissements pour personnes âgées (37) et handicapées (38).

III. — LES RÉFORMES EN COURS DES POLITIQUES DU HANDICAP ET DE LA DÉPENDANCE : UNE PARENTÉ LOINTAINE AVEC LE CONCEPT DE « CINQUIÈME RISQUE »

1. Des réformes annoncées en mai-juin 2008

Le terme de « cinquième risque » a été repris pour « labelliser » les réformes annoncées en 2008 dans le domaine du handicap et de la dépendance, en tant que référence susceptible de fédérer les partenaires du secteur. Le conseil de la CNSA, où sont représentés les associations de personnes âgées et handicapées, les conseils généraux et les organisations syndicales et patronales représentatives, a en effet conduit en 2007 un travail sur ce thème, qui s'est traduit en octobre par un ensemble de propositions (39). Celles-ci se limitent au champ des prestations d'aide à l'autonomie et de

(33) A. WEBER, « Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005 », *Études et résultats*, n° 491, mai 2006.

(34) N. DUTHEIL, « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Études et résultats*, n° 142, novembre 2001.

(35) N. DUTHEIL, « Les aidants des personnes handicapées », *Études et résultats*, n° 186, août 2002.

(36) F. JEGER, « L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales », *Études et résultats*, n° 372, janvier 2005.

(37) CGP, *ibidem*.

(38) S. VANOVERMEIR, « L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés », *Études et résultats*, n° 419, août 2005.

(39) CNSA, « Construire un nouveau champ de la protection sociale », Rapport annuel 2007.

l'accueil-hébergement, mais affirment deux orientations de principe: l'universalité d'un droit non contributif à la compensation, et la convergence vers une prestation personnalisée unifiée répondant, dans un cadre de proximité, à la diversité des besoins des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge (40). Elles soulignent la nécessité de mieux répondre aux besoins mal couverts, à « l'épuisement » des aidants familiaux, et à la question majeure des « restes à charge » et des « restes à vivre », notamment en établissement. Elles suggèrent un élargissement circonscrit du rôle des MDPH, des conseils généraux et de la CNSA pour améliorer la « gouvernance » du système, mais elles ne parviennent pas à dégager de consensus quant aux modalités futures de son financement, en particulier sur la part que devraient y prendre la solidarité collective et la prévoyance individuelle.

Suite à ces réflexions, le Gouvernement a présenté en mai 2008 une série de mesures et de pistes d'action, auxquelles s'ajoutent celles annoncées lors de la conférence nationale du Handicap de juin 2008. Malgré leur titre générique, les réformes prévues ne reprennent que de façon limitée les orientations liées à l'idée de « cinquième risque »; elles introduisent de nouvelles conditions à l'attribution de l'APA et un appel à la prévoyance privée facultative qui risquent d'en remettre en cause la portée et l'efficacité.

2. Des avancées surtout centrées sur les besoins d'hébergement

Dans le domaine du handicap, la conférence nationale du 10 juin 2008 a, outre la confirmation d'une revalorisation de l'AAH de 25 % entre 2008 et 2012, réaffirmé la priorité donnée à l'extension des équipements, avec l'annonce de l'engagement sur cinq ans de 50 000 places d'établissements et services (38 000 pour les adultes et 12 000 pour les enfants), dont 30 000 ouvertes d'ici 2012. Concernant la PCH, ont été annoncés une simplification du traitement des demandes et une extension de la prestation aux enfants d'abord les plus lourdement handicapés, ainsi que certains aménagements liés aux besoins éducatifs, aux frais de transport, à l'emploi d'aides ménagères et à l'acquisition d'aides techniques coûteuses comme les fauteuils roulants.

En matière de dépendance, les orientations gouvernementales envisagent un relèvement des plans d'aide à domicile pour les personnes isolées, les plus lourdement dépendantes ou atteintes par la maladie d'Alzheimer, ainsi qu'un plan de formation aux métiers de l'autonomie. Elles prévoient un redéploiement de l'offre hospitalière de court séjour vers les services d'aval et le médico-social, la création de 5 000 à 7 500 places par an en établissements pour personnes âgées (avec sans doute une révision à la baisse des objectifs du plan Solidarité-Grand-Âge en matière de taux d'encadrement), et l'accentuation de l'effort de médicalisation des établissements.

