

LA RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE DU RISQUE DÉPENDANCE

Les enjeux économiques et sociaux

Arnaud Lechevalier

Université Paris I, LES-MATISSE

Yves Ullmo

Conseiller-Maitre honoraire à la Cour des Comptes

La prise en charge de la dépendance est un exemple particulièrement significatif des problèmes, anciens et nouveaux, qui se posent à notre système de protection sociale et, plus généralement, à la politique sociale conduite dans notre pays. Après avoir montré que la situation actuelle et les perspectives de la dépendance et de l'action publique en la matière dépendent d'évolutions démographiques et sanitaires incertaines, mais aussi et surtout d'un système d'offre et de financement sur lequel il est souhaitable d'agir, on décrit le dispositif actuel, provisoire, et, en attente d'une réforme annoncée, de la prestation spécifique dépendance (PSD) et l'on établit le bilan négatif de cette expérience. Le projet de réforme qui a été annoncé en mars 2001 par le gouvernement remédie aux insuffisances et aux dysfonctionnements les plus marquants de la PSD. Mais se situant dans la continuation — certes amendée — des dispositifs actuels, il laisse ouvertes un certain nombre de questions de fond qui sont ici analysées.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes et son mode de financement font partie, depuis quelques années, des débats de premier plan dans les pays de l'OCDE et ont donné lieu dans un certain nombre d'entre eux à des réformes. Ce problème a progressivement gagné en ampleur en raison de la conjugaison de trois phénomènes : la nature et le rythme du vieillissement démographique attendu, les modifications affectant les structures familiales et le rôle social des femmes, la remise en cause du rythme de vie ternaire avec la scission du troisième âge de la vie en différentes sous-périodes, notamment scandées par la faculté d'autonomie dont peuvent faire preuve les personnes âgées ; autant d'évolutions appelées à être durables. En dépit d'une série impressionnante de rapports publiés depuis plus de deux décennies, mais à l'image d'une loi symboliquement votée, en 1997, « à titre provisoire », force est de constater que la société française n'a, pour l'heure, toujours pas apporté une réponse

Avril 2001

Revue de l'OFCE 77

satisfaisante à la prise en charge collective de la dépendance des personnes âgées. C'est dans ce contexte que vient s'inscrire le projet de réforme de la Prestation spécifique dépendance (PSD).

Il est vrai que la définition d'une politique publique de la dépendance pose une série de questions de fond : sur les déplacements de frontières entre les espaces publics, marchands et domestiques, avec notamment les interrogations portant sur la « marchandisation » des relations domestiques et affectives ; sur l'articulation entre le social et le sanitaire ; sur l'interdépendance entre les politiques familiales et les politiques de la vieillesse, sans oublier les politiques d'emploi. Les particularités du risque — à l'image des interactions auxquelles sa prise en charge peut donner lieu au sein de la famille — conduisent également bien souvent à enrichir le traitement usuel de quelques grandes questions d'économie de la protection sociale. C'est d'ailleurs de ce dernier point de vue que seront principalement traités ici les enjeux de la réforme annoncée.

On s'attachera dans un premier temps à examiner l'ampleur des défis à long terme, en mettant justement en évidence le poids des facteurs institutionnels sur le montant des dépenses, avant de considérer les insuffisances du système actuel de prise en charge du risque dépendance. Ces insuffisances renvoient à autant de débats portant sur le degré et les modalités de l'intervention publique et sur la nature des prestations à servir, qui seront traités dans un troisième temps. C'est au regard de cette analyse que l'on conclura par de premiers éléments d'évaluation du projet de loi portant création d'une « allocation personnalisée à l'autonomie », présenté en conseil des Ministres le 7 mars 2001.

L'ampleur des défis à long terme : facteurs institutionnels et économiques

La reconnaissance sociale du problème de la dépendance n'est pas nouvelle. La prise de conscience s'est cependant sensiblement accrue au cours des vingt dernières années, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et, plus généralement, des perspectives de vieillissement de la population. Pour autant, l'évaluation du nombre actuel de personnes dépendantes reste sujette à débat en raison des incertitudes pesant sur la définition même de la dépendance, mais aussi des carences statistiques qui continuent à prévaloir. Dans ce contexte, les résultats des premières projections du nombre de personnes dépendantes à long terme apparaissent surtout précieux quant à l'identification des variables

clés. Il en va *a fortiori* de même en ce qui concerne les évaluations du coût monétaire.

La population dépendante aujourd'hui

L'espérance de vie à soixante ans ne cesse de progresser : elle était de 21 ans pour les femmes en 1970 (16 ans pour les hommes), de 22 ans en 1981 (17 pour les hommes) et de plus de 25 ans en 1997 (20 ans pour les hommes). On sait par ailleurs que les progrès de l'espérance de vie à l'avenir seront concentrés après 60 ans. Cette progression s'accompagne également d'un allongement de l'espérance de vie à la naissance sans incapacité, qui a progressé de trois ans pour les hommes entre 1981 et 1991 et de 2,6 ans pour les femmes, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie totale¹. La situation apparaît cependant plus contrastée en ce qui concerne les personnes de plus de 65 ans : la durée de vie avec incapacité a diminué de 8,5 à 8 ans pour les femmes entre 1981 et 1991, alors qu'elle a augmenté de 5,3 à 5,6 ans pour les hommes.

Dans ce contexte, les données sur le nombre de personnes âgées dépendantes et la sévérité des incapacités sont importantes, mais elles sont longtemps demeurées imprécises (CNIS, 1997), et souvent controversées. Les premiers résultats de l'enquête « Handicap-incapacités-dépendance », publiés en fin d'année 2000, corroborent et confirment cependant les éléments d'évaluation les plus couramment avancés. Selon les estimations et les définitions les plus souvent retenues, mais aussi les plus restrictives — sur lesquelles on reviendra plus bas —, le nombre de personnes âgées dites dépendantes varie entre 700 000 et plus d'un million (Robine et coll., 1998). Selon l'enquête HID, la borne inférieure de la fourchette correspond au nombre de personnes atteintes d'une dépendance sévère au sens de la classification « Colvez », dont plus de 400 000 vivant à leur domicile et plus de 250 000 en institution (Colin et Coutton 2000). Les personnes confinées au lit et au fauteuil, ou aidées pour la toilette ou l'habillement représentent ainsi environ 5 % de la population des 60 ans et plus, avec une prévalence fortement croissante avec l'âge. Une acception plus extensive de la grille Colvez incluant les personnes aidées pour l'une ou l'autre des activités d'habillement ou de toilette conduit à une estimation de l'ordre d'un million, soit 8 % des 60 et plus. De même, les évaluations effectuées à partir de la Grille AGGIR, qui s'est imposée comme grille nationale d'évaluation de la dépendance depuis la loi de 1997 portant création de la Prestation

1. Ces données sont issues des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux de 1980 et 1991. Voir Mormiche P. et J. M. Robine, 1994. En attendant les données issues de l'enquête HID, on ignore l'évolution de la tendance depuis cette date.

spécifique dépendance, amènent à recenser de 800 000 à 960 000 personnes lourdement dépendantes (GIR 1 à 4, voir encadré) selon que l'on considère ou non que « faire sans aide » mais « avec de grandes difficultés » retrace une incapacité^{2, 3} (tableau 1).

1. La grille AGGIR

AGGIR est une grille multi-dimensionnelle d'évaluation de l'autonomie à travers l'observation des activités qu'effectue seule une personnes âgée. Elle comprend dix variables discriminantes se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique (telle que la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, les transferts, etc.) et sept variables illustratives, se rapportant à la perte d'autonomie domestique et sociale.

Chaque variable a trois modalités :

- A : fait seul, totalement, habituellement et correctement ;
- B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ;
- C : ne fait pas.

A partir des réponses aux dix variables discriminantes (notes A, B, C), un algorithme attribue des points, calcule un score, et en fonction de celui-ci attribue à chaque personne un groupe dit iso-ressources (GIR). Il existe six groupes iso-ressources, censés regrouper des personnes qui peuvent avoir des profils d'incapacités différents mais qui ont besoin d'une même quantité d'heures de soins et présentent un certain nombre de caractéristiques communes :

- GIR 1 : personnes sans autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, ayant perdu leur mobilité (confinés au lit ou au fauteuil)
- GIR 2a : personnes « démentes déambulantes »
- GIR 2b : personnes non démentes confinées au lit ou au fauteuil
- GIR 3 : personne non démentes, ayant partiellement conservé leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle
- GIR 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement et qui doivent être aidées pour la toilette et l'habillement
- GIR 5 : personnes qui ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette ou pour des tâches de type ménager
- GIR 6 : personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie et leur indépendance pour les actes « discriminants » de la vie quotidienne.

2. Sur la grille AGGIR, voir plus loin « les enseignements de l'échec de la PSD ».

3. Si le croisement des différentes grilles d'évaluation (Colvez ou AGGIR) laissent donc apparaître des évaluations relativement convergentes pour appréhender les dépendances les plus lourdes, les résultats sont beaucoup plus contrastés en ce qui concerne les personnes séniles (« incohérentes » ou « désorientées »), qui ne sont que partiellement ou pas du tout prises en compte. Des travaux sont actuellement en cours à ce sujet, voir C. Colin et V. Coutton, 2000.

1. Le nombre de personnes âgées dépendantes selon la grille Colvez

	À domicile	Établissement pour personnes âgées	Autres établissements	Ensemble
Niveau 1 (confiné au lit au fauteuil)	105 000	118 000	2 000	225 000
Niveau 2 (besoin d'aide pour la toilette ou l'habillement)	300 000	99 000	4 000	403 000
Total dépendance lourde	405 000	217 000	6 000	628 000
Niveau 3 (besoin d'aide pour sortir)	648 000	135 000	6 000	789 000
Total dépendance	1 053 000	352 000	12 000	1 417 000
Niveau 4 (non dépendance)	10 509 000	111 000	4 000	10 624 000
Niveau de dépendance inconnu	24 000	17 000	2 000	43 000
Ensemble des plus 60 ans et plus	11 586 000	480 000	18 000	12 084 000

Source : INSEE, enquêtes HID 1998 et 1999.

On sait les difficultés que pose la définition d'un « âge de la vieillesse » (Bourdelaïs 1993). Ce qu'il y a de sûr, c'est que les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent très fortement avec l'âge (Breuil-Génier 1998). Les difficultés apparaissent de nos jours surtout à partir de 80 ans : près de 28 % des personnes vivant en logement ordinaire sont affectées par une perte d'autonomie. Or plus de 70 % des personnes de 85 ans et plus vivent chez elles. Les besoins d'aide augmentent aussi : 27 % des personnes de plus de 60 ans et 56 % des plus de 80 ans déclarent recourir à une aide appropriée pour accomplir les tâches domestiques (David et Starzec, 1996). En 1998, environ 700 000 personnes âgées ont bénéficié de services d'aide ou de services de soins à domicile. Parallèlement, en 1998, selon les premiers résultats de l'enquête HID, 62 % des résidents de 75 ans et plus vivant dans des établissements étaient lourdement dépendants. Au total, les informations actuellement disponibles mêlent par nature démographie, aptitudes, comportements sociaux et modalités actuelles de la prise en charge, qui rétroagissent sur le nombre même de dépendants. Dans ce contexte, comment va évoluer la population dépendante et quelle dépense peut-on anticiper à long terme ?

2. Évolution de la population française par classes d'âge (1995-2040)

	Plus de 60 ans		Plus de 75 ans		Plus de 85 ans	
	Effectifs en millions	En % de la population	Effectifs en millions	En % de la population	Effectifs en millions	En % de la population
1995	11,7	20,0	3,5	6,0	1,0	2,0
2020	17,0	27,0	6,0	9,5	2,0	3,0
2040	21,2	32,5	10,1	15,4	3,7	5,6
2050	22,5	33,8	11,2	17,2	4,5	6,9

Source : INSEE (Mortalité tendancielle. Fécondité 1,8. Migrations nettes = + 50 000 par an).

Les projections à long terme : facteurs démographiques, médicaux et conditions de prise en charge

A l'avenir, par tranche d'âge, ce sont les personnes les plus âgées, celles pour lesquelles les risques de dépendance lourde sont les plus élevés, qui vont connaître les plus forts taux d'accroissement (une multiplication par plus de quatre pour les plus de 85 ans, d'ici 2040, contre seulement par deux pour les plus de 60 ans — voir tableau 2). Dès 2040, les plus de 75 ans compteront pour plus de 15 % de la population.

Dans cette première perspective, différentes études ont été menées en France en supposant que les taux de prévalence de la dépendance par âge demeureront constants à l'avenir. Ces travaux mettent ainsi en évidence l'effet démographique imputable au vieillissement de la population : quelle que soit la définition de la dépendance retenue, ces études concluent à un doublement des effectifs de personnes âgées susceptibles d'être dépendantes entre 1990 et 2020⁴. C'est sur cette toile de fond que viennent se nouer les débats sur les projections de la population dépendante à long terme. Ce panorama suscite *a priori* de grandes inquiétudes. Mais il convient de le corriger et de l'enrichir en soulignant les difficultés que soulève la projection des taux de mortalité et de prévalence de l'incapacité, mais aussi celles liées à l'anticipation des évolutions des structures sociales, et celles spécifiquement imputables aux effets de cohortes. En passant de l'estimation de la population potentiellement dépendante mais aussi « aidante » à l'évaluation de l'ampleur des charges de financement à long terme, on est surtout amené à souligner le poids des facteurs institutionnels.

