

# Le cinquième risque

## Position d'Alertes

Accompagner les personnes âgées dans la dignité et la sécurité et soutenir les plus fragiles d'entre elles est la principale préoccupation d'Alertes. Dans cet objectif, la mise en place d'un risque autonomie, dit cinquième risque de protection sociale, est devenue une nécessité.

On peut craindre que le gouvernement, s'appuyant sur la situation économique et politique actuelle, se contente, après le règlement des retraites, d'une future prestation à minimum, uniquement pour les personnes de plus de 60 ans.

La barrière de l'âge serait donc maintenue malgré l'article 13 de la loi de 2005, malgré la ratification par la France de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées.

**Alertes** a pensé nécessaire de mieux faire connaître les conditions de la mise en place du 5ème risque.

Pour que ses adhérents disposent d'une base de réflexion plus importante, **Alertes** a décidé d'éditer ce document de réflexion, mais aussi d'agir.

Il nous faut en effet nous tenir prêts à agir, à définir nos priorités, à déterminer quelles actions devront être entreprises, dans une action d'ampleur nationale, au moment où la question se posera,

## I La situation actuelle

La population des plus de 75 ans sera multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 10 millions de personnes. Sur ces 10 millions de personnes, 1,6 million seront dépendantes soit 43 % de plus qu'en 2000 et le coût de leur prise en charge représentera 1,5% du produit intérieur brut, contre 1% aujourd'hui. '(CS)

Un enjeu énorme. L'allongement de la durée de vie s'accompagne de la dégradation de l'état physique et quelquefois intellectuel, notamment avec la maladie d'Alzheimer. Environ 1 personne sur 4 des générations d'après guerre risque de connaître ce sort peu enviable. '(NE)

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

Au 1er janvier 2008, l'Insee recensait 1 315 000 personnes âgées de plus de 85 ans. En 2015, elles seront plus de 2 millions. Selon le Centre d'analyse stratégique, le nombre des personnes présentant de forts handicaps devrait passer de 660 000 en 2005 à 940 000 en 2025.

Parallèlement, du fait même du vieillissement de la population, le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée dépendante aura tendance à diminuer.

L'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées à l'horizon 2040 est de l'ordre de 1 à 1,5 % par an. (MF)

La prise en charge des **personnes âgées dépendantes et celles des personnes handicapées relèvent de réglementations distinctes** : la barrière de l'âge (avant et après 60 ans) explique que deux personnes atteintes du même type de handicap relèvent de dispositifs spécifiques (réglementations, structures d'accueil).

Cette spécificité de traitement résulte d'une succession de mesures, initiée depuis 1962. La loi du 30 juin 1975 institue l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) en faveur des personnes handicapées. Financée par la solidarité nationale, elle est étendue en 1983 aux personnes âgées, avant d'être remplacée par la Prestation Spécifique Dépendance (loi du 24 janvier 1997), elle-même supprimée lors de la mise en place de l'**Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)** le 1er janvier 2002. (VP)

Plus d'un million de personnes bénéficient de l'APA et la perspective est connue : le nombre de personnes âgées fortement dépendantes augmente d'environ 1% par an.

L'APA est une aide financière attribuée aux personnes d'au moins 60 ans qui, malgré les soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou requièrent une surveillance particulière. Pour un coût estimé à plus de 4,4 milliards d'euros, assumé à 68% par les départements, 60% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile, 40 % en établissement d'hébergement. Les bénéficiaires de l'APA peuvent par ailleurs percevoir l'Aide Personnalisée au Logement, l'Aide sociale aux personnes âgées, l'Allocation de Logement à caractère Social ou l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie. (VP)

**La CNSA** (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) est un établissement public administratif national sous la tutelle des ministères en charge des personnes âgées et des personnes handicapées et du Budget. Ses 15 milliards d'euros de ressources proviennent des crédits de l'Assurance maladie, de la solidarité nationale - 100% de la Contribution de solidarité pour l'autonomie (Journée nationale de solidarité) et 0,1% de la Contribution sociale généralisée (CSG) - et des contributions des caisses d'assurance vieillesse. (MF)

Par ailleurs, la perte d'autonomie relève aujourd'hui de **multiples dispositifs publics** selon l'âge ou le fait générateur de la dépendance. La diversité des dispositifs conduit à introduire des discriminations entre les citoyens qui ne sont pas justifiées par leur état de santé mais par le cadre juridique organisant leur prise en charge. (FA)

Aujourd'hui, une personne incapable d'accomplir certains actes de la vie quotidienne relève

- de l'invalidité, si c'est à la suite d'une maladie ou d'un accident ;
- du statut de Handicapé, si l'on se trouve devant une déficience congénitale ou accidentelle ;
- du régime de l'APA, si c'est le vieillissement (à partir de 60 ans) qui est tenu pour responsable.

