

## LE « CINQUIÈME RISQUE » DE PROTECTION SOCIALE, CONTINUITÉ OU RUPTURE ?

Denis Piveteau

Presses de Sciences Po | « Les Tribunes de la santé »

2005/2 n° 7 | pages 67 à 72

ISSN 1765-8888

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2005-2-page-67.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## VIELLISSEMENT ET SANTÉ

### Le « cinquième risque » de protection sociale, continuité ou rupture ?

Denis Piveteau

La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est en train de se dégager, par l'effet de deux lois récentes, comme une nouvelle branche de protection sociale. Il s'agit désormais d'un « risque » appréhendé comme tel, c'est-à-dire indépendamment des populations - personnes âgées, personnes handicapées - qui y sont confrontées. Ce nouveau droit entretient des proximités étroites avec les branches traditionnelles de la protection sociale, mais il s'en distingue par une caractéristique essentielle : il vise à répondre aux caractéristiques très subjectives d'un « projet de vie ».

Le poids démographique croissant des personnes âgées a un impact bien connu sur les grandes branches de notre protection sociale. Il déplace les équilibres des régimes de retraite et compte pour beaucoup dans la croissance des dépenses d'assurance maladie. Mais plus profondément, et par l'effet combiné de plusieurs évolutions sociologiques, il vient de conduire à l'émergence d'un « risque » nouveau et spécifique, à côté de la maladie, de la famille, des accidents du travail et des retraites. Un « cinquième risque » dont la dénomination n'est pas encore bien fixée, mais que l'on appelle couramment « risque dépendance » ou « risque perte d'autonomie ».

Son objet, si l'on tente de le définir, est d'attribuer à ceux qui sont frappés d'une déficience physique, sensorielle, mentale ou psychique, une aide en nature ou en espèces qui permet à son bénéficiaire de réaliser, grâce à un appareillage ou l'aide d'une tierce personne, ce qu'il aurait pu faire seul, et sans aide, s'ils n'avait pas été atteint de la déficience en question. Là où l'assurance maladie finance le retour à une meilleure santé, où l'assurance

vieillesse compense la perte des revenus du travail et où les allocations familiales corrigent les conséquences financières du nombre d'enfants, le « cinquième risque » vise à compenser la perte d'autonomie dans la vie de tous les jours.

### NAISSANCE D'UN RISQUE

À vrai dire, cette préoccupation n'est pas nouvelle, et les mécanismes de sa prise en charge collective existent de longue date, sous des formes multiples. D'abord au sein même du champ légal des branches traditionnelles de la protection sociale : l'assurance maladie rembourse ainsi, au moins pour partie, l'achat de toute une série de dispositifs médicaux, tels que les prothèses auditives ou les véhicules pour handicapés physiques. Elle prend également en charge, pour citer un autre exemple, les soins délivrés dans les maisons de retraite médicalisées – alors même que ces soins comportent une part importante d'actes dits de « *nursing* » qui sont étroitement liés à la dépendance. À cela s'ajoutent les interventions extra-légales des caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, ce que l'on appelle leur action « sanitaire et sociale ». Car cette dernière a traditionnellement été consacrée, précisément, à la prise en charge de la perte d'autonomie.

Mais la grande nouveauté des lois du 30 juin 2004 et du 11 février 2005, la première plus spécifiquement consacrée aux personnes âgées et la seconde relative aux personnes handicapées, est d'avoir créé une ressource autonome pour ce risque nouveau, et de l'avoir rassemblée avec plusieurs autres sources de financement sous la gestion d'un organisme unique : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La CNSA assure ainsi le financement national de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et celui de la nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH), en centralisant – pour s'en tenir à l'essentiel – les ressources tirées de la « journée nationale de solidarité » (0,3% de la masse salariale des entreprises assujetties) et un prélèvement de 0,1 point de CSG. Ces sommes sont ensuite ventilées entre les collectivités départementales, selon une clef de calcul fixée par voie réglementaire. Parallèlement, la CNSA procède à l'allocation budgétaire des enveloppes de tarification des établissements et services sociaux et médicosociaux qui accueillent des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées (pour un montant d'environ 12 milliards d'euros). Elle est donc à la fois l'instrument du financement des prestations individuelles et l'agence de répartition des crédits de prise en charge collective.