Les projections de la population dépendante se heurtent à deux ordres de difficultés : celles, classiques, concernant le rythme et la nature du vieillissement démographique, et celles concernant les taux et la

4. Pour un panorama, voir J. M. Robine et *alii*, 1998, deuxième partie.

distribution des âges de la dépendance à long terme. Les incertitudes concernant l'espérance de vie sans incapacité rendent très fluctuantes les estimations, pourtant « décisives » au regard de la nature du vieillissement démographique engagé, du nombre futur de personnes dépendantes⁵. En outre, pour approcher économiquement le phénomène de l'incapacité, il importe que l'analyse de l'incapacité ne se cantonne pas à ce simple calcul de l'espérance de vie avec ou sans incapacité. Une connaissance plus rigoureuse du phénomène nécessite de pouvoir disposer de la distribution exacte des âges d'entrée en dépendance. A cet égard, plusieurs modèles épidémiologiques s'affrontent quant à l'évolution des taux de prévalence, à partir de deux pôles : un scénario de « compression » (absolue ou relative) de l'incapacité, correspondant à la situation où l'espérance de vie en incapacité, exprimée en années, diminue ; et un scénario « d'expansion » (absolue ou relative) correspondant à la situation où l'espérance de vie sans incapacité, exprimée en année augmente. Entre ces deux pôles, le scénario « d'équilibre dynamique », proposé par Manton, qui associe une stagnation de l'espérance de vie sans maladie chronique (mais dont les états prévalents sont en moyenne moins sévères) et une hausse de l'espérance de vie sans incapacité, serait *grosso modo* vérifié dans le cas français au cours de la décennie 1980 (Robine et coll., 1998). Mais c'est ici que se fait sentir l'absence de données longitudinales concernant les personnes âgées au niveau national, comme il en existe aux États-Unis ou encore aux Pays-Bas.

Aux États-Unis, les résultats longitudinaux du *National Long Terme Care Survey* (NLTCS) ont montré, entre 1982 et 1994, des baisses importantes des taux ajustés d'invalidité dans la population américaine âgée de plus de 65 ans. Ces évolutions ont été corroborées par d'autres enquêtes longitudinales, non spécifiques, aux États-Unis (Jacobzone 1999a). On retrouve des gains, « allant de modérés à importants », dans le nombre d'années que les personnes âgées peuvent espérer vivre sans incapacités dans de nombreux autres pays développés, ce qui tendrait à confirmer le scénario de Manton au niveau international (Cambois et Robine, 1996).

Dans leurs travaux menés à l'INSEE sur le cas français, Lebeaupin et Nortier (1996), considèrent trois scénarios possibles d'évolution des taux d'incapacité selon l'âge, en retenant à chaque fois la même perspective démographique. Dans tous les cas, les projections ne concernent que la population des personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et celles qui sont aidées pour la toilette et l'habillement. Un premier scénario, pessimiste, retient l'hypothèse d'une constance dans le temps des taux de dépendance. Les deux autres scénarios prennent en compte, pour les années à venir, une amélioration de l'état de santé

5. Voir J. Vallin, 1992.

aussi rapide ou un peu moins vive que celle constatée dans les années 1980. A l'horizon 2020, le nombre de personnes (lourdement) dépendantes varierait ainsi entre 762 000 et 1,2 million, contre 670 000 au début des années 1990. Dans le premier cas, l'augmentation est limitée à 14 %, mais dans le deuxième, elle s'élève à 78 %. On ne peut donc que souligner la sensibilité des résultats aux hypothèses. Les premiers résultats de l'enquête HID semble indiquer une baisse de la population lourdement dépendante depuis une dizaine d'année de 670 000 à 600 000 personnes de 65 ans et plus, soit une baisse de la prévalence de la dépendance physique de 8,5 à 6,4 %. Le scénario le plus optimiste retenu Lebaupin et Nortier semble donc pour l'heure confirmé.

En retenant une définition moins restrictive de la dépendance, mais une méthodologie proche de la précédente, l'OCDE aboutit à des ordres de grandeur compris entre 25 et 43 %, ce qui situerait la France en position moyenne (Jacobzone 1999a). Au-delà des problèmes imputables à la définition même de la dépendance, ces projections, pour précieuses qu'elles soient, souffrent, au regard du rythme du vieillissement attendu dans le cas français, du choix de l'horizon privilégié. Elles ignorent surtout la sensibilité des résultats aux « effets de seuil » liés à la définition de la dépendance et au degré de sévérité retenu. Dans leurs travaux Bouget et Tartarin (1994) estiment qu'en fonction du seuil de reconnaissance de la dépendance retenu, la redistribution des incapacités vers des états moins sévères pourrait compenser l'accroissement du nombre de personnes âgées.

L'anticipation du nombre de personnes en état de dépendance ne suffit pas à quantifier les besoins à long terme. En liaison avec les variables qui déterminent le choix des ménages entre l'hébergement collectif, les soins à domicile et l'aide familiale, le coût et les modalités de prise en charge de la dépendance seront fortement influencés par un certain nombre d'évolutions des modes de vie et de modifications des structures sociales. On peut distinguer à cet égard, trois problèmes clés, que nous n'approfondirons pas ici : la retraite sera-t-elle vécue plus souvent à deux ? Dans quelle lignée familiale sera-t-elle vécue ? Assistera-t-on à un isolement résidentiel accru ? Les rares éléments d'analyse disponibles, qui mobilisent de nombreuses variables, conduisent à penser que la proportion de retraités isolés du fait de l'absence d'entourage familial devrait diminuer (Delbes et Gaymu 1999), que le nombre d'aidants potentiels par personne dépendante — tel qu'il résulte d'une microsimulation à l'aide du modèle *Destinie* — pourrait être stable à l'avenir (Breuil-Génier et coll., 1998), mais que l'actuel mouvement de détachement résidentiel des générations pourrait conduire à un plus fort isolement résidentiel à l'avenir.

Vient s'ajouter un aspect qui mériterait la plus grande attention : celui lié aux caractéristiques propres à chaque cohorte. Ces effets de cohortes ne sont pas seulement importants en matière d'état de santé

(Mormiche 1999). L'impact de la croissance des taux d'activité féminins est également à prendre en compte : à l'avenir les femmes pourraient être encore davantage contraintes d'arbitrer entre obligations professionnelles et obligations familiales. Parallèlement, au regard des inégalités entre cohortes en matière de revenus et de trajectoires sociales en France depuis vingt ans, il conviendrait d'être attentif à la projection à terme de cette dimension du problème, puisque les cohortes nées après 1950 connaissent, jusqu'à présent, des carrières salariales plus irrégulières et moins ascendantes que leurs aînées.

Passer de l'estimation de la population potentiellement dépendante et aidante à l'évaluation de l'ampleur des charges de financement à long terme, nécessite de prendre en compte les structures d'offre et le mode de couverture. S'agissant des arrangements institutionnels quant à la prise en charge de la dépendance, l'OCDE estime que le coût de la dépendance à long terme sera plus fortement déterminé par les types de prises en charge — en particulier par le mouvement de « désinstitutionnalisation » à l'œuvre dans plusieurs pays de l'OCDE — que par les tendances en matière d'évolution de l'incapacité à long terme (Jacobzone 1999a). C'est d'ailleurs pourquoi, dans un autre travail portant cette fois sur la projection des dépenses, l'OCDE prévoit que les dépenses consacrées à la dépendance pourraient augmenter en France plus vite qu'ailleurs en raison principalement de la très forte croissance des dépenses relatives au placement en établissement, conjuguée à une absence de politique de maintien à domicile, selon l'hypothèse retenue par la projection (Jacobzone et coll., 1998).

S'agissant du mode de couverture, une simulation des dépenses à consacrer à l'allocation dépendance pour les personnes vivant à domicile a logiquement mis en avant la forte sensibilité du taux de couverture, et donc du montant des dépenses, au seuil d'incapacité donnant accès à l'allocation, à l'éventuel plafond de ressources et au montant minimum et maximum des prestations (Bonastre, 1997). De leur côté, les simulations réalisées en Allemagne à partir de la loi votée en 1994 (Schmähl et Rothgang 1996), mettent surtout en évidence l'impact quantitativement déterminant des modes d'indexation des prestations en liaison avec la dynamique macroéconomique et l'évolution des prix relatifs des services d'aide. Dans tous les cas, on le voit, comme pour toutes les projections des prestations sociales à long terme, il faut se méfier de tout déterminisme démographique puisque les modes de prise en charge, et les comportements qu'ils induisent en réponse, pèseront lourd quant au montant des dépenses à long terme.

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France

Si l'identification du problème de la dépendance n'est pas nouvelle, sa prise en charge continue à se faire dans un contexte institutionnel éclaté et dans des conditions largement insatisfaisantes, qui motivent les projets de réforme.

Prestations et financement

La prise en charge de la dépendance vient s'inscrire dans un contexte marqué par les sédimentations des dispositifs successifs, qui ont nui à la recherche de cohérence et d'efficacité économique. Parmi les dépenses socialisées, on compte :

— la Prestation spécifique dépendance (voir encadré), instituée à titre provisoire par la loi du 24 janvier 1997, qui est une prestation en nature d'aide sociale attribuée en établissement et à domicile, et destinée à remplacer progressivement, sous certaines conditions, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), désormais réservée aux handicapés de moins de 60 ans⁶ ;

2. La loi sur la PSD : principales dispositions et premiers bilans *

Les bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance sont des personnes âgées de plus de 60 ans résidant en France. La loi définit la dépendance comme « l'état de la personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui requiert une surveillance régulière ». Cette prestation est soumise à des conditions de degré de dépendance et de ressources. La PSD se cumule en effet avec les ressources du bénéficiaire, et le cas échéant, de son conjoint ou de son concubin, dans la limite de 6 187 F. par mois pour une personne seule ; 10 312 F. pour un couple. Le montant maximum de la PSD est de 5 726 F. Le recouvrement sur la succession du bénéficiaire de la PSD ne s'exerce que sur la partie de l'actif net successoral qui excède 300 000 F.

Une équipe médico-sociale est chargée d'apprécier, à l'aide d'un outil commun au plan national, la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologique, Groupes iso-ressources), l'état de dépendance de la personne dans son milieu ordinaire de vie, et établit un plan d'aide personnalisé, qui comprend une estimation du nombre d'heures souhaitables pour subvenir aux besoins. Sont éligibles à la dépendance les personnes relevant des groupes d'iso-ressources 1 à 3 de la grille AGGIR.

6. La création de la PSD s'est accompagnée d'un « droit d'option », qui permet aux bénéficiaires de conserver l'ACTP, auparavant versée sans condition d'âge, dans deux cas distincts : si son attribution a eu lieu avant 60 ans, et, de manière transitoire, pour les personnes ayant commencé à percevoir l'ACTP après 60 ans et avant la loi PSD.

Concrètement, le versement de la PSD est donc réservé aux personnes qui sont fortement dépendantes au plan physique (personnes grabataires ou qui nécessitent des aides importantes pour les soins corporels) et, d'autres part, à celles dont les fonctions mentales sont fortement altérées. Le plan d'aide établi par l'équipe médico-sociale est valorisé par un tarif de référence déterminé par le président du Conseil général. La PSD à domicile doit être utilisée à la rémunération, soit des salariés que le bénéficiaire emploie pour lui venir en aide, soit du service à domicile qui fait l'objet d'un agrément ou des services rendus par la personne qui accueille le bénéficiaire. Le bénéficiaire peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint ou de son concubin.

La loi confie la coordination de la prise en charge de la dépendance au département, par la passation de conventions entre les différentes institutions concernées, à titre obligatoire entre les départements et les organismes de Sécurité sociale, à titre facultatif avec les autres acteurs concernés. Le suivi de ces conventions est assuré par un Comité national de la coordination gérontologique, qui doit rendre public, avant l'examen par le Parlement du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, un bilan d'application de la loi.

La PSD en établissement est versée aux établissements d'accueil (maisons de retraite, logements-foyers ou unités de soins de longue durée dans les hôpitaux), qui doivent passer des conventions, conformes à un cahier des charges établi au niveau national, avec le président du Conseil général et l'autorité compétente pour les caisses de. Ces dispositions incluent une réforme de la tarification, qui est désormais fonction de l'état de santé des personnes âgées et non plus du statut juridique des structures, et intègre spécifiquement la composante dépendance, pour l'assurance-maladie comme pour l'aide sociale. Elle comporte ainsi trois volets : les soins, l'hébergement et la dépendance.

Fin décembre 1999, 117 000 personnes âgées bénéficiaient de la PSD. Au total, depuis la création de la PSD, plus de 270 000 dossiers ont été soumis à examen, dont près de 200 000 ont bénéficié d'une décision favorable. Un peu plus de la moitié des bénéficiaires de la PSD vit à domicile. 15 % des bénéficiaires relèvent du GIR 1 (22 % en établissement, 8 % à domicile), 47 % du GIR2 et le solde du GIR3.