Ces distinctions s'accompagnent d'inégalités de traitement manifestes : par exemple, pour des besoins identiques, la personne bénéficiant de l'APA percevra 400€, alors que celle qui relève de la PCH percevra 1000€. (H)

Le rapport entre l'APA et la PCH peut aller de 1 à 6. (en défaveur des bénéficiaires de l'APA, certes plus nombreux et ... vieux). (ME)

Devant cette situation, la piste d'un risque dépendance - le 5ème risque - devient de plus en plus actuelle. (CR)

## II La gestation du 5<sup>ème</sup> risque

D'une certaine façon, l'instauration du cinquième risque, viendrait parachever le programme social élaboré par le **Conseil National de la Résistance** qui voulut faire de la protection sociale, le socle du vivre ensemble, la base du compromis social.

En 2004, un **rapport de Maurice Bonnet** pour le compte du Conseil Economique et Social rappelle cette nécessité d'une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap.

**La loi du 11 février 2005** « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » apporte une réponse « systémique » en définissant l'objectif d'une convergence dans les modalités de la compensation de la perte d'autonomie quelques soient l'âge ou la nature de celle-ci.

*« Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Pour cela, les législateurs ont inscrit, avec pour horizon l'année 2010, la création d'une Prestation de Compensation Universelle sans définition de barrière d'âge.

Annoncé pendant la campagne présidentielle, confirmé au cours de l'automne 2007, la **volonté du président de la République** de mettre en place le 5<sup>ème</sup> risque de protection sociale répond au souhait de réformer les circuits de financement de la dépendance, jugés trop complexes et n'étant pas de nature à favoriser la gestion à long terme de la solidarité nationale.

Dans son discours prononcé le 28 mai 2008, **Valérie Létard**, secrétaire d'Etat à la solidarité, a déclaré : *« Pour que l'accès aux établissements puisse être possible pour les familles, il nous faut, et c'est à mon sens l'un des objectifs principaux du cinquième risque, alléger les sommes laissées à la charge des familles. D'après les dernières enquêtes statistiques, le tarif dépasse le revenu disponible pour près de 80% des résidents en maison de retraite. C'est évidemment une des premières demandes des familles et des résidents »* (GSS)

En avril 2010, la **présidence de la République** écrivait à **Alertes** : *« Comme le Président de la République l'a indiqué aux partenaires sociaux, lors de la réunion du 15 février dernier, il est déterminé à relever le défi de la dépendance qui sera dans les décennies à venir l'un des problèmes les plus douloureux auxquels nos familles seront confrontées. Cette réforme essentielle sera menée à bien dès que celle des retraites sera achevée. »*

L'objectif est d'attribuer aux personnes âgées et handicapées une aide en nature ou en espèces : la compensation ou l'aide - selon la terminologie qui sera retenue - pour l'autonomie. ( GSS )

### III Pour quel contenu ?

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 avec une liberté de choix de leur parcours de vie. (ME)

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. (ME)

**La loi du 11 février 2005** pour "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" pose le principe du droit à compensation des conséquences du handicap, quels que soient l'origine de ce handicap, la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de l'assuré social. (VP)

**Le Collectif « Une société pour tous les âges »** rappelle la fragmentation, l'éparpillement des dispositifs actuels, les problèmes de discrimination : la barrière de l'âge (handicaps avant et après 60 ans), inégalités de traitement sur le territoire. Le Collectif pose les questions d'une future prestation, sûrement complexe à articuler mais qui devra être simple pour l'utilisateur. Il pose les questions éthiques et politiques de l'accompagnement des situations de handicap quel que soit l'âge (organisation, financements portés par l'individu, soutenus par la société ?).

Quel doit être le contenu du risque, se demande **J C Henrard** du Collectif « une société pour tous les âges » Faut-il y inclure, au delà d'une certaine durée (30 jours par exemple, comme en Allemagne), des prestations de soins (par exemple, les séances de rééducation essentielles pour mobiliser les capacités restantes) financées aujourd'hui par l'assurance maladie ? Faut-il y introduire les prestations correspondant à la seule attribution d'une d'aide ménagère (ce n'est pas le cas avec l'APA) ?

**Pour l'UNCASS, ce doit être un droit universel à compensation : plus qu'un principe, une nécessité.** La volonté de créer une nouvelle prestation de compensation pour toute personne en situation de perte d'autonomie, quels que soient son âge et la cause de sa dépendance (handicap de naissance, d'accident ; maladies d'Alzheimer ; grand âge, etc.) n'est pas seulement inscrite dans la loi du 11 février 2005. La recherche de convergence entre le secteur du handicap et celui des personnes âgées fait l'objet, depuis plusieurs années, d'un réel dialogue et de très nombreux échanges entre les acteurs. Cette dynamique ne saurait être négligée. (UN)

**L'Association France Alzheimer** invite le législateur à poursuivre son effort d'unification des dispositifs publics entamé par la loi du 11 février 2005. Cette unification devrait avoir pour objet d'assurer une indemnisation équitable et solidaire de la perte d'autonomie. (FA)

**Le rapport Gisserot** (mars 2007) préconise notamment le développement de l'assurance-dépendance aux cotés d'une APA aménagée,

Dans son rapport annuel 2007, **la CNSA** dresse le constat des limites du système actuel : montant insuffisant de l'APA pour combler le "reste à charge" des familles, disparités entre départements, complexité des réglementations qui entraîne des ruptures dans l'accès aux droits et l'épuisement des aidants familiaux. Ses propositions conduisent à distinguer, d'une part, la question du contenu du droit universel d'aide à l'autonomie (évaluation personnalisée et pluridisciplinaire des besoins selon un référentiel de biens et services devant fixer les différents éléments de la prestation personnalisée de compensation) et d'autre part les options possibles pour le financement de ce droit. (VP)

**La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009** prévoit d'ores et déjà la prise en charge de la dépendance lorsqu'elle est liée à la maladie d'Alzheimer et un meilleur accompagnement des personnes handicapées.