### ÂGE ET HANDICAP

Outre cette centralisation financière, le point marquant – qu'il convient de souligner tout particulièrement dans ce numéro consacré au vieillissement – est que, précisément, la perte d'indépendance des personnes âgées se voit étroitement associée à celle des personnes handicapées. Certes, les réglementations restent distinctes, et les mécanismes d'attribution aussi. Mais de nombreux signes montrent que les problématiques se rapprochent. Les ressources tirées de la « journée nationale de solidarité » sont presque également partagées. Au niveau local, les deux lois précitées, ainsi que la loi du 13 août 2004 « relative aux libertés et responsabilités locales », consacrent la plénitude d'action du département sur les deux champs. Au niveau national, la CNSA est chargée d'assurer la même synthèse, et compte, dans le conseil qui doit fixer ses orientations de travail, autant de représentants des associations œuvrant en faveur des personnes âgées que de représentants d'associations de personnes handicapées (six plus six, sur quarante-huit membres). Techniquement, d'ailleurs, la CNSA est chargée d'une mission d'expertise sur l'ensemble des grilles et barèmes d'évaluation de la perte d'autonomie, que ceux-ci concernent le grand âge (la grille AGGIR) ou toute autre forme de handicap.

Ce début d'estompage de ce que l'on appelle quelquefois la « barrière d'âge » entre les dispositifs qui concernent les personnes âgées dépendantes et ceux qui visent les personnes handicapées, constitue un premier signal indiquant l'apparition d'une nouvelle branche de protection sociale. Car, ce faisant, on s'éloigne de l'approche par « publics », qui caractérise traditionnellement l'aide sociale, pour aller vers un prise en charge d'un « risque », qui est la marque propre de la sécurité sociale.

Plus généralement, les prestations du nouveau « cinquième risque » sont d'ores et déjà marquées de plusieurs traits traditionnels de la sécurité sociale : définition aussi précise que possible de critères d'attribution, afin de garantir un véritable « droit » à compensation (c'est l'objet, pour les personnes âgées, de l'outil AGGIR déjà cité, et c'est, plus généralement, aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées, l'un des futurs champs de travail majeurs de la CNSA) ; absence de récupération sur la succession des bénéficiaires ; recherche, même si la chose demeure encore un peu théorique, d'une très stricte égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, etc. Le seul trait qui, à dire vrai, rappelle encore l'origine d'aide sociale des prestations de compensation, est que les montants de l'APA et de la future PCH sont modulés en fonction du revenu de leur bénéficiaire. En ce sens, elles échappent à « l'universalité » qui est souvent présentée comme une

caractéristique des prestations de sécurité sociale. Mais cette modulation est considérablement atténuée par rapport à ce qui prévaut en matière d'aide sociale : l'APA reste versée, à hauteur de 20% au moins du plan d'aide, pour tous les niveaux de revenu, et pour la PCH, les revenus d'activité ne sont pas pris en compte dans le calcul des ressources.

Le « risque dépendance » se positionne aussi comme une branche de sécurité sociale par l'effet des nombreuses tangences – voire des chevauchements – qu'il entretient avec l'assurance maladie ou l'assurance vieillesse. On a déjà cité le cas des soins infirmiers ou du remboursement des dispositifs médicaux (la CNSA siège ainsi, avec voix consultative, au Comité économique des produits de santé). Plus structurellement, on doit souligner qu'en s'organisant autour des notions de plan d'aide (pour les personnes âgées) ou de programme personnalisé de compensation (pour les personnes handicapées), le droit à compensation vient forcément interférer avec les approches coordonnées que l'on cherche à mettre en place, pour les mêmes publics, au sein de l'assurance maladie. Le plan d'aide d'une personne âgée ne peut pas se penser indépendamment de la prise en charge de cette même personne par un réseau de soins, ou par le médecin coordonnateur d'une équipe pluridisciplinaire. Ainsi, la recherche d'une vision d'ensemble des besoins d'une personne, inscrite dans le temps et partagée entre les différents professionnels appelés à intervenir, exprime aussi bien l'approche nouvelle de l'assurance maladie (notamment autour du « dossier médical personnel ») que la manière d'attribuer et de gérer le nouveau droit à compensation.