Elles mentionnent surtout une réforme de leur tarification visant à alléger les coûts à la charge des personnes âgées aux revenus les plus faibles, grâce à une révision de l'articulation entre aides à l'hébergement et à la dépendance. Selon la mission d'information du

Sénat, ceci pourrait se traduire par une modification de l'affectation des charges des établissements entre les tarifs de soins, d'hébergement et de dépendance: le transfert vers l'assurance maladie du financement des aides soignants (actuellement imputé à 30 % sur le budget « dépendance ») permettrait de prendre en charge des dépenses accrues au titre de la dépendance, et donc d'ouvrir des marges de manœuvre pour l'allègement des coûts d'hébergement (tableau 2). Un regroupement des tarifs et des aides à l'hébergement et à la dépendance (incluant éventuellement les aides fiscales et au logement) pourrait le cas échéant y être associé, dans le cadre d'une « prestation d'accueil » unique. La réforme envisagée se propose enfin de conforter les responsabilités des conseils généraux, sous l'autorité desquels seraient placées les coordinations gérontologiques et les MDPH, d'élargir le rôle de la CNSA à l'application des règles de tarification et à la totalité des relations avec les services déconcentrés pour la gestion des crédits médico-sociaux, et de s'appuyer financièrement sur les ressources de la branche famille.

3. Des limites majeures, peu compatibles avec la perspective d'un « cinquième risque »

Une première limite est le renoncement à la perspective, même lente et graduelle, d'une harmonisation entre les aides aux personnes âgées et handicapées: seule est envisagée du côté de la PCH son extension progressive (selon un calendrier à déterminer) aux jeunes de moins de vingt ans. Aucune remise en cause du double régime des prestations d'autonomie en fonction de l'âge charnière de 60 ans n'est par ailleurs prévue ou évoquée (41), hormis l'éventuelle création de volets complémentaires aux prestations financées dans le cadre de l'APA.

Une deuxième limite a trait au champ et à la régulation du système: en dehors de l'élargissement du rôle des MDPH, ses modifications ne seront que circonscrites, ne répondant guère à l'objectif de construire un domaine de la protection sociale plus cohérent et moins éclaté. Sans même parler des soins infirmiers ou des dispositifs médicaux, l'aide ménagère des caisses de retraite ne serait pas incluse dans son périmètre, et la gestion de l'ONDAM médico-social ne serait rationalisée qu'en ce qui concerne les relations entre niveaux central et déconcentré: l'idée de déléguer aux départements la gestion et la tarification des soins en établissement n'est a priori pas mentionnée, alors qu'elle est reprise par la mission d'information du Sénat, qui suggère au moins une expérimentation. L'intégration de l'ONDAM médico-social dans les compétences des futures Agences régionales de santé (ARS), si elle peut faciliter la reconversion de capacités hospitalières de court séjour vers les soins de longue durée, est par ailleurs loin d'être un élément de simplification. Elle implique le maintien d'un double processus de planification (sanitaire et médico-social) et d'une absence de régulation régionale unifiée des modes de prise en charge, ainsi que l'instauration d'une coopération contractuelle complexe entre des acteurs aux gouvernances et aux légitimités distinctes: départements, CNSA, ARS et caisses d'assurance maladie. La segmentation des filières de prise en charge risque donc de n'être guère modifiée,

(40) Avec un référentiel unique concernant la liste des biens et services susceptibles d'entrer dans la compensation.

(41) À l'exception de la poursuite, déjà en vigueur, du versement de la PCH à ses bénéficiaires en lieu et place de l'APA lorsqu'ils atteignent 60 ans.

avec par exemple peu de fluidité au plan local pour des redéploiements vers l'aide à domicile.