Elle rappelle les objectifs assignés au projet de 5ème risque de protection sociale qui devait voir le jour au cours du premier semestre 2009 :

- mettre en œuvre un nouveau droit universel à l'évaluation des besoins d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur âge,
- améliorer et mieux coordonner l'ensemble des dispositifs de soutien à domicile, afin notamment d'aider davantage les personnes les plus lourdement dépendantes ou isolées,
- réduire le "reste à charge" des personnes résidant en maison de retraite,
- assurer le financement à long terme du 5ème risque et définir un partenariat public-privé,
- renouveler la gouvernance nationale et locale du secteur médico-social.

## **Position d'Alertes**

### **Alertes demande**

\* la création d'une prestation de compensation, universelle et personnalisée (personnes âgées et personnes handicapées), quel que soit l'âge, le projet de vie et le lieu d'habitation de la personne.

\* la mise en place d'un plan personnalisé de compensation, élaboré avec la personne, et sur la base d'un référentiel national comprenant les aides humaines pour tous les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, transferts/déplacements), les aides pour la participation à la vie sociale, les activités domestiques, les aides techniques, l'adaptation du logement ou du véhicule.

## IV Pour quelle population ?

La population protégée doit comprendre toutes les personnes, quel que soit l'âge, en situation de handicap de longue durée. (H)

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

Dans la définition retenue par **la loi du 24 janvier 1997**, la dépendance se dit de "l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière".

L'objet du cinquième risque est donc de mieux répondre au besoin des personnes de 60 ans et plus, besoin de soins et d'aide résultant de déficiences et d'incapacités dans certains actes de la vie quotidienne, en supprimant la discrimination par l'âge qui prévaut actuellement entre les moins et les plus de 60 ans

Lorsqu'une personne ne peut plus réaliser de manière autonome les gestes élémentaires de la vie quotidienne (marcher, se laver, manger...) ni participer à la vie sociale (sortir de chez elle, faire ses courses, aller au cinéma, rencontrer des amis...), un accompagnement est nécessaire, quelle que soit l'origine de ses difficultés (suite à la naissance, consécutives à une maladie ou un accident, à l'avancement en âge.(BM)

Ce droit devrait être assorti d'une prestation dont le montant serait destiné à couvrir l'ensemble des biens et services nécessaires pour mettre en œuvre le plan personnalisé de compensation. (FA)

Cette dernière, qui sera un droit universel, quels que soient l'âge et le handicap de la personne, permettrait d'évaluer ses besoins d'aide à l'autonomie et d'élaborer un plan personnalisé de compensation. (GSS)

L'augmentation récente et continue de la population du grand âge accroît la population handicapée dont elle représente le groupe le plus important. Les solidarités familiales pour prendre soins des vieux parents devenant incapables d'effectuer seul les actes essentiels de la vie deviennent plus incertaines. La protection contre ce risque doit concerner tous les âges car les différences de « traitement » des incapacités des populations handicapées et dépendantes ne sont pas justifiées. Handicap et dépendance doivent être conçus dans un large contexte permettant d'évaluer globalement les besoins médico-sociaux des personnes atteintes ; les réponses doivent également être globale et durable (longue durée) visant à préserver chaque fois que possible l'autonomie, tout en étant les plus efficaces possible. (H)

La notion de handicap est loin d'être claire étant susceptible de plusieurs définitions en fonction du contexte de survenue. Lorsque une personne est incapable d'accomplir certains actes de la vie quotidienne à la suite d'une maladie ou d'un accident la personne relève de l'invalidité ; lorsque c'est une déficience congénitale (de naissance) ou accidentelle qui en est responsable la personne est reconnue comme handicapée ; si le vieillissement (à partir de 60 ans) est tenu comme le responsable la personne est reconnue comme dépendante. Entre ces trois dispositifs s'élèvent des barrières liées à l'âge et à la cause. Une hiérarchie de réponse s'établit entre, de

haut en bas, incapacité liée à une maladie relevant de la médecine, liée à une déficience relevant d'une réparation, liée au vieillissement relevant d'une aide à la (sur)vie. (H)

Il faut admettre aujourd'hui qu'on ne disposera jamais d'un instrument de mesure capable de déterminer un niveau de dépendance objectif, à partir duquel on pourrait, toujours objectivement, déterminer précisément un niveau d'aide nécessaire, ou de prestation à attribuer. Il découle de cette imprécision de la notion de dépendance, des chiffrages du nombre de « personnes âgées dépendantes » qui varient de 300 000 personnes à 1 500 000, suivant la cause que l'on veut servir, ces évaluations étant relatives à qui évalue, avec quel instrument, et pour quoi en faire. (MF)

.Les bénéficiaires potentiels dépendent de la façon dont on inscrit le risque dans la protection sociale :