Globalement, les caractéristiques de la population bénéficiaire sont stables : près de neuf sur dix ont plus de 75 ans et 58 % plus de 85 ans. Ce sont aux quatre cinquièmes des femmes. Plus de 80 % des bénéficiaires de la PSD ont des ressources inférieures aux seuils qui les autorisent à toucher le montant maximum de la prestation. Le montant moyen de la prestation pour les personnes à domicile est d'environ 3 400 F. Il varie suivant le degré de dépendance entre 4 100 F (GIR1) et 3100F (GIR3). En établissement, le montant moyen maximum, estimé à partir des barèmes et du nombre de bénéficiaires, s'établit à 1 800 F.

La PSD fait cependant l'objet de disparités importantes selon les départements. C'est le cas, en premier lieu, pour la proportion des bénéficiaires chez les plus de 75 ans : il varie de 0,8 % à 6 %, ce qui ne s'explique que partiellement par les différences de potentiel fiscal. Mais c'est aussi vrai, en deuxième lieu, selon le montant. Pour les personnes à domicile, les coûts horaires de référence fixés par les conseils généraux varient du simple au double. Ces écarts se retrouvent logiquement dans le montant des prestations moyennes : un quart des départements verse une PSD supérieure à 3 800 F, alors que dans un autre quart des départements le montant moyen est inférieur à 2 900 F. Ces disparités sont encore plus fortes en établissement, où les tarifs pratiqués varient de 1 à 4 ou 5 selon les niveaux de GIR.

* Ce bilan est établi à partir des résultats de la « remontée trimestrielle sur la PSD » mise en place par la DREES. Voir notamment Borrel, 2000.

— des prestations de la Sécurité sociale, soit les services de soins à domicile pour personnes âgées (SSAD), accordés sur prescription médicale, et les forfaits soins en établissement hébergeant les personnes dépendantes ; la majoration des pensions pour aide d'une tierce personne (non cumulable avec la PSD), que les personnes à l'âge de la retraite peuvent continuer à percevoir de la part des caisses de retraites ;

— les exonérations de cotisations patronales à 100 %⁷ dans le cas d'emplois à domicile pour les personnes âgées dépendantes ;

— l'aide sociale des conseils généraux, soit, pour l'essentiel, l'allocation compensatrice — à laquelle s'est substitué la PDS —, des prestations en services ménagers⁸, ainsi que l'aide médicale à domicile, accordée elle aussi sous conditions de ressources, et l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes accueillies en établissement ;

— l'action sociale des caisses, sous formes d'aide ménagère à domicile⁹ et de prestations de garde à domicile en cas d'absence momentanée des personnes aidantes, ainsi que d'une gamme d'autres services de proximité (téléalarme, portage de repas, foyers-restaurants) ;

— les avantages fiscaux (au titre des emplois familiaux notamment).

Au total, fin 1999, près de 220 000 personnes âgées dépendantes recevaient une aide : 117 000 au titre de la PSD et plus de 100 000 au titre de l'allocation compensatrice pour tierce personne. En outre, 600 000 personnes, résidant à leur domicile, bénéficiaient de services d'aide ménagère financés par les caisses de retraite ou les départements et 125 000 personnes hébergées en établissement percevaient l'aide sociale à l'hébergement (Borrel 2000).

Il n'existe pas de comptes régulièrement actualisés sur le financement spécifique de la dépendance. Depuis le rapport du Plan dit Schopflin, en 1992, les choses n'ont que peu progressé en ce domaine. Lebeau-pin et Nortier (1999) ont cependant chiffré l'aide directe de la collectivité pour la dépendance, en 1996, à 35 milliards, contre 25 en 1993, dont 40 % sont consacrés aux personnes âgées vivant à domicile (Lebeau-pin et Nortier, 1996). En 1993, la branche maladie supportait 53 % des dépenses ; la branche vieillesse 11 %, et les départements 35 % du total. A ces sommes, il conviendrait d'ajouter les exonérations de charges sociales (2,4 milliards en 1996) et le coût des avantages fiscaux, soit plus de 12 milliards, selon le Haut Conseil de la population et de la famille (1999).

7. La loi de financement de la pour 1999 a plafonné cette exonération à 180 fois le SMIC horaire par trimestre.

8. Accordées sous conditions de ressources aux personnes ayant besoin pour rester à domicile d'une aide matérielle et qui ne bénéficient pas de la PSD.

9. Dont le bénéfice est réservé aux personnes relevant des groupes iso-ressources 4 à 6 de la grille AGIR (voir encadré), quel que soit leur niveau de ressources et 1 à 3 si les personnes concernées disposent de revenus supérieurs au plafond retenu pour bénéficier de la PSD.

Avec ces ordres de grandeur d'une cinquantaine de milliards de francs pour les dépenses socialisées, la France se situerait, avec les autres pays de l'Europe du sud, dans le peloton de queue des pays industrialisés. Selon l'OCDE — et sous réserve des limites inhérentes à ces estimations —, la part des dépenses publiques consacrées à l'aide et aux soins dépendance pour les personnes âgées est comprise entre 0,5 et 1 % (0,5 % en France), alors que les dépenses totales s'élevaient de 1 % à près de 3 % dans les pays scandinaves (Jacobzone et coll., 1999b), mais l'aide informelle, qui représenterait l'essentiel de l'aide n'est pas prise en compte dans ces estimations de coûts : si cette aide était valorisée elle pourrait atteindre la moitié des dépenses de santé. Les coûts macroéconomiques publics de la dépendance demeurent donc « modestes » en France, car la prise en charge demeure actuellement en chantier.

Les enseignements de l'échec de la PSD

Si certains efforts significatifs ont été consentis ces dernières années dans notre pays, la prise en charge de la dépendance continue de présenter de nombreuses insuffisances, que la PSD a paradoxalement contribué à mettre en valeur : la couverture est limitée, alors même que la « population cible » est définie de manière restrictive, et la condition de ressources contestée ; il existe un défaut de coordination entre intervenants et le dispositif génère de fortes inégalités ; l'offre de prestation est mal structurée et la condition des intervenants souvent précaire. Ces trois types de critiques renvoient directement aux quatre catégories d'enjeux qui seront ultérieurement traités : ceux concernant la définition de la population dépendante, ceux qui ont trait au degré optimal d'intervention publique, aux formes de celles-ci et, enfin, à la nature des prestations à délivrer.

Un effort non négligeable a été accompli au cours des années 1980. Le nombre de personnes âgées à qui est ouvert le droit à l'aide ménagère a plus que doublé : 700 000 personnes en bénéficient désormais. De même, fin 1996, l'ensemble des structures d'hébergement collectif pour personnes âgées offraient près de 650 000 places, dont 61 % relevaient du secteur public. En dix ans, le nombre de places d'hébergement a augmenté au total de 26 % (Aliaga et Neiss, 1996). Les conséquences de ces évolutions sur l'emploi sont également loin d'être négligeables, puisque l'enquête « Services de proximité » de l'INSEE estime que l'aide professionnelle à la dépendance apportée à l'ensemble des ménages dépasse 400 millions d'heures de travail annuel. Cela correspond à 220 000 emplois équivalents temps-plein (Flipo 1996).

Pour autant, le dispositif actuel en général, la PSD en particulier, censée améliorer l'existant, ont fait l'objet de critiques fortes et nombreuses. La première vise le caractère limité et inégal de la couverture : si l'on rapporte les chiffres de bénéficiaires au nombre de personnes (lourdement) dépendantes, le taux de couverture de la population est en effet, pour l'heure, de l'ordre de 17 %, soit en retrait par rapport à l'objectif affiché par le législateur (30 %) eu égard à une délimitation de la population cible pourtant déjà restrictive (condition d'âge, seuil d'incapacité retenu notamment). Compte tenu de la genèse du projet, ce constat ne saurait surprendre. La loi votée à l'initiative des Sénateurs a eu en effet implicitement pour objectif de contenir les dépenses des départements ; un objectif atteint puisque, fin 1999, les prestations en faveur des personnes âgées dépendantes avaient diminué d'un milliard de francs en moins de deux ans du fait du passage de l'ACTP à la PSD (Champvert 2000). Ce faible taux de couverture a deux causes essentielles : d'une part, les critères d'évaluation retenus à partir de la grille AGGIR, qui conduisent à rejeter des personnes qui relèvent d'une dépendance modérée, mais néanmoins réelle (GIR 4) ; d'autre part, la mise sous condition de ressources de la prestation. Le recours sur succession continue, quant à lui, à faire l'objet de contestations — certains départements ayant même porté le plafond de 300 à 500 000 francs — alors même que, pour d'autres, il se justifie pleinement (voir plus bas).

Le dispositif actuel est au surplus très inégal, tant en matière de tarification que de qualité des prestations fournies¹⁰ : selon le département de domiciliation et la caisse de retraite d'affiliation, la PSD et les suppléments d'aides accordés par les caisses sont variables pour des personnes dans une situation de dépendance identique et disposant des mêmes ressources. De surcroît, ce dispositif est anti-redistributif par le biais des exonérations d'impôt pour les emplois à domicile.

Le succès de la couverture sociale de la dépendance tient cependant tout autant aux structures de prise en charge. Les établissements souffrent d'insuffisances spécifiques : insuffisance quantitative et qualitative, services inégalement répartis sur le territoire. Mais c'est tout autant l'insuffisante coordination des différentes structures d'offre pour les services à domicile qui est mise en avant. Si le principe d'une coordination — *via* les conventions signées entre les Conseils généraux et les organismes de Sécurité sociale, conformément à un cahier des charges établi au niveau national — entre les organismes intervenant en faveur des personnes âgées dépendantes est considéré comme une avancée (Borrel 2000), sa mise en pratique s'avère beaucoup plus problématique (Colvez 1999). Malgré certains progrès réalisés (Le Bihan et coll. 2000), les conventions ne couvrent pas tout le territoire et leur contenu est très inégal. Celles qui existent se focalisent souvent sur les

10. Voir plus haut l'encadré sur la PSD.

procédures d'instruction des demandes, sans que la conception du plan d'aide n'engage réellement une coordination de l'ensemble des interventions (sanitaires, sociales, familiales) (Villez 2000).

C'est, en troisième lieu, le caractère inefficace du dispositif et la déstabilisation de la structure d'offre, qui ont été soulignés. Ils sont liés non seulement aux effets de seuil de ressources pour bénéficier de certaines prestations, mais aussi à l'absence de neutralité selon les différentes formes d'intervenants auprès des personnes âgées. Les rapports de gré à gré, qui sollicitent des intervenants sans formation adéquate et sans exigence d'encadrement conventionnel sont en effet *de facto* favorisés pour des raisons de coûts (Cette et Théry, 1999) ; de sorte que les personnes les plus dépendantes, qui ont besoin d'un volume d'aide plus important, sont souvent aidées par les personnels les moins qualifiés et donc les moins payés. Cette absence d'encadrement, joint à la modestie des tarifs arrêtés par les départements, conduit parallèlement à la précarisation des intervenants professionnels salariés d'une association prestataire (Jourain et Martin 1999).

En un raccourci, on a pu dire encore récemment que le système français de protection sociale poursuivait les objectifs de « Beveridge » avec les méthodes des systèmes « bismarckiens ». L'état actuel de la prise en charge des personnes âgées dépendantes marque de ce point de vue une série d'infléchissements : primauté des solutions au moindre coût au détriment de la cohérence du système et glissement vers une protection sociale minimale et sous conditions de ressources, subsidiarité de l'intervention étatique par rapport à la prise en charge par la famille (Kessler 1995), et importance nouvelle de la dimension locale (Le Gal 2000).

La réforme : enjeux économiques et institutionnels

La prise en charge de la dépendance repose à nouveaux frais l'ensemble des problèmes de couverture d'un risque social, qui au surplus présente des traits spécifiques. Les questions suscitées sont donc tout aussi diverses qu'importantes. On se contentera ici de poser certaines d'entre elles au plus près des caractéristiques du risque. On commencera par les problèmes de qualification de la dépendance, que l'on retrouve logiquement en amont de tous les grands débats. Les enjeux qui lui sont liés une fois clarifiés, on s'attachera à présenter les arguments qui justifient une intervention publique à partir des déficiences des marchés assurantiels en matière de couverture du

risque. On pourra alors s'interroger sur les modalités souhaitables de cette intervention publique, avant de considérer la nature des prestations à servir et les questions ainsi soulevées.

Qui sont « les dépendants » ?

Loin que la question soit purement formelle, la définition de la dépendance est au cœur de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques publiques. L'absence de consensus sur la notion de dépendance a d'ailleurs certainement nui en France à la mise en place d'une prise en charge précoce, équitable et efficace.

Conformément à la nomenclature des « déficiences, incapacités, désavantages », construite pour l'OMS par P. Wood, le Conseil de l'Europe qualifie les personnes dépendantes comme celles qui « pour des raisons liées à la perte d'autonomie physique, psychique et intellectuelle nécessitent une aide importante afin de satisfaire des besoins spécifiques résultant de l'accomplissement des actes courants de la vie » (cité par Kessler, 1997).

La définition de la dépendance comprend ainsi non seulement un élément de causalité — la dépendance doit être due à une déficience et à un handicap — mais également un élément de finalité, recouvrant à la fois les actes sur lesquels porte le besoin d'assistance d'une tierce personne, les actes de la vie considérés comme essentiels (hygiène corporelle, nutrition, mobilité) ou ceux de la vie sociale (communication, transport, activités), et les formes que doit prendre cette assistance, enfin un élément de seuil et de durée, marqué par un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie (Kerschen 1998).