La troisième limite concerne les ressources collectives qu'il est prévu d'affecter au financement du risque dépendance, dont le plafonnement conduit à rechercher des économies par la voie d'une sélectivité accrue des prestations. L'encadrement de l'évolution des dépenses sociales mis en avant comme moyen prédominant de retour à l'équilibre des comptes sociaux à moyen terme implique que seul un apport réduit soit envisagé pour le financement de la dépendance, en provenance des excédents de la branche famille (lesquels devraient principalement bénéficier aux régimes de retraite). Même si des compléments peuvent être recherchés par le biais d'une meilleure gestion de l'ONDAM en établissement et d'une rationalisation des exonérations fiscales, qui favorisent dans certains cas les revenus élevés (invalidité) (42), l'orientation adoptée ne va donc pas dans la voie des 0,5 à 0,8 point de PIB supplémentaires (soit 10 à 15 Mds d'euros 2007) jugés nécessaires à l'horizon de 20 ans par les rapports consacrés au financement de la dépendance.

La réforme annoncée prévoit donc de réaliser des économies sur le montant tendanciel de l'APA en renforçant la sélectivité de la prestation. Une première mesure consiste à faire varier plus fortement le barème de l'aide à la dépendance en établissement en fonction des revenus des personnes accueillies. Il est vrai que la modulation du ticket modérateur « dépendance » en fonction des ressources est actuellement beaucoup moins prononcée en établissement qu'à domicile. La question porte toutefois sur l'évolution de l'ensemble du reste à charge qu'auront à assumer les personnes âgées en institution à l'issue des réformes de la tarification et de l'APA, que celles-ci décident ou non de globaliser les aides à l'hébergement et à la dépendance: c'est en effet sur les revenus moyens et modestes non éligibles à l'aide sociale que ce reste à charge pèse le plus fortement.

Une deuxième mesure, susceptible d'affecter notablement l'universalité de l'APA, consiste à introduire une clause de récupération sur patrimoine pour les personnes désireuses de bénéficier de l'APA à taux plein, l'option leur étant ouverte de se voir verser un montant d'allocation réduit (par exemple de moitié selon le rapport d'information du Sénat) sans que leur patrimoine soit pris en compte. Ce mécanisme se défend d'être une nouvelle version de la récupération sur succession qui avait largement freiné la montée en charge de la PSD, dans la mesure où il est censé laisser un choix aux bénéficiaires; il marque néanmoins le retour à des principes davantage inspirés de l'aide sociale que d'un droit universel à une prestation généralisée. Il serait certes prévu que cette récupération ne concerne que les patrimoines supérieurs à un certain seuil (toujours selon le Sénat, 150 000 ou 200 000 €), avec un montant plafonné. Ce n'est donc pas la situation économique des personnes concernées qui pose problème, mais les obstacles introduits à la demande d'APA à taux plein, d'autant qu'un suivi sur plusieurs années du patrimoine des allocataires serait envisagé pour éviter qu'ils n'organisent sa transmission anticipée. Cette mesure risque donc, au-delà de son impact financier potentiel (43), d'être fortement dissua-

sive, et de conduire à une diminution des montants versés au titre de l'APA, voire du nombre de ses allocataires. Elle pourrait en effet inciter les personnes dotées d'un capital à se tourner plutôt vers l'assurance privée, avec le risque de réduire l'APA à un mécanisme d'aide sociale réservé à un public particulier, avec une portée et légitimité sociale réduites. Cette disposition s'éloigne donc sensiblement de l'idée d'un cinquième risque mettant en œuvre un droit universel à compensation, qu'il peut être justifié de financer par la voie d'un prélèvement progressif sur les patrimoines, mais sans directement associer celui-ci à la réponse apportée aux besoins d'aide des personnes dépendantes.