- solidarité nationale et intergénérationnelle avec prestations universelles.
- nouvelle branche de sécurité sociale avec prestations liées à contributions sociales antérieures,
- . ceux qui n'ont pas contribué relèveraient de la solidarité nationale de façon résiduelle. (H)

**Faire l'économie de la prévention coûterait plus cher au final.** La création d'un risque spécifique pour les personnes en situation de perte d'autonomie ne doit pas se faire aux dépens des publics plus autonomes. Les actions de prévention de la dépendance doivent être développées en amont, notamment grâce à l'indispensable maintien des financements des CRAM en faveur de l'accompagnement des personnes âgées autonomes (GIR 5 et 6). ' (UN)

### **Quel que soit l'âge et le handicap ?**

La mission sénatoriale, si elle approuve la mise en place d'un droit universel de compensation pour l'autonomie, et l'harmonisation de l'évaluation des besoins des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, se refuse à appliquer le principe de convergence totale des prises en charge pour ces deux publics : "**Les logiques de compensation du handicap et de la dépendance des personnes âgées sont différentes**". Le handicap revêt un caractère aléatoire et accidentel, justifiant selon la mission un large recours à la solidarité nationale, alors que la dépendance constitue un risque prévisible. Ce point de vue est critiqué, d'abord parce que la loi Handicap du 11 février 2005 impose cette convergence, ainsi que le Conseil d'Etat (qui vient d'enjoindre le gouvernement à prendre un décret d'application de cette loi dans un délai de quatre mois). Ensuite parce que des risques d'inégalités se présentent : entre les citoyens prévoyants qui ont su (ou pu) cotiser pour assurer le financement futur de leur handicap à venir et les imprévoyants qui n'ont pas voulu ou pas pu mettre de l'argent de côté.

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 (ME)

## **Position d'Alertes**

L'association ALERTES est particulièrement attentive aux personnes en situation de "fragilité" soit du fait de leur handicap, soit pour des raisons économiques et financières, soit qui cumulent les deux difficultés.

## V Dans d'autres pays?

Les aides sont, en **Suède**, recentrées sur les dépendances les plus lourdes, et davantage orientées vers la participation des usagers et la mise en concurrence des opérateurs. Les pratiques des différents pays se sont par ailleurs rapprochées en matière d'intervention des familles et de réponse localisée aux besoins, traduisant un mouvement vers « l'hybridation » et la mixité des modes de prise en charge. (ME)

L'exemple emblématique en est bien sûr l'assurance dépendance **en Allemagne**, qui vient d'être confortée et développée par une loi du 28 mai 2008. 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. (ME)

**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'assurance maladie, l'assurance pour frais exceptionnels de maladie, 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 introduit en 1996 et élargi en 2003. 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. Elle introduit une distinction pour les personnes âgées dépendantes entre la prise en charge sanitaire « lourde » des soins de longue durée 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. (ME)

## VI Pour quel coût ?

Rien ne semble clair.

Selon les recherches de Mireille Elbaum ; actuellement en millions d'€

### État

Dépenses directes	17	
Dépenses fiscales	370	
		<b>Total 387</b>

### Assurance maladie

Dépenses de soins des établissements	6 775	
Dépenses hospitalières et dépenses de soins de ville	4 600	
Exonération des cotisations sociales liées à la prise en charge	1 508	
		<b>Total 12 893</b>

### Départements

Dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie	3 100	
Dépenses nettes relatives à l'aide sociale à l'hébergement	1 100	
		<b>Total 4 200</b>

### Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie –

Participation au financement des établissements ou services sociaux	930	
Participation au financement de l'APA	1 572	
Dépenses relatives à la promotion d'actions innovantes	66	
Dépenses d'animation, de prévention et d'études	10	
Cofinancement d'opérations d'investissement	390	
		<b>Total 2 968</b>

### Caisse nationale d'assurance vieillesse

Dépenses consacrées au maintien à domicile	321	
Dépenses consacrées aux lieux collectifs	49	
		<b>Total 370</b>

### Caisse nationale d'allocation familiales

Dépenses d'allocations logement à caractère social (ALS)	304	
Dépenses d'aides personnalisées au logement (APL)	263	
		<b>Total 568</b>

**TOTAL 21 386**

En 2003, la **Cour des comptes** évaluait à plus de **15 milliards d'euros** l'effort public à destination des personnes âgées dépendantes - ce chiffre s'élevait à plus de 40 milliards en y incluant les aides destinées aux personnes âgées, mais non liées à la prise en charge de la dépendance

- le « *noyau dur* » des aides spécifiquement destinées à compenser la perte d'autonomie des personnes âgées, dont le coût s'élevait à 4,165 milliards d'euros.;

- les aides bénéficiant « quasi exclusivement » à des personnes âgées dépendantes, mais non spécifiquement destinées à la prise en charge de la dépendance, d'un coût global de 11,379 milliards d'euros.