#### **DU SANITAIRE AU MÉDICOSOCIAL**

Un autre point de contact tout à fait évident est celui qui se joue au sein des établissements et services médicosociaux. On le sait, la frontière est poreuse entre la prise en charge sanitaire, et donc la planification des besoins sanitaires, et la prise en charge et la planification des besoins médicosociaux. Il n'est pas possible d'établir séparément un schéma régional (sanitaire) de gériatrie et un schéma départemental de prise en charge gérontologique en établissements médicalisés ; il n'est pas possible de penser séparément le handicap psychique et l'équipement psychiatrique – et l'on pourrait citer bien d'autres exemples. La CNSA va donc être amenée à opérer le suivi des établissements dont elle a la charge en étroite liaison avec le suivi qu'assurent l'État et les organismes d'assurance maladie sur les établissements sanitaires. La parenté de nature entre le risque « dépendance » et le risque « maladie » va dès lors se lire, tout simplement, dans la parenté de leurs systèmes d'information, et dans la convergence des approches médico-économiques en ma-

tière d'évaluation des besoins et de programmation financière. Sachant que, dans l'un et l'autre cas, se pose exactement la même question de l'équilibre à trouver entre les prises en charge « ambulatoires » à domicile et la création ou le maintien de places assorties d'un hébergement.

Autre signe enfin : la loi du 11 février 2005 a prévu non seulement une convention d'objectifs et de gestion avec la CNSA, mais aussi des conventions « horizontales » entre la CNSA et la CNAMTS ou la CNAVTS, pour garantir une parfaite cohérence dans la mise en œuvre de ce qui sera demandé par l'État à ses différents établissements publics de protection sociale. Sur ce modèle, on pourrait tout à fait concevoir, demain, l'intervention de conventions horizontales de même nature entre la CNAMTS et la CNAF, ou entre la CNAMTS et la CNAVTS. Bref, le nouveau risque « dépendance » vient bien se loger comme une des pièces du puzzle que forment, ensemble, les organismes de sécurité sociale.

Pour autant, on peut affirmer qu'il se distingue, et se distinguera toujours, des autres branches de la protection sociale par une caractéristique qui lui tient en propre. La prestation de compensation, qui est au cœur du « cinquième risque », ne sera en effet jamais exclusivement attribuée au vu de la situation objective de son bénéficiaire. Dans le plan d'aide, et plus encore dans le plan personnalisé de compensation pour les personnes handicapées, le projet de vie individuel, c'est-à-dire le désir et les attentes très subjectives de la personne aidée, tiennent une place essentielle. La compensation d'une perte d'autonomie doit ainsi s'effectuer selon une logique remontante, et veiller à ce que chacun puisse accéder à ce que lui inspire son désir d'initiative personnelle. Le droit à compensation constitue, fondamentalement, un droit au choix de vie. C'est un droit à une « normalité » qui ne sera jamais strictement la même d'un individu à un autre.

Ceci peut expliquer une autre caractéristique très singulière du « cinquième risque », qui est d'être porté, non pas par un réseau de caisses locales dépendant de la CNSA, mais par les collectivités politiques que sont les départements. L'accès autonome à une vie domestique et sociale normale se juge et se juge par référence à un contexte local. Il s'apprécie et se gère dans la proximité. Il ne peut pas se comparer terme à terme d'un bout à l'autre du territoire. Il est profondément subjectif et relatif ; et la CNSA devra en tenir compte dans la manière dont elle assurera le contrôle territorial de l'égalité de traitement.

## RÉSOUTRE LE PARADOXE

La « solidarité pour l'autonomie » conjugue donc – dans une tension paradoxale dont l'intitulé même de la CNSA est porteur – les deux notions contraires de solidarité collective et d'autonomie individuelle. C'est un risque de protection sociale qui est né de l'effritement des solidarités de proximité – et donc de l'individualisme croissant des comportements – mais qui se nourrit aussi de cet individualisme dans sa face créatrice : car tel est bien le sens de la revendication des personnes âgées et handicapées à une vie autonome, toujours porteuse de projets personnels. Par son origine autant que par son contenu, le « cinquième risque » est en quelque sorte le fruit complexe des bons et moins bons aspects de l'individualisme contemporain.

### contact

[denis.piveteau@sante.gouv.fr](mailto:denis.piveteau@sante.gouv.fr)

**Denis Piveteau, maître des requêtes au Conseil d'État, est directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Il a occupé, entre 1997 et 2000, les fonctions de directeur délégué de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS).**