Dans la définition spécifiquement française (voir encadré plus haut) rien n'est dit sur les causes de la dépendance, à savoir la maladie ou une affection. Cela a plusieurs conséquences. La première est l'absence d'articulation claire avec la notion de handicap. Nombreux sont ceux qui, à l'image des associations rassemblées par le *Livre Blanc*, plaident pour que les personnes âgées soient à nouveau intégrées à une réflexion élargie sur le handicap et sur le droit à compensation qui l'accompagne par l'intermédiaire d'une prestation unique. En isolant le traitement social des personnes âgées handicapées, sans apporter la démonstration de la spécificité de leurs handicaps, le législateur se voit accuser d'opérer une discrimination par l'âge renforcée par la minoration du montant des allocations servies, puisque la PSD est moins avantageuse que l'Allocation aux Adultes Handicapés. La seconde conséquence est que les considérations de santé publique, qui permettraient de réfléchir à

la prévention de la dépendance et aux possibilités de réversibilité, sont *de facto* oubliées (Kessler 1998).

C'est également l'élément de finalité et la définition du seuil qui font l'objet de débats. Ceux-ci se concentrent sur la nature et l'unicité de la grille d'une part, sur l'articulation entre la grille arrêtée et les aides à accorder d'autre part. On ne présentera pas les nombreuses grilles qui ont été élaborées, puisqu'il existe des panoramas complets ailleurs (CNIS, 1997 ; Robine et coll., 1998) et que leur discussion relève principalement d'une expertise gérontologique. En revanche, il convient de s'arrêter sur l'articulation entre les critères exclusivement épidémiologiques retenus pour évaluer le degré de dépendance et l'ampleur des aides qui y sont associées. En effet, les travaux menés sur le volume et la nature des aides (formelles ou informelles) reçues par les personnes dépendantes montrent, qu'à incapacité comparable, les aides dont bénéficient — ou *a contrario* dont auraient besoin — les personnes dépendantes sont très variables et que, si elles dépendent bien d'abord du degré de dépendance, elles sont également déterminées par le type de ménage, la situation socio-économique du bénéficiaire, ses conditions de logement et d'environnement urbain, et les caractéristiques du réseau d'aidants mobilisés (lien de parenté, cohabitation, revenu des aidants) (Breuil-Génier, 1996). Il est vrai que, d'un autre côté, la prise en compte d'autres facteurs, embrassant mieux la diversité des situations, renvoie à des interrogations délicates sur ce qui relève de la responsabilité personnelle (de la personne âgée dépendante ou de ses proches) et ce qui constitue un risque à socialiser.

On retiendra de ces développements l'idée qu'il serait souhaitable, sur la base d'une définition mettant explicitement en avant les origines sanitaires et sociales du handicap, de concevoir une unique « prestation d'aide personnalisée à l'autonomie » — selon une terminologie empruntée au rapport Sueur (2000) —, accompagnée d'une ambitieuse politique de prévention. De même, le seuil ouvrant droit à la prise en charge devrait être moins restrictif, de manière notamment à ce que le droit à l'aide soit également ouvert pour les personnes qui n'assument pas seules leur transfert et qui doivent être aidées pour la toilette et l'habillement (les personnes actuellement exclues du bénéfice des prestations légales car relevant du « GIR 4 »).

Faut-il une intervention publique ? Une approche par les déficiences des marchés assurantiels

La nécessité et les limites d'une intervention publique en matière de couverture du risque dépendance peuvent être pour l'essentiel comprises à partir des arguments issus de la théorie assurantielle,

compte tenu des caractéristiques du risque. En premier lieu, le risque dépendance présente un profil temporel particulier qui contribue à en faire un risque lourd — quoique réversible dans environ 10 % des cas —, dont l'assurance doit être mise en œuvre dans une perspective de long terme, ce qui nécessite un transfert de ressources sur l'ensemble du cycle de vie. En deuxième lieu, l'appel à des services extérieurs, quelles qu'en soient les modalités exactes, est déterminé par un complexe de facteurs où l'entourage familial — ou son absence — joue un rôle clé. Dans ce contexte, quels sont les facteurs qui contribuent à ce qu'un marché assurantiel privé soit n'existe pas, soit, s'il existe, n'est pas optimal ? On peut en distinguer trois : ceux qui sont à l'origine d'une demande d'assurance trop faible, soit dans l'absolu, soit relativement à la prime minimale exigible ; ceux qui ont trait aux asymétries d'information et ceux qui relèvent de facteurs d'offre.

Comme pour d'autres risques sociaux, la sous-estimation des besoins futurs — qui conduit à considérer la couverture de la dépendance comme un bien « tutélaire » —, ou le montant de la prime exigible au regard du niveau de ressources des personnes désireuses de s'assurer, ont initialement été mis en avant pour expliquer la faiblesse de la demande (Scanlon 1992, Buchholz et Wiegard 1992). Il est vrai que la dépendance nécessite des arbitrages sur un horizon temporel étendu et que s'ajoutent au coût actuariel élevé de sa prise en charge des primes de risque et un taux de chargement conséquents ; autant d'éléments qui contribuent à faire de l'assurance dépendance un produit cher (Caussat et Génier 1996), de sorte qu'apparaissent fréquemment des situations de pauvreté relativement à la prime exigible.

Ces premières réflexions doivent être prolongées par la prise en compte de mécanismes d'aide sociale à la dépendance, dont on constate empiriquement — en Allemagne ou en France — que c'est leur réforme, qui suscite des formes d'intervention publique renouvelées ; comme ce fut le cas, à l'origine, pour d'autres assurances sociales. Pour secourir les personnes qui, victimes d'un dommage, voient leur revenu passer au-dessous d'un seuil de pauvreté défini conventionnellement, il existe en effet dans toutes les sociétés développées, des institutions d'aide sociale destinées à garantir un niveau de vie minimum. Dans ces conditions, en fonction de leur aversion pour le risque et du montant de leurs ressources, certains individus peuvent renoncer à s'assurer même si un contrat leur est offert à un prix actuariel : le système d'aide sociale leur offre en effet une couverture partielle dont le coût est nul pour eux-mêmes. Conformément à ce cadre d'analyse, un comportement de « maximisation de l'utilité espérée » les conduit à se comporter en « passager clandestin ». Il en résulte alors des externalités négatives pour tous les financeurs nets (Strassl 1988).

Dans cette perspective, il est cependant *a priori* moins immédiat de saisir pourquoi des individus maximisateurs d'utilité sur le cycle de vie,

possesseurs d'un patrimoine supérieur au minimum social et ayant de l'aversion pour le risque, et qui par ailleurs contractent presque toujours des polices d'assurance-maladie complémentaires, achètent peu ou pas d'assurance dépendance. Une première manière de le comprendre est de partir de l'utilité associée aux quantités consommées suivant l'état de santé. Si l'on fait l'hypothèse que l'état de dépendance se traduit par un « choc » sur l'utilité (espérée) retirée de la consommation — avec comme cas limite une utilité marginale nulle (Pauly 1990) — alors un individu rationnel ne contractera jamais une assurance dépendance à taux plein afin de lisser son profil de consommation sur le cycle de vie : il devient en effet dans ces conditions sous-optimal d'égaliser les quantités consommées quel que soit l'état à advenir. Il reste que, si la perte d'utilité n'est pas trop élevée, il peut demeurer avantageux de contracter une police à taux de couverture partielle (Meier 1996).

Une manière complémentaire de comprendre la faiblesse de la demande est d'introduire l'héritage ou les legs dans le cadre des interactions au sein de la famille. Ce cadre d'analyse s'inspire du « rotten kid theorem » de Becker (1974), selon lequel des parents « altruistes », qui ne peuvent imposer leur volonté à des enfants égoïstes, vont utiliser une incitation financière pour obtenir le comportement désiré. Dans le cas d'espèce, on part du principe que les parents préfèrent être pris en charge par leur enfants plutôt que par des personnes extérieures à la famille. Il s'agit alors d'analyser comment les parents peuvent manipuler la demande d'assurance et l'héritage pour obtenir de leurs enfants des aides à domicile, mais aussi d'évaluer l'impact de la couverture sur le degré de substitution entre les types d'aide. Il existe dans ce cadre d'analyse un conflit d'intérêt *a priori* : les parents souhaitent maximiser l'aide des enfants, et opter pour une couverture faible ou nulle, alors que les enfants préfèrent une aide faible, un haut degré de couverture et un héritage plus élevé que celui que leurs parents leur accordent. Dans ces conditions, contracter une assurance dépendance revient pour les parents à supprimer la contrainte incitative à laquelle leurs enfants font face. Renoncer à l'assurance dépendance permet aux parents (âgés) de concilier leurs préférences propres et le bien être futur de leurs enfants. Seule la recherche de services de qualité ou la volonté de conserver le patrimoine légué à l'épouse justifieraient une demande d'assurance non nulle (Pauly 1990). Cette approche a connu des prolongements et des variantes à l'aide de la théorie des jeux, afin d'analyser de manière plus fine et (fictivement) séquentielle les processus de décisions au sein de la famille. Les résultats obtenus sont notamment contingents aux formes de croyances prêtées aux joueurs¹¹. Du point de vue qui nous retient ici, le résultat le plus

11. Sont ainsi formalisés des équilibres à la Cournot, ou des équilibres de Stackelberg, dans lesquels les parents jouent — en général — un rôle de meneur et le joueur représentatif des enfants, doté d'une fonction de réaction, de suiveur. Voir Meier, 1996.

notable de ces travaux est de montrer que l'allocation qui en résulte est toujours sous-optimale (à niveau d'effort des enfants donné une amélioration du degré de couverture des parents serait socialement profitable).

La seconde catégorie d'arguments qui plaident en faveur de l'intervention publique relève de la prise en compte de l'asymétrie d'information entre assurés et compagnies. Les décisions d'assurance dépendent d'informations que seuls les souscripteurs ont en leur possession. Dans ce contexte, un phénomène de sélection adverse peut intervenir : ce sont surtout les hauts risques, ceux qui craignent de devoir faire face à des sinistres importants, qui vont acheter une police, qu'en l'absence d'information l'assureur ne peut tarifier qu'au coût moyen pour l'ensemble de la population exposée au risque, ce qui rend dans ces conditions les polices non rentables. Les assureurs ne disposent pas en France pour le moment des bases statistiques nécessaires pour affiner la tarification (Laversanne 1996). Même des examens médicaux, si tant est qu'ils permettent d'évaluer la probabilité de devenir dépendant, ne peuvent résoudre le problème : l'assureur ne peut en effet détecter les préférences des personnes ou de leur entourage quant à l'arbitrage entre aide informelle et aide formelle, à domicile ou en établissements, qui pourtant détermineront le montant des coûts à supporter (Scanlon 1992).

Selon un résultat classique, en présence de sélection adverse, si les compagnies d'assurance suivent une stratégie concurrentielle (à la « Nash-Cournot »), un équilibre de marché peut ne pas exister et, s'il existe, il n'est pas optimal, alors qu'une assurance publique — à taux de couverture partielle — peut, en revanche, engendrer une amélioration du bien-être pour le pool de risque. Toutefois, c'est l'importance même de la sélection adverse sur les marchés d'assurance dépendance qui a fait l'objet de contestations. Plusieurs arguments ont été mis en avant : les principaux déterminants de la dépendance, l'âge et le sexe (ou le diplôme), sont observables à faible coût ; les enquêtes empiriques ne confirment pas que les caractéristiques des assurés diffèrent de celles des non assurés (Cutler 1993) ; et, si c'était le cas, les compagnies seraient à même de mettre en œuvre diverses clauses restrictives permettant de révéler les caractéristiques des assurés. Au total, la sélection adverse ne paraît pas être plus lourde de conséquences que sur d'autres marchés d'assurance, même si elle est susceptible d'expliquer que les compagnies n'offrent que des prestations d'un montant nominal limité. Comme de manière plus générale en matière d'assurance-maladie (Newhouse 1996), le problème en matière d'assurance dépendance apparaît plutôt être celui de l'exclusion des mauvais risques, à qui peut n'être faite aucune offre, à moins que ce ne soit à un prix prohibitif.

La troisième catégorie d'arguments concerne l'offre d'assurance. Les produits dépendance posent aux assureurs un certain nombre de difficultés techniques dont les principales sont la définition de la dépendance et la tarification (coût moyen mais aussi variance) en relation avec la sélection et le mode de gestion du risque (Martin 1996). L'absence de possibilité de diversification des risques du point de vue intertemporel, constitue un obstacle supplémentaire : alors que les mécanismes assurantiels sont efficaces pour mettre en œuvre une redistribution intragénérationnelle des risques, ils achoppent dès lors que le risque agrégé est susceptible de variations qui ne peuvent être anticipées. Or les études empiriques attesteraient de cette autocorrélation des risques à travers le temps en matière de dépendance. Pour faire face à ces difficultés, les compagnies d'assurance sont incitées à ne proposer que des contrats restrictifs (indemnités forfaitaires) avec de forts taux de chargement. De ce point de vue, une assurance publique est mieux à même de couvrir le risque dépendance dans la mesure où les pouvoirs publics peuvent ajuster *ex post* le prélèvement en réponse à des chocs non anticipés (Cutler 1993).