- les « autres aides » que les personnes âgées peuvent recevoir nonobstant leur degré de dépendance. Leur coût global était évalué à 25,23 milliards d'euros. (RMS)

**La mission sénatoriale** rappelle que les dépenses publiques liées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'élèvent aujourd'hui à 19 milliards d'euros (dont 5 milliards pour la seule APA), soit l'équivalent d'un point de PIB (financement de nouvelles structures d'accueil pour personnes âgées, versement de l'allocation personnalisée – APA, etc.). Elle

indique que les ménages consacrent au moins 7 milliards d'euros par an en complément des ressources fournies par la solidarité nationale (paiement du ticket modérateur) (MI)

Il convient de rappeler **la difficulté d'évaluer avec précision le coût global** des dépenses supportées par les administrations publiques au titre de la prise en charge de la dépendance. Car si un compte social du handicap a pu être élaboré et régulièrement actualisé, il n'en existe pas aujourd'hui pour les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées. (RMS)

**La direction du budget** a indiqué aux membres de la mission qu'un tel travail d'évaluation nécessiterait un effort statistique et méthodologique important. Deux postes de dépenses sont notamment particulièrement difficiles à isoler : les dépenses fiscales et les dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes. (RMS)

En 2009, le **nombre de personnes bénéficiaires de l'APA dépassait un million**, soit un coût d'environ 5 milliards d'euros pour l'Etat. L'APA est financée à 68 % par les départements, le reste étant couvert par la CNSA **Sans réforme, en 2040 le coût de l'APA pourrait s'élever** à quelque 10 milliards d'euros. Les Conseils généraux ne pourront faire face à des dépenses de cet ordre. (CR)

**La Cour des Comptes** estime qu'il faudra doubler les dépenses publiques dans les deux décennies à venir

### **Après la mise en place du 5<sup>ème</sup> risque**

Pour ce faire il faudrait mobiliser environ 5 milliards d'euros (0,25 point de PIB) pour doubler l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et **l'amener au niveau moyen de la Prestation de Compensation du Handicap. (E)**

**La réforme est ambitieuse**, puisqu'il s'agit de relever le défi du vieillissement de la population et des dépendances afférentes. Mais elle repose encore sur **de nombreuses incertitudes**. Incertitude quant à son élaboration qui supposera de régler les conflits de compétence entre le législateur et l'Exécutif. Incertitude sur le montant du financement (à taux constant ou par alignement par le haut qui supposerait des milliards d'euros supplémentaires et donc de cotisations), sur sa répartition (entre cotisations, départements, épargne privée).

Globalement, les coûts de personnel (quelque soit le financeur, y compris l'utilisateur) pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes passeraient, à domicile, de 2005 à 2025, de 4 305 MM€ à 13 232 MM€ (hors inflation) et, en établissement, de 9 206 MM€ à 18 500 MM€. Les coûts à domicile augmenteraient de 5,8 % par an, ceux de la prise en charge en établissement de 3,2 % à 3,8 % par an. Ces chiffres situent **l'ampleur des enjeux de bonne gestion** pour les collectivités locales et, singulièrement, pour les Conseils généraux. Il faut bien évidemment ne pas perdre de vue que ces chiffres traduisent également des emplois et des revenus pour les ménages, ce qui accroît encore les enjeux (M).

## VII Comment le financer ?

78 % des Français pensent qu'il faut se prémunir financièrement contre cet éventuel risque

77 % des Français pensent que, s'ils avaient une personne adulte proche en situation de dépendance, elle devrait être aidée au quotidien par la famille. (MF)

55 % des Français se sentent dans l'impossibilité de prendre en charge un proche dépendant ou en perte d'autonomie.

Comment mettre en place le cinquième risque de la sécurité sociale, quand les autres branches sont déficitaires ?

Faut-il créer une cinquième branche de la Sécurité sociale et augmenter la CSG, impôt souvent présenté comme «le plus juste» ? Faut-il recourir à une assurance privée, optionnelle ou... obligatoire ? Ou encore financer ce cinquième risque par la création d'une deuxième journée de solidarité ?(GSS)

### Positions gouvernementales

**Nicolas Sarkozy, quand il était** candidat Président, écrivait : *« Je n'envisage pas un instant de financer la cinquième branche de la protection sociale par une augmentation des prélèvements obligatoires. Notre pays ne peut pas se permettre de continuer à avoir la fiscalité la plus dissuasive de tous les pays industrialisés. C'est pourquoi je veux transférer des ressources existantes vers le financement de la cinquième branche, ce qui suppose de faire des économies ailleurs »*

**Valérie Létard** lors du colloque consacré à la prise en charge de la dépendance a déclaré. *« Nous sommes conscients du fait et nous souhaitons que le « cinquième risque » repose d'abord sur la solidarité nationale", Mais, nous avons aussi le sentiment qu'il faudra peut-être mobiliser d'autres moyens de financement. A ce titre, la question de contribution liée au patrimoine et celle d'un recours à la prévoyance collective et individuelle seront versés au débat qui va s'ouvrir. Je noterai à ce sujet que si une majorité de Français restent attachés à la couverture publique de la dépendance, la part de ceux qui pensent qu'elle doit être complétée par une assurance complémentaire augmente : elle est notamment plus élevée chez les 40 ans. »*

### Discours de Xavier Darcos – le 10 mars 2010

Le principal problème que nous devons résoudre pour répondre à ces besoins est celui du financement. Vous connaissez les trois leviers qui sont à notre disposition.