IV. — UN APPEL PROBLÉMATIQUE À LA PRÉVOYANCE FACULTATIVE

Ces nouvelles conditions mises à la perception de l'APA s'accompagnent de la volonté d'étendre le recours à la prévoyance privée facultative pour répondre au développement du risque de perte d'autonomie chez les personnes âgées: celui-ci devrait surtout s'accélérer à partir de 2025 ou de 2030, laissant théoriquement le temps à ce type de couverture de parvenir à maturité. Les contrats de prévoyance souscrits à titre volontaire pourraient ainsi se voir accorder des aides et/ou avantages fiscaux incitant les ménages à y faire appel en complément ou en substitution aux aides publiques à la dépendance, notamment lorsqu'ils disposent d'un certain niveau de ressources (ménages impossibles) ou de capital. Ces avantages pourraient par exemple être associés à la réorientation de contrats d'assurance-vie vers la couverture de la dépendance ou à la mise en place de contrats dépendance adossés aux plans d'épargne retraite populaire (PERP) (44). La mise en œuvre à grande échelle de tels dispositifs d'assurance dépendance, présentée par le Gouvernement comme l'un des piliers du futur « cinquième risque », pose toutefois question en raison de l'absence actuelle de régulation du marché, et surtout des doutes quant à la capacité de l'assurance privée facultative à permettre la couverture d'un risque comme la dépendance dans des conditions non seulement justes, mais économiquement efficaces et à la hauteur des besoins.

1. Une offre de couverture limitée et disparate

La connaissance de l'assurance dépendance privée est actuellement partielle et ne donne pas lieu à production de statistiques publiques. D'après les données recueillies par la FFSA, le marché serait d'ores et déjà en France assez étendu, avec près de 2 millions de souscripteurs auprès des sociétés d'assurance, auxquels s'ajouteraient environ 800 000 titulaires de contrats gérés par les mutuelles et les institutions de prévoyance (45). Il serait actuellement très concentré, les quatre premiers organismes assureurs étant les sociétés GROUPAMA, PRIMA et PREDICA, ainsi que la CNP. Les garanties dépendance sont pour l'essentiel souscrites à titre principal, mais elles peuvent aussi venir en complément de contrats d'assurance maladie (notamment dans le secteur mutualiste) ou d'épargne retraite, visant alors à fidéliser la clientèle des organismes. Ces contrats dépendance peuvent être sous-

(42) DGTPE, « Les aides à la dépendance: une étude de cas types » in H. GISSEROT et E. GRASS, *ibidem*, annexe 11.

(43) Évalué par le Sénat à 800 à 900 M€ à l'horizon 2012 sans tenir compte des modifications de comportements.

(44) Les versements au PERP sont déductibles du revenu imposable dans la limite de 10 %, la déduction annuelle étant plafonnée à 10 % d'un montant égal à huit plafonds de la Sécurité sociale.

(45) A. VASSELLE, *ibidem*.

crits à titre collectif dans le cadre de la prévoyance d'entreprise (ils sont alors à adhésion obligatoire ou facultative) ou à titre individuel, ce qui est une tendance croissante s'étendant désormais à 55 % des garanties principales gérées par les sociétés d'assurance.

Les analyses disponibles des contrats proposés par les organismes assureurs font toutefois apparaître des disparités et des limites majeures au sein de l'offre de couverture actuelle. Les référentiels utilisés pour apprécier la dépendance sont d'abord variables: ils s'appuient fréquemment sur la combinaison de plusieurs grilles ou critères (le plus souvent les activités de la vie quotidienne au sens de l'indicateur de Katz (46), le cas échéant combinées avec la grille AGGIR) et prennent rarement en compte la dépendance psychique. Les contrats offerts couvrent essentiellement la dépendance lourde ou totale, et ne semblent s'être élargis que de façon récente et disparate à certains niveaux de dépendance partielle. Ces contrats proposent, soit de façon exclusive, soit en panachage, des compensations monétaires sous forme de rente viagère ou de versement en capital; ils comportent souvent des prestations d'orientation ou de conseil, mais ne proposent généralement pas, sauf de façon ponctuelle, la fourniture de services d'assistance, qui paraît trop incertaine aux assureurs. Les rentes versées ont par ailleurs un caractère forfaitaire qui n'est pas directement lié aux prestations à financer, et elles ne sont la plupart du temps pas revalorisées en fonction du coût de ces dernières.