Si différents arguments plaident ainsi en faveur d'une intervention publique substantielle sur les marchés assurantiels, l'existence de « l'aléa moral » conduit en revanche à limiter l'étendue de la couverture. Au regard des caractéristiques du risque dépendance, les comportements en termes d'aléa moral, auxquels incite l'assurance, prennent principalement la forme de l'aléa moral *ex post*, qui se traduit par un accroissement de la demande — sous l'influence des effets prix et revenus¹² —, et par la substitution d'une aide formelle à l'aide informelle apportée par l'entourage (Scanlon 1992), notamment au profit d'une prise en charge en établissement. L'existence du risque moral sous les formes mentionnées, si elle restreint la nature des contrats envisageables, n'est cependant pas, en soi, susceptible de justifier une intervention publique puisque les contraintes informationnelles portant sur l'évaluation des coûts individuels attachés à la prise en charge de la dépendance n'empêchent pas qu'un optimum de second rang puisse être atteint sur le marché (Meier 1996). Dans ces conditions, une assurance publique — qui se justifierait pour d'autres raisons — ne devrait prévoir qu'un taux de couverture partiel et différencié suivant le mode de prise en charge.

Au total, ces différentes restrictions qui pèsent sur les marchés privés, ajoutées aux incertitudes du long terme, permettent d'expliquer la faible étendue des marchés de l'assurance dépendance constatée dans la plupart des pays développés. Elles conduisent *a contrario* à plaider en faveur d'une intervention publique, à caractère partiel. Sous quelle forme ?

12. Les travaux menés aux États-Unis sur les élasticités de la demande d'assurance dépendance au prix apparaissent cependant peu concluants sur ce point. Voir Pauly, 1990.

Les formes de l'intervention publique

A ce stade, le problème est donc de déterminer la forme exacte que doit revêtir cette intervention publique. A l'échelle internationale, en Europe notamment, on retrouve logiquement trois grands types de systèmes institutionnels de prise en charge de la dépendance (Assous et Ralle 2000) : les pays de tradition bismarckienne, comme l'Allemagne ou le Japon, ont créé une nouvelle assurance sociale ; les pays de l'Europe du Nord s'inscrivant, à des degrés divers, dans une grande tradition de politique en faveur des personnes âgées ont intégré depuis longtemps l'aide aux personnes dépendantes dans les dispositifs de santé publique et les services sociaux locaux existants ; enfin, en Europe du Sud, la prise en charge de la dépendance est considérablement moins développée et relève pour l'essentiel d'une logique d'aide sociale générale, qui intervient de manière subsidiaire au regard des solidarités familiales. C'est aussi vrai aux États-Unis avec *Medicaid*.

Fondamentalement, on retrouve donc à propos du risque dépendance le débat plus général quant à la configuration souhaitable des systèmes de protection sociale ; un débat dont on peut ordonner les enjeux, tant en termes d'efficacité que d'équité, à partir de deux pôles : le modèle d'assurance du revenu salarial et le modèle de transferts sociaux par l'impôt (Lechevalier 1997) — l'une de ses déclinaisons portant sur l'introduction ou non de critères de sélectivité. C'est d'ailleurs bien en ces termes que le débat a été conduit en Allemagne, à la veille de l'introduction d'une assurance publique, à partir de la confrontation entre quatre modèles concurrents : obligation d'assurance et marché privé, amélioration du système d'aide sociale à la dépendance, prestation universelle financée par l'impôt et assurance sociale (Hauschild 1994). A défaut de pouvoir le mener dans toutes ces dimensions ici, nous retiendrons deux questions au plus près des enjeux des réformes : faut-il ou non conserver une condition de ressources quant au bénéfice des prestations (en même temps : faut-il prendre en compte le montant du patrimoine) ? Quel mode de gestion du risque dépendance ?

Condition de ressources et récupération sur succession

La question d'une condition de ressources préalable au bénéfice des prestations est au cœur des débats. Et à juste titre. Malgré les déplacements de frontières à travers l'histoire, l'un des critères qui permet de distinguer les mécanismes d'aide sociale des techniques assurantielles, est bien celui de la condition de ressource puisque, contrairement à l'assurance, l'assistance subordonne l'octroi de ses prestations à l'exercice d'un contrôle social visant à vérifier l'état de pauvreté du bénéficiaire. Avec cette question, c'est plus généralement celle du partage des conséquences financières de l'état de dépendance entre la

personne âgée, sa famille ou la société qui est posée ; une question que S. Veil, alors ministre des Affaires sociales, posait en ces termes : « Si nous estimons que la société ne devrait intervenir qu'en dernier ressort, il nous faudrait retenir un mécanisme du type de celui de l'aide sociale. [...] Tel n'est pas mon choix »¹³.

Au-delà de l'histoire institutionnelle de la couverture du risque dépendance en France et des considérations strictement financières, quels sont les arguments qui plaident en faveur d'une condition de ressources ? Pauly (1996) énonce que ce qui spécifie l'assurance dépendance, c'est la nature du risque couvert, au sens suivant : l'immense majorité des dépenses consacrées à la dépendance va à des personnes qui ne recouvreront jamais leur intégrité physique. En d'autres termes, l'assurance dépendance en protégeant le patrimoine du futur défunt protège en réalité l'héritage. Il semblerait en tous cas que la protection des proches des conséquences financières de la dépendance soit une motivation majeure à l'achat d'une police (Meier 1996, p. 22). En ce sens, le rôle de l'assurance dépendance devrait être de garantir aux plus nécessiteux un accès approprié à des aides, mais non d'utiliser des fonds publics afin de protéger le patrimoine des « héritiers » adultes. Dans cette perspective, Pauly soutient que, à l'image de *Medicaid* aux États-Unis, l'aide publique doit intervenir uniquement à partir du moment où le patrimoine des personnes dépendantes passe sous un seuil minimum — compte tenu d'un possible aménagement des règles pour ceux dont l'incapacité serait réversible. Des considérations en termes d'efficacité de l'allocation des ressources conduisent de même dans cette optique à souligner les avantages du recours sur succession : si, comme on l'a vu plus haut, l'existence de l'aide sociale incite les bas revenus à renoncer à l'assurance privée, le recours sur succession peut conduire des parents suffisamment altruistes à contracter une police — à taux de couverture toutefois toujours partiel en raison de la perte d'utilité liée à l'état de dépendance (Meier 1996, chap. 4) — afin de protéger l'héritage.

Cette approche du risque dépendance a le mérite de bien mettre en lumière la question de la nature de la compensation et donc celle de la définition du risque. Une intervention publique en faveur de la dépendance peut en effet se voir assigner deux objectifs (Breuil-Génier 1997) : si on considère que c'est le fait de ne pas disposer de ressources suffisantes qui constitue le risque, alors une prestation différentielle, définie à partir d'un seuil de ressources, devrait être retenue. Si, à l'inverse, on pense que c'est la compensation des dépenses liées à la dépendance qui doit être privilégiée, alors il est logique d'opter pour des prestations indépendantes du niveau de ressources, et variables suivant les besoins (et d'abord le degré de dépendance). Si le choix est arrêté en faveur de cette deuxième option, le problème de la prise en compte du patrimoine et du recours sur succession est une question

13. Cité par P. Champvert, 2000, p. 1319.

d'opportunité liée à des considérations d'équité. En revanche, dans le premier cas, puisqu'il s'agit pour la collectivité de garantir, de manière subsidiaire, à chacun, un certain niveau de ressources, il apparaît cohérent de prendre en compte, au moins *a posteriori*, le patrimoine dans le calcul de celles-ci, que ce patrimoine résulte de l'épargne accumulée, de l'assurance ou de l'héritage perçu antérieurement.

Sortir la dépendance d'une problématique en termes d'aide sociale, pour l'inscrire pleinement dans une logique d'assurance sociale des conséquences de la maladie ou de l'affection, ne conduirait pas pour autant à ignorer les problèmes qui ont justifié la mise en place d'une condition de ressources ou d'un recours sur succession. Pour tenir compte du « choc » sur l'utilité associée à la dépendance (dont l'ampleur varie en fonction du niveau de revenu), afin de limiter l'incitation à « l'aléa moral » et pour éviter qu'un tel dispositif n'ait pour effet de protéger l'héritage des couches les moins défavorisées de la population, l'introduction d'un ticket modérateur en fonction du niveau de ressources — dans l'esprit des propositions émises par le rapport Sueur (2000) — apparaît indispensable. Cela conduirait l'assurance privée à jouer un rôle complémentaire sur un marché réglementé pour les ménages les plus favorisés, dans un cadre général de prise en charge défini par l'assurance obligatoire (à l'image de ce qui se passe en Allemagne).

Du point de vue de l'équité comme de l'efficacité, le principe d'un droit à prestation pour tous accompagné d'un ticket modérateur élevé au-delà d'un certain seuil de ressources est, à maints égards, préférable à n'importe quelle condition de ressources. Si l'appréciation des ressources pour le calcul du ticket modérateur intégrait une évaluation du patrimoine, le recours sur succession deviendrait inutile. Quant au recours sur donation, pour éviter les distorsions dans les modes de transmission du patrimoine, les propositions du rapport Sueur apparaissent intéressantes : introduire un seuil de récupération en deçà duquel le donataire ne sera pas sollicité, alors que, au-delà, les revenus du donateur pris en compte pour le calcul du ticket modérateur seraient majorés forfaitairement d'un certain pourcentage de la valeur de la donation excédant ce seuil. On prendra cependant garde à ne pas oublier que la réflexion sur la prise en charge de la dépendance doit être menée en lien avec les objectifs assignés aux régimes publics de retraites à long terme.

Quel mode de gestion ?

Dans le prolongement de ce débat se pose la question du mode de gestion du dispositif institutionnel et notamment du degré de décentralisation. On a vu plus haut, qu'à l'image de l'assistance médicale gratuite, la PSD, gérée par les départements, a conduit à des situations d'inégalités fortes, explicables par la faiblesse de la couverture de base

et par la disparité des ressources et des politiques locales. Quel que soit le dispositif retenu, l'enjeu est de concilier des normes édictées au niveau national et garantes d'un droit formel à l'égalité, et une gestion au plus près du terrain, adaptée à la diversité des besoins. On retrouve ici très précisément la tension entre le « général » et le « particulier » à partir de laquelle Aristote distinguait la justice de l'équité. Si être juste, c'est traiter de façon égale au regard de la loi commune, « la nature propre de l'équité consiste à corriger la loi, dans la mesure où celle-ci se montre insuffisante en raison de son caractère général » (Aristote 1965, p. 147). C'est par la prise en compte, dans la pratique, des « circonstances particulières » de la justice, que l'on peut obtenir « une amélioration de ce qui est juste selon la loi »¹⁴. Comment concilier l'affirmation d'un droit égal pour chacun, et la prise en compte équitable des circonstances de son application ?

En réalité, compte tenu du présent contexte, deux solutions institutionnelles crédibles sont actuellement en concurrence (Sueur 2000) :

— la première consisterait à aménager l'existant. Il s'agirait de continuer à confier la gestion de la prestation aux départements pour les personnes les plus dépendantes (celles relevant des GIR 1 à 3), mais à partir d'un barème national, et d'y ajouter une nouvelle prestation *égale*, versée par les régimes d'assurance vieillesse, pour les personnes les moins dépendantes (GIR 4). Un système de conventions obligatoires, au niveau départemental, entre les Conseils généraux et les régimes de retraite, devrait assurer la cohérence globale du dispositif et prévoir les diverses modalités du partenariat ;

— l'option concurrente, mise notamment en avant par le *Livre Blanc* consiste en la prise en charge de l'ensemble du dispositif par la Sécurité sociale, en privilégiant, de notre point de vue, l'émergence d'une nouvelle branche chargée de gérer le risque « handicap-dépendance ».

Ces enjeux ne sont pas indépendants des choix arrêtés quant à la définition du risque, en matière de droit aux prestations ou encore au financement. Plusieurs arguments plaident pour retenir une gestion départementale du dispositif comme c'est le cas actuellement : l'aide sociale a le fort avantage d'être près du terrain, et donc, en principe plus adaptée à la diversité des besoins. Il suffirait dans ces conditions de l'encadrer par une série de dispositifs garantissant la solidarité nationale et approfondissant la coordination entre les intervenants pour pallier les actuelles carences. Dans cette optique, le rapport Sueur propose que la « nécessaire solidarité nationale » s'exprime « par une contribution de l'État, par une implication plus forte des autres financeurs et par des dispositifs de péréquation » entre départements. Il met également en avant l'avantage d'un dispositif qui, « partant de

14. Cette conceptualisation de l'équité est donc loin de la lecture, dérivée des scolastiques, qui a pu être faite récemment des catégories aristotéliennes, au terme de laquelle l'équité se trouve confusément assimilée à la justice distributive.

l'existant », permettrait, grâce à une revalorisation substantielle des prestations, de faire converger l'ensemble vers le haut.