1. Nous pouvons nous appuyer sur la solidarité nationale, d'abord, qui doit rester un pilier essentiel. Nous consacrons aujourd'hui plus de 14 milliards d'euros par an à la dépendance mais nous devons améliorer cette prise en charge.

La solidarité nationale doit s'exercer entre les personnes mais aussi entre les départements. Nous devons étudier comment renforcer la péréquation financière entre les départements et optimiser la gestion de l'APA.

2. Compte tenu du contexte économique et de l'état de nos finances publiques, nous devons aussi trouver des financements pérennes et innovants : **je pense à la solidarité familiale, que nous devons renforcer, ainsi qu'à la prévoyance collective et individuelle.**

Je veux non seulement encourager et soutenir cette solidarité familiale, mais aussi réfléchir aux pistes permettant de la renforcer, en n'hésitant pas à poser par exemple la question du rôle que peut jouer le patrimoine pour contribuer à ce soutien.

Quant à la prévoyance collective et individuelle, comme j'ai eu l'occasion de le dire lors de mes dernières rencontres avec les assureurs, je suis ouvert à toutes les solutions innovantes, comme celle d'établir avec eux un partenariat public-privé.

3 Je pense aussi que nous devons encourager nos concitoyens à souscrire une assurance dépendance, mais à deux conditions qu'il me semble essentiel de respecter :

° assurer la fiabilité des contrats et notamment leur labellisation.

° veiller à ce que les couvertures apportées par la solidarité nationale d'une part et par la prévoyance individuelle ou collective d'autre part s'articulent de manière cohérente.

**Philippe Bas**, ancien ministre de la santé et des solidarités proclamait, en août dernier dans les colonnes du journal « Le Monde »: « *Ayons le courage du cinquième risque: Créons une deuxième journée de solidarité* »

**Le rapport Jamet** propose d'établir un seuil minimal d'APA auquel s'ajouterait un supplément versé à tous à condition d'engager un montant du patrimoine. Le rapport Jamet se rapproche ici du rapport Vasselle. Il n'y a pas que le financement qui pose des difficultés En elle-même l'APA se basant sur la grille AGGIR ne permet pas de prendre en compte la totalité des besoins des personnes. En effet, elle ne prend en compte que la mobilité, le réseau relationnel ou encore l'habitat.

**La mission commune d'information du Sénat** s'appuie sur la mise en place de solutions pérennes pour diminuer les montants restant à la charge des plus modestes et des classes moyennes. Des pistes sont proposées :

\* une meilleure prise en compte de la capacité contributive des bénéficiaires de l'APA, en offrant aux détenteurs des patrimoines les plus élevés le choix entre une prestation à taux plein assortie d'un gage et une prestation à taux réduit servie sans condition,

\* la mise en place d'un risque mixte (pour la dépendance), comprenant un premier "socle" de financement par la solidarité nationale et un "étage de financement assurantiel", moyennant une politique fiscale adaptée (par exemple : couplage des contrats d'épargne-retraite avec la couverture du risque dépendance, ou réorientation des produits d'assurance-vie vers la souscription de produits d'épargne-retraite et de couverture contre le risque de dépendance),

\* une "gouvernance à renforcer et à simplifier", avec le rétablissement d'un partage à parité du financement entre l'Etat et les départements, ainsi qu'une modification des critères de péréquation pour la répartition des financements de la CNSA. (VP)

**La CNSA** souligne la nécessité d'une triple clarification concernant

\* la part du financement public et des mécanismes de prévoyance individuelle ou collective,

\* la prise en compte des ressources du bénéficiaire pour décider de l'accès au financement ou pour décider du niveau couvert par ce financement,

\* la part du financement dévolue à la solidarité nationale et au département. (VP)

**Les premières réactions** à ce projet se polarisent autour de la mise en place éventuelle d'une prestation unique dégressive, calculée à la fois en fonction du revenu et de la perte d'autonomie, et ayant vocation à se substituer à l'APA et la PCH. Sont également débattues la participation des bénéficiaires au financement du dispositif ainsi que l'instauration d'un système de "gage volontaire" sur leur patrimoine (un amendement à la loi de finances pour 2008 avait été présenté en ce sens par le gouvernement avant d'être rejeté par le Sénat).. (VP)

**Les Français restent attachés au financement par la solidarité nationale.** L'enquête barométrique de la Drees montre que 48 % d'entre eux souhaitent que l'Etat prenne en charge la dépendance. (NE)

## ***Renforcer la solidarité familiale ?***

Afin de diminuer le reste à charge, les sénateurs proposent aux bénéficiaires de l'APA disposant de patrimoines de choisir entre une allocation à taux plein assortie d'un gage ou d'une allocation à taux réduit sans recours sur succession... (GSS)

Les bénéficiaires disposant d'un patrimoine supérieur à un certain seuil (le chiffre de 200.000 euros est envisagé) se verraient ainsi proposer un choix : percevoir la nouvelle allocation unique à taux plein mais avec une prise de gage qui serait liquidée sur leur succession (autrement dit une récupération sur succession), ou ne percevoir qu'une allocation à taux réduit, mais sans récupération ultérieure. Selon les calculs de Philippe Vasselle, ce mécanisme, appliqué au seul périmètre actuel de l'APA, pourrait rapporter 800 millions d'euros.