Ces formules d'assurance dépendance privée sont le plus souvent assorties d'une sélection médicale à l'entrée, ainsi que de délais de carence (entre la souscription et l'occurrence de la dépendance), et parfois de franchises. Elles ont généralement un coût élevé lorsqu'il s'agit de souscriptions individuelles, tandis que le coût des garanties collectives est plus limité dans la mesure où, dans le cas des protections d'entreprise, elles peuvent être assorties de contributions de l'employeur (et plus rarement d'avantages fiscaux et sociaux lorsqu'elles sont obligatoires), et surtout où elles permettent une mutualisation élargie. Ces couvertures collectives ne connaissent toutefois qu'un développement limité, ne jouent pas forcément à un horizon de long terme et connaissent des problèmes de portabilité après la retraite qui en accroissent le coût et en réduisent notablement la portée.

L'un des problèmes majeurs est enfin la difficile lisibilité pour les assurés des conditions d'intervention des garanties souscrites, avec, compte tenu du caractère multiforme de l'offre de contrats, une compréhension le plus souvent très imparfaite des couvertures qui leur sont offertes et des droits dont ils pourront effectivement bénéficier. Le marché de l'assurance dépendance

a donc à l'heure actuelle un caractère partiel, opaque et peu régulé qui rend problématique la perspective d'une extension à grande échelle, surtout si celle-ci est assortie d'aides publiques et vise à pallier les carences du système de couverture sociale.

2. Une capacité problématique à assurer efficacement le risque dépendance

La question essentielle concerne la capacité de l'assurance dépendance facultative à permettre la couverture d'un risque comme celui de la dépendance dans des conditions économiquement efficaces et répondant à la hauteur des besoins futurs. Indépendamment même des critères de justice ou d'équité, l'analyse économique montre en effet qu'un certain nombre de facteurs doivent être pris en compte pour apprécier l'optimalité du fonctionnement des marchés assurantiels et l'utilité d'une intervention publique en ce domaine, laquelle peut aller de règles concernant la sélection des assurés à l'instauration d'une obligation d'assurance ou d'un système public de couverture. Parmi ces facteurs, figurent la possible myopie des individus s'agissant de risques à long terme, l'existence d'incertitudes sur la nature et l'évolution du risque assuré, ainsi que la capacité pour les assureurs à s'engager à horizon éloigné sans bouleverser les paramètres des couvertures proposées. S'y ajoutent les problèmes de sélection des risques, qui peuvent conduire les assureurs soit à proposer des contrats trop onéreux pour les personnes à risque moyen ou limité (47), soit à tenter de sélectionner les risques, ce qui conduit à l'exclusion des personnes à hauts risques, confrontées à des coûts devenus prohibitifs. La réponse économiquement adéquate à ces problèmes de sélection consiste, comme cela a été montré pour l'assurance maladie, à garantir l'accès à une couverture universelle et obligatoire, assortie d'une tarification indépendante des caractéristiques liées au risque (48). Les problèmes « d'aléa moral » (49), qui concernent les assurances aussi bien publiques que privées, doivent en outre être pris en compte par des mesures adaptées, tandis que la concurrence entre assureurs peut donner lieu à des coûts de gestion élevés rendant moins onéreuse une couverture unifiée. *A contrario*, l'intégration des fonctions d'assurance et de production des services sous l'égide d'une responsabilité unique peut permettre d'accroître l'efficacité du système (50), en réduisant les problèmes d'asymétrie d'information portant sur les besoins comme sur le coût et la qualité des prises en charge (51), ces problèmes étant liés à l'existence de « relations d'agence » entre financeurs, prestataires et assurés (52).