Cette première option cherche à répondre aux critiques adressées au dispositif institutionnel actuel : « Il y a quelque paradoxe dans un état de fait où la solidarité locale, avec les limites qui tiennent à l'inégalité des ressources et du potentiel fiscal entre les départements supporte la grande dépendance et donne lieu à l'aide la moins encadrée et professionnalisée, et où la solidarité nationale, assurée par les caisses, prend en charge les dépendances les plus légères, en ouvrant à une prestation plus qualifiée »¹⁵. Il n'est pas sûr qu'elle y parvienne pleinement, autrement qu'au prix de mécanismes de compensation complexes¹⁶, qui ne mettront pas un terme à la dualité institutionnelle en termes de service des prestations. Demeurerait en tout état de cause la question du processus de conventionnement entre les caisses et les départements, dont le caractère obligatoire ne serait pas *ipso facto* le garant d'une plus grande réussite, notamment du point de vue des procédures d'évaluation des besoins et d'articulation entre les divers intervenants.

Cette première solution a pour principale caractéristique de ne pas entraîner la remise en cause des réseaux actuellement existants dans les départements. Elle ne résout par pour autant la question des « opérateurs légitimes ». De ce point de vue, le scénario de l'émergence non seulement d'un cinquième risque mais d'une cinquième branche de la Sécurité sociale, s'il risquerait de susciter des « réflexes de souveraineté », apparaît à maints égards plus cohérent, quoique plus ambitieux.

Il le serait d'autant plus qu'émergerait au sein des caisses d'assurance-maladie ou, après redéfinition de leur mission, en étroite collaboration avec elle, des caisses d'assurance « handicap-dépendance », dont le caractère hybride, aurait justement vocation à mettre un terme à l'actuelle tripartition entre le sanitaire, le médico-social et le social, et à permettre une mutualisation des compétences des professionnels et des financements. Ces caisses seraient chargées de la prévention et du service des prestations (invalidité, tierce-personne, Allocation Adulte Handicapé *versus* nouvelle prestation dépendance) quel que soit l'âge de survenance du handicap, ainsi que d'une action sociale — à distinguer de l'aide sociale réglementaire — différenciée selon les situations individuelles. Le problème de l'unicité du barème serait du même coup

15. Rapport Hespel-Thierry IGF-IGAS cité CGP, 2000, p.193.

16. Ainsi, le rapport Sueur envisage un mécanisme de compensation financière entre départements prenant en compte trois paramètres : le nombre de personnes âgées de GIR 1, 2 et 3, calculé d'après la prévalence de la dépendance par tranche d'âge et de la structure par âge des départements ; le potentiel fiscal par habitant ; le taux de bénéficiaires de RMI par rapport à la population totale. « Afin de s'affranchir de l'influence des cas extrêmes, ces deux paramètres ont été limités vers le haut et vers le bas au niveau du 5ème département par ordre respectivement décroissant et croissant » (p. 57).

résolu, celui des conventions entre les caisses et les départements n'aurait plus lieu d'être, et la coordination des intervenants en serait grandement facilitée.

Les problèmes d'équité précédemment mentionnés pourraient peut-être trouver un début de solution en matière de dépendance avec la mise en œuvre de l'idée de « droits interprétables », formulée par J. M. Belorgey, et dont le succès nous paraît mieux garanti dans le cadre, rénové, d'une assurance sociale dépendance, qu'en l'inclinant vers l'aide sociale. Par « droits interprétables », il faut entendre « la reconnaissance par la loi d'un droit à prestation de montant non prédéterminé, sinon éventuellement dans une fourchette », « le renvoi pour fixer le montant de la prestation à une analyse individuelle de la situation », la mise en place d'une procédure d'appel « des décisions de l'espèce », « l'existence d'enveloppes évaluatives et non limitatives, éventuellement assorties d'objectifs de dépenses » (Belorgey 2000, p. 684).

La mise en œuvre institutionnelle d'un nouveau risque pris en charge par la Sécurité sociale n'irait donc pas sans un réaménagement des logiques institutionnelles, et sans un redécoupage profond des frontières entre les risques maladie, vieillesse et handicap. Elle devrait également être accompagnée d'une réforme financière, qui conduirait les départements à rétrocéder un montant équivalent à leurs actuelles dépenses pour la dépendance.

Quelles prestations ?

Pour des raisons de coût — qui demanderaient au demeurant à être mieux explorées relativement au degré de dépendance des personnes — mais surtout de préférences et de bien-être¹⁷, la priorité de la politique en ce domaine est celle de l'aide à domicile sur l'hébergement en institution. Cette priorité ne fait guère l'objet de débat au regard des préférences des personnes dépendantes elles-mêmes. La question de fond est donc celle des voies et moyens permettant de délivrer de manière optimale des prestations de qualité à domicile. Dans ce cadre, du point de vue de la protection sociale, l'un des enjeux récurrents est de savoir s'il vaut mieux privilégier des prestations en nature ou des prestations en espèces. Comme on va le voir, cette question amène en réalité à en poser une autre : celle du statut de l'aidant, dont est dérivée celle du caractère souhaitable ou non de la rémunération des actions de soutien jusque là menées bénévolement par les aidants familiaux.

17. Les études économétriques tendent à montrer que l'entrée en établissement est corrélée de manière négative avec le revenu ou le patrimoine, de sorte que l'hébergement en institution est à considérer comme un bien inférieur (Headen, 1993).

Prestation en nature ou prestation en espèces ?

Les prestations en nature ont comme finalité que les ressources supplémentaires sont exclusivement affectées, et dans les conditions qu'aura décidé le financeur, à la consommation des biens et services. À l'inverse, les prestations en espèces réintroduisent la décision souveraine du consommateur compte tenu de ses préférences et des prix relatifs.

Les principales justifications du versement des prestations en nature relèvent donc soit de motifs tutélaires (vis-à-vis de la personne ou de son entourage), soit de considérations en termes d'aléa moral, dans la mesure où des prestations affectées sont les garantes d'une allocation efficace des ressources, et qu'à tout le moins elles permettent de prévenir les éventuels effets d'aubaine ; soit, enfin, de considération en termes d'efficacité productive, les pouvoirs publics voyant dans les prestations en nature la possibilité de développer un marché des prestataires de qualité, comme l'illustrent les cas européens et japonais (Assous et Ralle, 2000).

Toutefois lorsque la réponse optimale aux besoins n'est pas connue d'avance, des prestations en nature, en supprimant l'arbitrage entre les différents services, induisent une perte d'utilité pour le consommateur qui ne peut satisfaire ses préférences propres (Breuil-Génier 1996). À l'inverse, la libre affectation autorisée par les prestations en espèces paraît, dans certains cas, la condition d'une réponse efficace d'un point de vue collectif aux besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants profanes, parce qu'elle incite à la rétrocession aux aidants d'une part des économies induites par leurs comportements. Elle a parallèlement pour avantage d'augmenter le choix des consommateurs en ce qui concerne l'achat des services. Or l'enjeu peut être d'importance.

Florent et coll. (1998) s'appuient sur une enquête de suivi réalisée entre 1993 et 1996 auprès d'un échantillon de personnes âgées dépendantes pour modéliser les comportements de recours aux aides professionnelles au moyen d'un modèle micro-économique de choix discret centré sur un aidant profane altruiste. Ils montrent sur cette base que les contraintes qui pèsent sur le choix de la prise en charge sont très différentes selon les besoins de la personne nécessiteuse. Si les prestations en nature permettent de réduire sensiblement la contrainte budgétaire pour les personnes présentant des besoins d'aide pour les soins du corps ou pour le ménage, le problème d'accessibilité financière des prises en charge professionnelles se pose en France dans le cas des personnes nécessitant une surveillance quasi constante, comme les déments valides. Seule une prestation en espèces présente la souplesse et l'adaptabilité nécessaires pour soulager efficacement les aidants profanes dans leur rôle de surveillance.

L'inconvénient lié à la libre affectation des ressources est cependant qu'elle peut donner lieu, pour des raisons tant affectives que financières, à une prise en charge par la famille peu adéquate. L'immense majorité des aidants appartiennent en effet à l'entourage familial, qui ne dispose pas toujours des compétences nécessaires. De ce point de vue, il y aurait un réel motif à privilégier les prestations en nature, qui peuvent être plus aisément soumises à des normes de qualité. Il existe toutefois des procédures permettant de contrôler l'usage des prestations en espèces et la qualité des aides apportées. Ainsi, en Allemagne, les bénéficiaires des prestations en espèces sont tenus de faire appel à une équipe déléguée par les caisses d'assurance dépendance, chargée de contrôler l'adéquation des aides délivrées, et d'autant plus fréquemment dans l'année que le degré de dépendance est élevé.

3. Pourquoi les assurés sociaux préfèrent-ils les prestations en espèces ?

Cette question peut être illustrée à partir du cas allemand où prévaut le choix entre les deux types de prestations. En Allemagne, des prestations en nature sont accordées, dont le montant varie selon le degré de dépendance (entre 750 et 2 800 DM, ou plus dans les cas de dépendance très lourde). Mais les assurés sociaux ont également la possibilité de leur préférer des prestations en espèces, elles aussi variables selon le degré de dépendance, mais d'un montant inférieur dans chaque cas d'environ 50 % (BMA 1998). Il existe également une clause dite de « prestations combinées » : si les prestations en nature ne sont pas toutes consommées les assurés ont droit à la différence sous forme de prestation en espèces. Malgré la différence de montant très sensible, près de 80 % des assurés concernés par l'aide à domicile optent pour des prestations en espèces !

La principale explication apportée est que les personnes concernées peuvent juger la perte d'utilité imputable à la préaffectation des ressources plus importante que le manque à gagner en prestations perçues. La liberté de rémunérer l'entourage ou de sélectionner soi-même les services, et le souhait d'éviter l'immixtion de personnes n'appartenant pas à l'entourage familial, s'achètent. On constate de même sur le terrain, en France, que certaines personnes semblent s'exclure du bénéfice de la PSD par le refus du principe de l'aide en nature, et des justificatifs qu'elle impose (Le Bihan et coll., 2000).

Le choix entre les diverses formes de prestations peut être compris de manière complémentaire à partir d'une analyse microéconomique des décisions familiales. Le choix en faveur d'une forme ou d'une autre de prestations dépend des préférences de l'entourage et des arbitrages relatifs à l'aide apportée, au statut des aidants (soignant ou non, actif ou non), du niveau de revenu et du montant respectif des prestations en nature et en espèces (Busch 1997). Si l'on introduit l'héritage et les intérêts divergents des personnes dépendantes et de leurs enfants, on retrouve alors le cadre d'analyse d'un jeu non coopératif (cf. *supra*). En présence d'une couverture publique, les parents ne peuvent plus faire jouer l'héritage comme mécanisme incitatif ou comme menace auprès de leurs enfants qu'au-delà du niveau de prestations légales. Mais l'existence d'une prise en charge publique peut, dans ce contexte, avoir des conséquences directes sur le type de prestations privilégiées : si les parents préfèrent en toutes circonstances être aidés par leurs descendants, le choix se portera sur les prestations en espèces.

Il existe donc *a priori* un conflit entre, d'une part, les impératifs de développement d'un ensemble de prestations efficaces, de haute qualité, et d'emplois, qui conduit à privilégier les prestations en nature, et, d'autre part, les préférences des personnes dépendantes et de leur entourage, qui, lorsqu'elles en ont la possibilité, privilégient massivement les prestations en espèces. Mais, au fond, au-delà de la question de la préaffectation des prestations, à laquelle il peut toujours être répondu par une prestation combinée, on est donc en réalité renvoyé aux enjeux de l'émergence d'un véritable statut de l'aidant.

Les enjeux économiques et sociaux du statut de l'aidant

Pour mettre en perspective les enjeux de l'élaboration d'un véritable statut de l'aidant, il est indispensable, dans un premier temps, de dresser un bref panorama des variables qui influencent le choix entre les diverses formes de prise en charge. On dispose déjà de données concernant les déterminants des choix de prise en charge entre les institutions et les aides à domicile, et entre l'aide profane (« informelle ») et l'aide professionnelle (« formelle »). Mais la hiérarchie de ces différents facteurs et les processus dynamiques dans lesquels ils viennent s'inscrire demeurent en cours d'exploration, notamment dans le cas français.

Des travaux d'origine américaine¹⁸ ont mis en évidence qu'au-delà du niveau d'incapacité physique ou de l'âge d'autres caractéristiques non médicales, au premier rang desquelles se situent les caractéristiques familiales et le comportement des aidants non professionnels, sont déterminantes pour expliquer le recours à l'hébergement collectif, aux services sociaux ou sanitaires à domicile. Le choix entre les soins à domicile ou en établissement serait ainsi principalement déterminé par les coûts d'opportunité de l'aide à domicile pour l'entourage familial, ce qui expliquerait que la probabilité d'institutionnalisation diminue avec la taille de la famille (Headen 1993) ou les taux d'activité des femmes mariées. Les approches micro-économiques, qui mobilisent des modèles de production domestique, mettent plus spécifiquement en évidence les arbitrages auxquels procéderaient les femmes en fonction de leur niveau de productivité dans la production des soins et de leur salaire de réservation (Nocera et Zweifel 1996). Dans le cas français, Florent et coll. (1998) ont mis en valeur la dichotomie entre prestations sanitaires, soit les soins du corps financés par l'assurance-maladie, et les aides aux activités domestiques, qui seules donnent lieu à un arbitrage budgétaire

18. Il existe toute une gamme de modèles qui explorent les déterminants du choix entre la prise en charge en établissement ou à domicile. Ces modélisations théoriques se différencient en fonction du nombre de participants au processus de décision, du type d'arrangements en matière d'aides, et, surtout, de la nature des préférences — communes ou individuelles — et donc de l'unicité ou de la pluralité des fonctions d'utilité au sein de la communauté familiale (Hiedemann et Stern, 1999, pour un panorama).

et font l'objet d'un certain degré de substituabilité entre aides professionnelles et aides profanes. L'un des principaux apports de ce travail est de modéliser la dynamique des trajectoires individuelles et les effets de la prise en charge initiale. Il en ressort principalement que la probabilité d'entrer en institution ne dépend pas seulement du type d'aide professionnelle et du niveau d'incapacité du bénéficiaire, mais aussi de la situation socio-économique du bénéficiaire et surtout des caractéristiques du réseau d'aidants mobilisés (lien de parenté, cohabitation, revenu des aidants).