## ***Recourir à la prévoyance collective et individuelle ?***

Pour le financement du cinquième risque, un "socle" de financement par la solidarité nationale pourrait être complété par un «étage de financement assurantiel»

**Des experts** laissent entendre que l'Etat ne peut pas tout. Il est exclu d'alourdir davantage le poids insupportable des prélèvements obligatoires, qui sapent le pouvoir d'achat des Français et mettent à mal la compétitivité des entreprises". Dès lors la marge de manœuvre semble réduite. Sans prélèvements, il est bien difficile de mettre en place des financements pérennes, équilibrés, qui garantissent l'équité. Le recours aux assurances privées est donc souvent mentionné. (NE)

Mais le système peine à décoller. Les difficultés sont multiples : une sous-estimation du risque par la population (les gens ne veulent pas y penser), une sélection adverse (uniquement les mauvais risques veulent s'assurer) -et enfin des coûts prohibitifs.

En outre les français n'aiment pas la prévoyance à fonds perdu dans les contrats de dépendance. S'ils ne sont pas dépendants plus tard, ils ne profiteront pas de leurs versements.

Toutefois le principal frein reste la réticence des assureurs eux-mêmes, qui se méfient d'un risque méconnu et dont les implications financières peuvent se révéler pour eux extrêmement néfastes si le risque est mal tarifé. Celui-ci reste difficilement quantifiable, puisqu'il peut varier du simple au double, notamment à cause d'Alzheimer. Le coût des services évolue très vite. Un rapport de la fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) confirme la difficulté des assureurs à rentrer dans leurs frais. (NE)

Résultat : un marché existe bel et bien en France Mais une récente mission sénatoriale, qui vient de prôner un socle public complété par un volet assurantiel, dénonce aujourd'hui un marché incohérent, appelant à l'instauration de garanties minimales, de labels, de référentiels.(NE)

**La Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** se dit prête et propose de développer les contrats d'assurance dépendance, souscrits à ce jour par trois millions de personnes. On peut envisager des partenariats public-privé à ouvrir avec les assureurs. La FFSA a encouragé la création de contrats dépendance, « nous pouvons aussi voir comment transférer une partie de l'assurance-vie en assurance dépendance sans prélèvements fiscaux", Fin 2009 le nombre de contrats dépendance, s'élevait à 2.024.200., tous types confondus, individuels pour 55 %, collectifs pour 45 %. Ce chiffre est peu élevé quand on sait que la France est le deuxième marché des assurances vies, derrière les Etats-Unis.

Entre 2000 et 2005, les taux de croissance étaient chaque année supérieurs à + 10 %, le rythme de progression annuelle des cotisations s'est par la suite ralenti et atteint 3 % en 2009 (contre + 9 % en 2008)..

Néanmoins, le montant global des cotisations s'élevait en 2009 à 403 millions d'euros. Dans un même temps, les assureurs ont versé 127 millions d'euros de prestations sous forme principalement de rente viagère dont le montant moyen est évalué à 522 euros par mois.

Cependant, il semblerait que les Français commencent à bouder les assurances dépendance alors même que le débat sur le financement du [cinquième risque](#) prend son essor

Peut être que les Français, comme les professionnels de l'assurance, attendent de voir quelles mesures vont être prises sur le plan politique avant de choisir dans quelle direction s'orienter

**Les élus locaux** se déclarent particulièrement soucieux de la place allouée aux départements concernant le financement et la gouvernance du 5ème risque. ((VP) Ils sont d'autant plus réservés que la situation financière de nombreux départements laisse à désirer.

**Le milieu associatif et les organisations syndicales** se montrent particulièrement attachés aux principes ayant guidé la création des quatre branches de la sécurité sociale, à savoir **un accès universel aux prestations et une égalité de traitement pour tous** (VP)

Aujourd'hui nous sommes devant une nouvelle étape. En passant de la branche (associée à une caisse) au risque (pouvant être géré également par les institutions financières et les assurances) un nouveau coup est porté à la Sécurité sociale. Une telle partition de l'assurance maladie serait inacceptable car elle constituerait une rupture avec les principes fondateurs de la sécurité sociale, auxquels sont profondément attachés nos concitoyens : la solidarité et l'universalité. **La compensation du handicap et de la perte d'autonomie doit être gérée et intégrée dans le cadre de la sécurité sociale.** (MF)

**Envisager un financement combinant financement public au titre de la solidarité et assurance individuelle encouragée par des incitations fiscales. Cette proposition paraît dangereuse** car toutes les personnes en âge de travailler aujourd'hui, notamment les classes moyennes à bas revenus, ne peuvent cotiser personnellement pour assurer le financement futur de leur vie sous fort handicap et ne peuvent toutes bénéficier de l'incitation fiscale; et que dire de ceux qui, en regard de leur âge, n'auront pas le temps de cotiser ? Ce serait une inégalité supplémentaire entre ceux qui ont la chance de cotiser et ceux qui ne le peuvent.(CS)

**France Alzheimer** considère que la compensation de la maladie d'Alzheimer doit reposer très majoritairement sur la solidarité publique en raison de son universalité, de son imprévisibilité et de l'importance des coûts qu'elle génère. (FA=