Or, eu égard à cet ensemble de critères, l'assurance privée facultative n'a qu'une capacité limitée à assurer de façon optimale et généralisée la couverture d'un

(46) L'indicateur de Katz évalue les capacités à effectuer six activités de la vie quotidienne (*Activities of Daily Living*, ou *ADL*), parmi lesquelles la toilette, l'habillage, l'élimination, les transferts lit-fauteuil et la nourriture.

(47) Dans le cas de phénomènes dits « d'anti-sélection » où ce sont les « hauts risques » qui s'assurent en priorité.

(48) D. HENRIET et J.-C. ROCHET, « Les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé », *Économie publique*, n° 2, 1998.

(49) Le concept « d'aléa moral » retrace le fait que le risque supporté par l'assureur peut être aggravé par des comportements peu avisés ou dispendieux de la part des assurés une fois le contrat conclu.

(50) S. CHAMBARETAUD et L. HARTMANN, « Économie de la santé: avancées théoriques et opérationnelles », *Revue de l'OFCE*, n° 91, octobre 2004.

(51) J. PRIOU, *Les nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2007.

(52) On parle de « relation d'agence » lorsqu'un acteur (le principal) réalise ses objectifs au travers de l'action d'autres acteurs (les agents), dont les objectifs peuvent être contradictoires avec les siens, des asymétries d'information pouvant exister entre le principal et les agents sur la pertinence et le coût des actions conduites.

risque comme la perte d'autonomie des personnes âgées, sa tendance spontanée étant d'aboutir à une couverture trop onéreuse et/ou pas assez développée par rapport à l'ampleur des besoins. Ces limites sont à la fois liées aux caractéristiques propres du risque dépendance (53), et étayées par les enseignements de l'expérience américaine, où le marché de l'assurance dépendance privée est relativement ancien mais ne concerne qu'une fraction très limitée de la population (54).

— *La dépendance est d'abord un risque à long terme susceptible d'être mal anticipé par la population*, avec des phénomènes de « myopie temporelle », qui, si on laisse jouer les préférences instantanées des individus, sont de nature à conduire à une « sous-assurance » par rapport aux besoins. Ceci peut être accentué par le sentiment d'avoir à cotiser longtemps « à fonds perdus », et par les arbitrages budgétaires que les ménages sont amenés à opérer lors du passage à la retraite ou du fait de la modestie de leurs ressources. Les incitations fiscales peuvent certes contribuer à diminuer ces coûts anticipés, mais elles risquent de renforcer les différences entre les ménages aisés et modestes : ces derniers ont une capacité réduite à souscrire, alors que les besoins d'aide liés à la dépendance sont plus importants pour les personnes à faibles niveaux de revenu et de diplôme (55).

— *L'ampleur potentielle du risque « perte d'autonomie » donne par ailleurs lieu à d'importantes incertitudes*, qui concernent assez peu la dépendance lourde ou totale, mais jouent fortement en matière de dépendance partielle et de dépendance psychique, expliquant que les assureurs aient jusqu'à présent relativement peu investi ces champs. Ces incertitudes concernent à la fois l'identification de l'entrée en dépendance (critères, seuil de déclenchement), sa probabilité d'occurrence (par exemple pour la maladie d'Alzheimer), et l'évolution future de la durée de vie en incapacité. Elles peuvent également porter sur l'évolution de l'offre de prise en charge, notamment en établissement. Elles risquent de conduire à une offre privée de couverture centrée sur la dépendance lourde, avec une répartition paradoxale des rôles dévolus aux dispositifs publics et privés, comparée à celle qui prévaut en matière de santé ; une offre de contrats élargie à la dépendance partielle s'accompagnerait quant à elle de restrictions visant notamment à sélectionner les risques.