Un travail complémentaire, mené à partir du volet « services de proximité » de l'enquête sur les « conditions de vie », s'est attaché à comprendre les déterminants des arbitrages entre aide bénévole et aide formelle (aide-ménagère, infirmière, etc.) et de leur volumes respectifs (Breuil-Génier 1998). Il fait apparaître que 80 % des personnes âgées lourdement dépendantes recevaient de l'aide de la part de leurs proches, dont 50 % de manière exclusive, mais montre aussi la très grande diversité des situations. Aucune corrélation n'apparaît entre les volumes d'aides formelles et informelles. La probabilité de recevoir de l'aide formelle est, en premier lieu, liée à l'isolement ; elle augmente avec le niveau de dépendance et le diplôme, semble assez sensible au contexte géographique régional. L'impact sur le recours à l'aide formelle du revenu, celui de la structure d'offre et des prix des services, ainsi que les effets de substitution entre les différents types d'aide, semblent moins nets. Les arbitrages entre aides formelles et aides informelles ne feraient pas apparaître, à incapacité donnée, le revenu mais le niveau de diplôme parmi les variables explicatives du recours à l'aide professionnalisée. Il semblerait que les considérations économiques influenceraient plutôt le prix moyen de l'heure ou la dépense totale que le volume d'aide (Breuil-Génier, 1998), mais cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en France les plus aisés n'ont pas accès à des aides professionnelles subventionnées. Une revue des travaux menée sur ce point aux États-Unis et en France incite au demeurant à penser que « la présence d'aide informelle résulterait probablement au moins autant de la disponibilité des proches ou d'éléments extra-économiques, que d'arbitrages financiers de leur part » (Breuil-Génier, 1999, p. 395). C'est également sur des conclusions similaires que débouchent les recherches sociologiques qui s'attachent à repérer des types de « configurations d'aide » : « La place des déterminants économique est évidemment tout à fait différente selon la configuration étudiée, même si, dans tous les cas, il existe une contrainte de rareté » (Joël et Martin, 1997).

Dans tous les cas, on constate l'importance des caractéristiques et des ressources dont dispose le réseau d'aidants profanes quant au mode de prise en charge en général, quant au recours aux aides profanes ou professionnelles à domicile en particulier. De ce point de vue, il est nécessaire de rappeler trois données de base (Martin 2000). En premier

lieu, si la famille continue à constituer la première « communauté de risque », il faut également prendre la mesure « des inégalités considérables que dissimulent et renforcent ces solidarités de parenté ». En deuxième lieu, la question des aidants est en réalité celle des aidantes : le principal type d'aidant mobilisé par la prise en charge d'une personne âgée dépendante appartient au réseau familial féminin : épouse, fille, ou belle-fille, de sorte que 99 % des emplois dit familiaux sont occupés par des femmes. En troisième lieu, ces emplois sont peu qualifiés, peu valorisés et mal rémunérés.

Dans ce contexte, autoriser les aidantes appartenant à la proche parenté à devenir salariées de la personne âgée dépendante — une réalité qui concernerait selon l'UNIOPSS un tiers des situations (Sueur 2000, p. 17) — présente des avantages incontestables tant en termes de coût social que de réponse aux besoins et aux préférences des personnes âgées. Mais un tel choix risque d'entériner les inégalités tant du point de vue des personnes dépendantes, dans l'accès à l'aide fournie par les professionnelles et au regard de la qualité des aides délivrées, que du point de vue des personnes aidantes. « Vouloir compter sur l'appui des solidarités familiales comme alternative aux limites rencontrées par les systèmes de protection collective [...] est une impasse qui ferait de ce thème des solidarités familiales essentiellement une opération de délestage de la protection sociale vers la protection rapprochée » (Martin 2000, p. 1353). Si ce risque doit être considéré à la lumière des arbitrages économiques auxquels peut donner lieu le choix entre aide formelle et aide informelle, la réponse à ce problème — et les résultats des arbitrages eux-mêmes — dépend en premier lieu de la configuration du dispositif de prise en charge plus généralement retenu. Ainsi l'importance de l'aide non professionnelle dans le présent contexte s'explique notamment par le caractère restrictif de la couverture qui prévaut aujourd'hui. En ce sens, la meilleure réponse à apporter demeure l'extension de la couverture et l'amélioration du niveau des prestations, et ceci d'autant que divers travaux sociologiques tendent à montrer qu'il n'y a substitution entre aides formelle et informelle qu'à la marge.

Une amélioration de la prise en charge n'éliminera pas pour autant les enjeux d'un véritable statut de l'aidant à l'avenir. La progression continue des taux d'activité féminins — même si les aidants deviendront également plus souvent retraité(e)s — l'isolement résidentiel et l'éloignement géographique vont majorer le coût d'opportunité de l'aide pour les femmes et l'importance des inégalités face aux ressources familiales ne faiblira pas avec le dépérissement de l'obligation alimentaire. C'est pourquoi de nombreux pays ont mis en place une gamme de prestations destinées aux personnes de l'entourage familial ayant à s'occuper de parents âgés (Assous et Ralle 2000, BMA 1998). Il en ressort principalement l'importance d'une contractualisation explicite

de la relation aidé-aidant, et le fait que les prestations ne doivent pas être limitées à une rémunération immédiate mais s'étendre à toute une gamme d'infrastructures, de services et de droits, dont les plus importants concernent les droits pour les aidants à la protection sociale et à la retraite, le droit au « répit » temporaire grâce à la mise en place de structures d'accueil temporaire adaptées, le droit aux congés annuels et à la formation conformément à une charte de la qualité des aides. S'agissant enfin des prestations en espèces, il est souhaitable que les tarifs arrêtés en matière de rémunération ne comportent pas, par rapport au recours à des prestataires professionnels, de biais faisant de l'emploi d'une personne de l'entourage une solution « au rabais ».

Le projet de loi portant création d'une allocation personnalisée à l'autonomie

Les enjeux économiques et sociaux de la réforme de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées sont maintenant clarifiés et le « cahier des charges » de la réforme précisé : c'est de cette réforme, tout autant que de facteurs démographiques, que dépendra pour une large part le montant des dépenses à long terme ; elle aura à remédier à l'ensemble des problèmes mis en évidence à l'occasion de la Prestation spécifique dépendance ; elle devrait être l'occasion de trancher sur le degré d'intervention publique souhaitable, sur les formes de cette intervention — tant en ce qui concerne les critères d'éligibilité aux prestations que le mode de gestion institutionnel — et sur la nature des prestations à verser.

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a présenté le 13 février 2001 un projet d'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), destinée à se substituer à la prestation spécifique dépendante (PSD). Largement inspiré par le rapport Sueur (2000), ce projet (voir encadré), prévu pour entrer en application le 1^{er} janvier 2002, affiche trois objectifs :

- accroître le nombre de bénéficiaires par une suppression de la condition de ressources accompagnée cependant d'une modulation du montant de la prestation en fonction du niveau de revenu (ticket modérateur) ;

- l'accroître également en prenant en charge les personnes moyennement dépendantes, exclues jusqu'à présent ;

- réévaluer le montant de la prestation et mettre fin aux variations importantes, résultant de sa gestion par les départements, grâce à un barème uniforme sur l'ensemble du territoire national ¹⁹.

19. Modulé selon que la personne âgée reste à domicile ou est accueillie en établissement.

S'il demeure pour l'heure un certain nombre d'inconnues sur le contenu final et détaillé de la réforme, ne serait-ce que parce le projet de loi doit être soumis au Parlement dans les mois à venir, il est néanmoins possible d'avancer, en l'état actuel des choses, de premiers éléments d'évaluation portant sur la définition même de la dépendance retenue, sur les modalités de la prise en charge collective (conditions de ressources et récupération sur successions), sur le mode de gestion et la nature des prestations prises en charge, sur le statut de l'aidant, et enfin sur le financement.

4. Le projet de loi créant une allocation personnalisée à l'autonomie (APA) : principales dispositions

Les grandes lignes du projet de loi annoncé sont les suivantes :

- l'allocation sera réévaluée, et le barème ne connaîtra plus de variations selon les départements ;
- elle sera variable selon le degré de dépendance, et intégrera dorénavant le groupe 4 de la grille AGGIR, qui était exclu de la PSD ;
- elle sera modulée selon le revenu, lui-même calculé sur la même base que le RMI et la CMU ;
- elle sera perçue en fonction des dépenses effectives justifiées, avec un dispositif spécifique pour les personnes dépendantes placées en établissement. Dans ce dernier cas, le montant de l'allocation correspondra au tarif afférent à la dépendance applicable dans l'établissement, diminué, le cas échéant, d'une participation du bénéficiaire en fonction de ses ressources. Une partie de ses ressources pourra ne pas être prise en compte afin de préserver les moyens d'existence du conjoint resté à domicile.

La mise en œuvre impliquera, comme la PSD, l'ensemble des services publics concernés, sous la responsabilité du président du Conseil général, qui décide de l'attribution de l'allocation et de son montant. Des conventions de gestion seront conclues entre les départements et les organismes de Sécurité sociale, et d'autres pourront l'être avec les organismes publics sociaux et médico-sociaux pour assurer la meilleure gestion de la procédure.

Au total près de 800 000 personnes âgées dépendantes devraient bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie, dont le coût pourrait atteindre, les premières années, environ 17 milliards de francs par an.

Le financement de l'allocation sera assuré par les départements (fonds dépensés pour la PSD au titre de l'action sociale et complément qui leur sera demandé), et complété par un établissement public national de financement de l'APA, qui bénéficiera de l'affectation de 0,1 point de CSG en provenance du Fonds de Solidarité Vieillesse, et d'une contribution des caisses de Sécurité sociale vieillesse. La récupération sur les successions demeure mais son seuil de déclenchement serait porté de 300 000 francs à un million de francs.

S'agissant en premier lieu de la définition de la dépendance : l'élargissement du cercle des bénéficiaires au GIR 4 constitue un progrès sensible et attendu du point de vue de la couverture du risque. Il faut toutefois noter que, pour éviter un réexamen de l'articulation de l'ensemble des prestations consacrées au handicap, le projet de loi demeure dans une logique de condition d'âge que peu de choses justifie. Se trouvent alors posés des problèmes de frontières avec les prestations d'invalidité, alors qu'une fusion des deux dispositifs auraient pu être envisagée comme c'est le cas dans divers pays étrangers. De même, malgré son inévitable imprécision, le partage entre sanitaire (remboursé par la branche maladie de la Sécurité sociale) et social reste inchangé²⁰. Il reste à souhaiter qu'une analyse plus approfondie de la dépendance et de ses causes permette de mettre en œuvre en la matière une véritable politique de santé publique et de prévention. Il serait également souhaitable que les marges de manœuvre laissées aux équipes chargées d'évaluer sur le terrain les besoins et d'établir un « plan d'aide » soient suffisamment larges pour tenir compte de la variabilité des situations (caractéristiques du réseau d'aidants mobilisables notamment) compte tenu des critères à nouveau exclusivement épidémiologiques retenus quant à l'ouverture et au montant des droits.

3. Nombre de personnes potentiellement concernées par l'APA et montant des aides

Équivalent -GIR	À domicile	En établissement	Total	Montant de l'aide
GIR 1	22 000	47 000	69 000	De 7 000 F/mois max. (revenu < 6 000 F) à 1400 F (revenu > 20 000 F)
GIR 2	133 000	129 000	262 000	6 000 F/mois max.
GIR 3	137 000	64 000	201 000	4 500 F/mois max.
GIR 4	232 000	32 000	264 000	3 000 F/mois max. à 600 F (revenu > 20 000 F)
Total	524 000	272 000	796 000	

Sources : INSEE (Enquête HID), ministère des Affaires sociales.

L'APA se présente sous forme d'un « droit de tirage » à prestations en nature dont le montant, substantiellement revalorisé par rapport à la PSD, dépend de deux variables : le degré de dépendance et les besoins associés, d'une part, et le niveau de ressources de la personne, d'autre part. Conformément aux propositions mises en avant par le rapport Sueur et en écho aux arguments en termes d'efficacité et d'équité exposés plus haut, le choix a en effet été fait d'universaliser le droit à prestation en supprimant la condition de ressources mais de prendre en compte le niveau de revenu des bénéficiaires par l'intermédiaire d'un

20. Une question dont le récent mouvement des infirmières libérales souligne pourtant l'acuité.

ticket modérateur. Ainsi une personne relevant du GIR 1, dont le revenu est inférieur à 6 000 F par mois, bénéficiera de l'intégralité de la prestation alors que si son revenu fiscal dépasse 20 000 F, elle devra prendre en charge 80 % des dépenses et verra son allocation réduite à 1 400 F (600 F pour une personne relevant du GIR 4).