**Pour l'UNA**, Soutenir la nécessité d'un financement avant tout basé sur la solidarité nationale : L'assurance individuelle ne peut constituer qu'une solution très marginale étant donnée l'ampleur des besoins : dans le seul cas des personnes âgées dépendantes, qui seront un million en 2020. Le mécanisme d'assurances privées conduira de facto à créer un système à deux vitesses, creusant les inégalités d'accès à l'aide et aux soins. En pensant notamment à une augmentation de la CSG, l'UNA propose un financement équitable, basé sur l'ensemble des revenus. L'organisation estime également nécessaire d'étudier plus sérieusement l'intérêt de l'apport des groupes de protection sociale. (UNA)

**Pour l'UNCCAS**, la création d'un nouveau risque de protection sociale doit s'accompagner de la création d'une nouvelle branche de sécurité sociale. Ce 5ème risque ne doit en aucun cas aggraver le déficit de la sécurité sociale en venant peser sur les dépenses des 4 autres branches actuelles.

**Privilégier un mode de financement par la solidarité nationale.** Considérant que chacun de nos concitoyens est concerné par ce risque dépendance et qu'il convient de répartir ce coût sur

l'ensemble de la société, l'UNCCAS est favorable à un financement de cette 5ème branche par le biais de la CSG, l'impôt le plus solidaire et le plus pérenne..

□ L'UNCCAS est **opposée au principe d'une couverture assurantielle** pour financer cette 5ème branche. Elle voit dans cette solution une forme d'hypocrisie puisque les personnes qui n'auront pas les moyens de contracter une assurance privée se tourneront naturellement vers les collectivités locales déjà sollicitées aujourd'hui.

□ L'UNCCAS est également **contre la prise en compte des ressources et du patrimoine des personnes** dans la mesure où une intervention du dispositif modulée en fonction des revenus remettrait en cause le principe d'universalité.

□ Enfin, l'UNCCAS s'oppose à ce que soient mis en œuvre **l'obligation alimentaire et les recours en récupération** sur succession, l'expérience de la PSD ayant montré le risque de voir des personnes renoncer à cette prestation nécessaire plutôt que de déshériter leurs descendants.

**Danièle Karniewicz, présidente de CNAV**, pense qu'il faut forcer les gens à se protéger malgré eux car cela ne va pas de soi" explique-t-elle. Elle espère que notre pays ne renoncera pas à un niveau de protection digne de ce nom. "Une couverture obligatoire de type sécurité sociale permet un modèle comme celui des retraites, où l'on cotise dès le plus jeune âge. La perte d'autonomie sera financée toute la vie, à moindre coût car celle-ci s'allonge. Le risque à financer n'apparaît que quelques années avant de partir

Les finances publiques le peuvent-elles ? **"Il faudra payer plus"**. Mais si ce coût est supporté à titre individuel, l'offre est moins intéressante, moins juste, qu'en mutualisant collectivement les risques. Les français ne sont pas tous logés à la même enseigne concernant la retraite complémentaire (les différences sont fortes entre les couvertures des grandes ou très petites entreprises par exemple). Danièle Karniewicz est opposée au recours sur succession. Elle juge cette "réponse provocatrice pour l'ensemble des citoyens" .( CN)

La crise économique ne remet pas en cause le financement de la Sécurité sociale dans son principe mais interroge les choix budgétaires du gouvernement actuel. Faut-il rappeler que **le déficit de la Sécurité Sociale est un déficit non de dépenses, mais de recettes** à cause de moindres rentrées dues à la crise économique mais surtout du choix du gouvernement de faire des cadeaux fiscaux aux classes supérieures (20 milliards d'euros) et aux entreprises (exonérations de charge d'environ 30 milliards d'euros) au lieu de les affecter à ces moindres rentrées !.(E)

## Position d'Alertes

**ALERTES** se doit de préciser sa propre position quant aux sources de financement du 5ème risque :

- nous considérons que le principe de la TVA sociale est discutable ;
- nous pensons que la CSG doit porter sur tous les revenus, capital et travail.

\* nous demandons un financement basé sur un socle élevé de solidarité nationale assis sur tous les revenus (du travail et du capital).

\* nous nous opposons, par souci de justice sociale, à tout recours sur succession. Cette mesure est dissuasive, (il suffit de se rappeler l'échec de la prestation spécifique dépendance qui avait introduit le recours sur succession) et non solidaire.

## VIII Les sources

BM	Bernadette Moreau
CN	présidente de la CNAV
CR	Cap Retraire
CS	Cap 21 Santé
GSS	Gazette Santé Social
FA	France Alzheimer
H	Jean-Claude. Henrard
M	Médecis
ME	Mireille Elbaum
MF	Mutualité Française
MI	Mission information
NE	Nouvel Economiste
RMS	Rapport Marini au Sénat
STA	Société pour tous les âges
UN	UNCASS
UNA	UNA
VP	Vie publique

## IX La table des matières

I	La situation actuelle	1
II	La gestation du 5 <sup>ème</sup> risque	3
III	Pour quel contenu ?	4
IV	Pour quelle population ?	6
V	En d'autres pays ?	8
VI	Pour quel coût ?	9
VII	Comment le financer ?	11
VIII	Les sources	16
IX	La table des matières	16