— *Les difficultés que rencontrent les assureurs à identifier les « hauts risques » et à maîtriser les conditions de mutualisation des couvertures dépendance les incitent en effet à procéder à une sélection médicale via des questionnaires d'état de santé, ou à proposer des polices soit trop restrictives, soit trop onéreuses pour couvrir l'ensemble des assurés et des besoins potentiels*. Ces comportements liés aux problèmes de sélection des risques posent bien sûr question, dans la mesure où ils impliquent que l'ensemble de la population n'ait pas un accès identique à la couverture de ce qui est devenu un risque social reconnu, certains pouvant même s'en trouver exclus. L'incomplétude des garanties souscrites peut de même laisser sans réponse des besoins que la collectivité serait au bout du compte amenée à prendre en charge.

Ceci a par exemple conduit, en matière d'assurance maladie complémentaire, à limiter le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux aux contrats comportant des garanties minimales de couverture et un mode de tarification indépendant de l'état de santé des souscripteurs.

— *Les incertitudes portent également sur la difficulté d'anticiper l'augmentation des coûts unitaires de prise en charge*. Elles conduisent le marché à proposer des prestations forfaitaires potentiellement inadaptées à l'évolution du coût des services et/ou à prévoir des montants de primes révisables que certaines personnes (notamment des retraités) pourraient ne pas pouvoir continuer à verser, avec le risque de perdre alors le bénéfice de la garantie.

— *Les effets d'aléa moral* auxquels peut donner lieu la reconnaissance de la dépendance (solvabilisation des besoins d'aide ménagère) conduisent de leur côté à des mécanismes de franchise généralisés (le versement des rentes n'intervient qu'au bout d'un délai de quelques mois), alors que pourraient être préférées, surtout en ce qui concerne la dépendance « lourde », des formes d'autorisation ou de contrôle permettant un accès plus direct aux prestations lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

— *Enfin, l'intégration entre offre d'assurance et développement des prestations de service n'est pour l'instant qu'embryonnaire*. Elle semble ne devoir être qu'une composante limitée des stratégies d'entreprise et de l'évolution du marché de l'assurance dépendance, bien qu'elle soit susceptible de conduire à une efficacité accrue.

Les limites économiques d'un recours élargi à l'assurance privée facultative pour la couverture du risque dépendance sont donc manifestes, et nécessiteraient pour être surmontées un changement complet de la nature et de la régulation du marché. Ces limites sont accrues par les problèmes d'articulation entre les couvertures privées et publique, qui portent à la fois sur la reconnaissance mutuelle du risque, les répercussions sur l'assurance privée d'éventuelles révisions des dispositifs publics, et l'impact réciproque sur les budgets publics des demandes de prise en charge induites par l'extension des couvertures complémentaires facultatives. Ces problèmes d'articulation rendent les conditions de prise en charge difficilement lisibles et comparables pour les usagers, réduisent des deux côtés le champ de la mutualisation potentielle et accroissent les incertitudes sur l'évolution future du risque à assurer.

Au-delà de ces limites économiques, la réforme engagée pose la question de la segmentation des usagers entre aides publiques et prévoyance privée, avec le risque que le droit social à la compensation ne soit assumé par la collectivité que pour les personnes âgées aux ressources les plus faibles. Ce système ciblé et « à deux vitesses » remet au premier plan une logique d'aide sociale assez éloignée de celle qui inspire l'idée de « cinquième risque », alors même que celle-ci est mise en avant dans les intentions gouvernementales : une telle orientation impliquerait au contraire d'aller vers davantage d'universalité dans la couverture socialisée des aides à l'autonomie, et d'engager de façon progressive un processus d'harmonisation au-delà des limites d'âge ■

(53) L. ASSOUS et R. MAHIEU, « Le rôle de l'assurance privée dans la prise en charge de la dépendance : une mise en perspective internationale », *Document de travail de la DREES, série Études*, n° 21, novembre 2001.

(54) DGTPE, « Les limites d'une assurance privée du risque dépendance : les enseignements du cas des États-Unis » in H. GISSEROT et E. GRASS, *ibidem*, annexe 7.

(55) B. DAVIN, A. PARAPONARIS et P. VERGER, « Facteurs démographiques et socio-économiques associés aux besoins d'aide des personnes âgées vivant à domicile : une étude à partir de l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, volume 53, issue 5, novembre 2005.