Ce ticket modérateur est donc fonction du revenu ; il s'applique au plan d'aide pris en charge ; il n'est pas dégressif en fonction du volume d'heures octroyées (à la différence de l'actuel barème de la CNAVTS) et il est acquitté sur la part du plan d'aide consommé ; chaque bénéficiaire conservant la liberté de n'utiliser que partiellement son plan d'aide (Sueur 2000). Il est difficile pour l'heure, en l'absence d'informations détaillées, d'apprécier la cohérence du barème en fonction du niveau de revenu et les effets de seuil, d'autant qu'il faudrait également inclure l'impact des déductions fiscales (emploi d'un salarié à domicile). Il apparaît toutefois que les seuils d'inflexion choisis sont relativement généreux, y compris dans le haut de la distribution des revenus.

Le seuil de recouvrement sur les successions est porté de 300 000 à un million de francs, mais il est maintenu, même si l'actif successoral pourrait ne plus être intégralement pris en compte pour la mise en œuvre de la procédure. L'option concurrente, consistant à supprimer tout recours sur succession dès lors que l'appréciation des ressources, au regard du ticket modérateur, intégrerait une évaluation du revenu du patrimoine dormant, n'a donc pas été retenue.

Sur le plan institutionnel, la mise en place d'un barème national conduira à limiter les inégalités entre départements. En revanche, c'est toujours aux équipes médico-sociales formées sous l'égide des conseils généraux et des caisses qu'il revient de définir le degré de dépendance et de formuler le plan d'aides. A défaut d'un choix en faveur d'une cinquième branche de la Sécurité sociale, ce dispositif représente sans doute un bon compromis entre les échelons respectivement national et local. Il reste que le devenir de l'action sociale des caisses d'assurance-vieillesse demeure en pointillés et qu'en l'absence de définition « d'un panier d'aides à l'autonomie » au niveau national, les problèmes concernant le contenu et la mise en œuvre des conventions, et donc celui de la coordination entre les intervenants, n'ont pas reçu de réponse explicite.

Les prestations versées seront, comme pour la PSD, exclusivement en nature, ce qui pourrait avoir un effet dissuasif. Il serait en tout état de cause souhaitable qu'une partie de la prestation puisse être accordée à des aides autres que directement consacrées à la personne, notamment des aides techniques, mais aussi des prestations aux aidants familiaux ; de même qu'il faut espérer que le législateur saisira l'opportunité qui lui est offerte pour améliorer le statut des aidants, tant en terme de droit à la retraite que de formation. Les personnes dépendantes et leur

entourage auront le choix entre trois modalités : prestataire, mandataire et gré et à gré. Afin d'éviter que le choix de la personne aidée, notamment en faveur d'un membre de sa famille, ne soit pas excessivement influencé par des considérations économiques au détriment de la qualité, le rapport Sueur proposait « que le montant de la participation financière ne soit pas déterminé par le coût de revient réel de la personne qui l'assiste, mais calculé selon un tarif moyen national proche du tarif d'un prestataire ».

Les modalités de financement, seulement prévues à court terme, sont à n'en pas douter les plus sujettes à caution. Le fait qu'une partie des recettes du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) soit affectée à la prise en charge de la dépendance peut être *a priori* justifié par l'interdépendance entre ces risques sociaux. Le manque à gagner pour un Fonds dont les excédents doivent en principe alimenter le « Fonds de réserves des retraites » et dont les missions de solidarité devrait être élargies pour amortir à terme l'impact sur le niveau des retraites de la crise du marché du travail des vingt dernières années est cependant regrettable. Le procédé atteste surtout d'un refus de dégager une recette nouvelle, spécifique et pérenne pour prendre en charge le nouveau risque. A cet égard, la mise à contribution des départements et les problèmes de péréquation financière qui s'en déduisent, risquent fort de compliquer à nouveau les relations financières entre l'État et les collectivités territoriales.

Il convient enfin de souligner, qu'à ce stade, c'est à nouveau la revalorisation annuelle des prestations en fonction de l'indice des prix qui a été privilégiée. Cette politique, déjà pratiquée en matière de retraites, et dont l'impact sur le niveau des dépenses à terme est déterminant, revient à programmer une baisse du niveau relatif de la prestation au moment même où celle-ci vient à être instaurer. Elle paraît de surcroît peu compatible avec la nécessaire politique de revalorisation salariale des professions aidantes.

Conclusion

Au total, la dépendance fait ressortir de façon particulièrement aiguë certains des principaux problèmes qui se posent de plus en plus quant à l'adéquation et à l'équité de la protection sociale dans notre pays : appréciation des besoins, définition des publics visés tenant compte de leur diversité, place respective de la couverture publique et privée, modalités de prise en charge et de financement. Une définition rigide et compartimentée des branches de la Sécurité sociale, leur articulation avec l'aide sociale et l'action sociale facultative, le problème récurrent des conditions de ressources, le questionnement sur la prise en charge

des dépenses ou la garantie d'un niveau de revenu, la problématique définition « d'un panier d'aides à l'autonomie », la constitution d'une offre adéquate et efficace, la mise en place d'instances de diagnostic et d'évaluation pluridisciplinaire du service rendu : tels sont quelques-uns des défis à relever pour y répondre.

Pour autant, la politique publique visant à l'autonomie des personnes âgées dépendantes ne saurait, sans de graves insuffisances, se cantonner aux aspects concernant la protection sociale *strico sensu*, l'accroissement et la diversification de l'offre, ou encore la politique de santé publique. C'est aussi tout un ensemble de mesures, tant concrètes que symboliques, visant à aider les familles et à changer le regard sur le vieillissement (Guinchard-Kunstler 1999), qui sont à mettre en œuvre, afin d'éviter que la vieillesse ne soit trop souvent synonyme de « naufrage ».

Références bibliographiques

ALIAGA C. et M. NEISS, 1996 : « La prise en charge des personnes âgées : maintien à domicile ou hébergement collectif », in *Données sociales*, INSEE, Paris.

ARISTOTE, 1965 : *Éthique de Nicomaque*, Garnier-Flammarion, Paris.

ASSOUS L. et P. RALLE, 2000 : « La prise en charge de la dépendance : une mise en perspective internationale », Document de travail collection études, *DRESS*, n° 1, 44 p., juin.

BECKER G. A., 1974 : « A Theory of Social interactions », *Journal of Political Economy*, 82, p. 1063-1093.

BELORGEY J. M., 2000 : « Des droits sociaux, comment et pour quoi faire ? », *Droit social*, n° 7/8, juillet-août.

BONASTRE J., 1997 : « Une allocation dépendance pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile : simulations du coût monétaire et du taux de couverture des besoins », *Revue Française des Affaires Sociales*, vol. 51, numéro hors-série, octobre.

BORREL C., 2000 : « La Prestation Spécifique Dépendance au 31.12.1 1999 », *Retraite et société*, n° 30.

BOUGET D. et R. TARTARIN, 1994 : « Une allocation dépendance : simulations et projections », *Retraite et Société*, numéro spécial.

BOURDELAIS P., 1993 : *L'âge de la vieillesse*, Éditions Odile Jacob, Paris.

- BREUIL-GÉNIER P., 1996 : « La gestion du risque dépendance : le rôle de la famille, de l'État et du secteur privé », *Économie et Statistique*, 1/2, n° 291-292.
- BREUIL-GÉNIER P., 1997 : « Deux contributions sur dépendance et équité », *Série des documents de travail de la Direction des Études et Synthèses Économiques*, G 9704, INSEE, mars.
- BREUIL-GÉNIER P., 1998 : « Aide aux personnes âgées dépendantes, la famille intervient plus que les professionnels », *Économie et Statistique*, 6/7, n° 316-317.
- BREUIL-GÉNIER P., 1999 : « Aides aux personnes âgées dépendantes : une très grande hétérogénéité des pratiques », in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France*, MIRE, Ministère des affaires sociales et de l'emploi, Paris.
- BUCHHOLZ W. et W. WIEGARD, 1992 : « Allokative Überlegungen zur Reform des Pflegevorsorge », *Jahrbücher für Nationalökonomik und Statistik*, vol. 209, p. 441-457.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (BMA), 1998 : *Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*, Bonn, janvier.
- BUSCH B., 1997 : *Sachleistung versus Geldleistung in der sozialen Pflegeversicherung : Ökonomische und juristische Aspekte*, Diplom-Arbeit, Universität Konstanz.
- CAMBOIS E. et J.-M. ROBINE, 1996 : « An International Comparison of Trends in Disability-Free Life Expectancy », in EISEN R. et F.A. SLOAN, eds, *Long-Term Care, Economic Issues and Policy Solutions*, Kluwer Academic Publishers.
- CAUSSAT L. et P. GÉNIER, 1996 : « La dépendance des personnes âgées et son assurance », *Revue d'Économie Financière*, n° 34, automne.
- CETTE G. et M. THÉRY, 1999 : « Réorganiser les aides publiques aux personnes âgées dépendantes ? », *Risque*, n° 40, décembre.
- CHAMPVERT P., 2000 : « Prestation autonomie : pourquoi cet échec ? », in *Encyclopédie Protection sociale. Quelle refondation ?*, Éditions Liaisons-Economica, Paris, p. 1315-1330.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN (CGP), 2000 : *Rapport sur les perspectives de la France*, La Documentation française, Paris.
- COLIN C. et V. COUTTON, 2000 : « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicap-incapacités-dépendance », *Études et résultats*, n° 94, décembre.
- CONSEIL NATIONAL DE L'INFORMATION STATISTIQUE (CNIS), 1997 : *Handicap et dépendance. L'amélioration nécessaire du système statistique*, Rapport du groupe de travail, n° 35.

- COLVEZ A., 1999 : « Mieux cibler la prestation dépendance », *Cahiers de l'IAURIF*, n° 121.
- CUTLER D., 1993 : « Why Doesn't Market Fully Insurance Long-Term Care ? », *NBER Working Paper*, n° 4301, mars.
- DELBES C. et J. GAYMU, 1999 : « Les retraités en France : d'hier à demain », *Cah. Socio. Dém. Méd.*, n° 2-3, avril-septembre.
- DAVID M. G. et C. STARZEC, 1996 : « Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans », *INSEE Première*, n° 447, avril.
- EISEN R. et H. C. MAGER, 1996 : « Long-Term Care – An Inter- and Intragenerational Decision Model », in EISEN R. et F. A. SLOAN, eds, *Long-Term Care, Economic Issues and Policy Solutions*, Amsterdam, Kluwer Academic Publishers.
- FLIPPO A., 1996 : « Les services de proximité de la vie quotidienne », *INSEE Première*, n° 491, octobre.
- FLORENT J. P., GRAMAIN A. et J. POUS, 1998 : *Décisions de recours au système de soins dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Rapport à la MIRE, avril.
- GUINCHARD-KÜNSTLER P., 1999 : *Viellir en France*, Rapport au Premier Ministre, La Documentation française, Paris, juin.
- HAUSCHILD R., 1994 : « Die neue Pflegeversicherung. Vorschläge und Konzeptionen », *Bundesarbeitsblatt*, n° 8-9, p. 12-21.
- HAUT CONSEIL DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE, 1999 : *La dépendance des personnes âgées. Synthèses et perspectives*, Rapport du groupe de travail présidé par J. P. DELALANDE et M. T. JOINT-LAMBERT, Haut Conseil de la Population et de la Famille, Paris, avril.
- HEADEN A. E., 1993 : « Economic Disability and Health Determinants of the Hazard of Nursing Home Entry », *Journal of Human Resources*, 28.
- HIEDEMANN B. et S. STERN, 1999 : « Strategic play among family members when making long-term care decisions », *Journal of Economic Behavior and Organization*, vol. 40, p. 29-57.
- JACOBZONE S., 1999a : *Le vieillissement et les soins pour les personnes âgées dépendantes : un aperçu des tendances internationales*, Politique du marché du travail et politique sociale, Document hors série, OCDE, Paris.
- JACOBZONE S., CAMBOIS E., CHAPLAIN E. et J. M. ROBINE, 1999b : « The health of older persons in Oecd countries : is it improving fast enough to compensate for population aging ? », *OECD Labour Market and Social Policy, Occasional Papers*, n° 37, 64 p.

- JOËL M.-E., 2000 : « Comment se présente le risque dépendance en Europe ? », in *Encyclopédie Protection sociale. Quelle refondation ?*, Éditions Liaisons-Economica, Paris, p. 1365-1374.
- JOËL M.-E. et C. MARTIN, 1997 : « La part des arbitrages économiques et familiaux dans l'organisation du soutien à domicile des personnes âgées dépendantes », *Revue Française des Affaires Sociales*, 51, numéro hors-série, octobre.
- JOURDAIN A. et C. MARTIN, 1999 : « De quoi dépend la dépendance ? », *Cah. Socio. Démo. Méd.*, n° 2-3, avril-septembre.
- KERSCHEN N., 1998 : « La reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque de la Sécurité sociale : le modèle allemand et le projet luxembourgeois », *Revue Française des Affaires Sociales*.
- KESSLER F., 1995 : « Quelles prestations pour les personnes âgées dépendantes ? Panorama des propositions de réformes », *Droit social*, n° 1.
- KESSLER F., 1997 : « Les normes du Conseil de l'Europe et la législation française sur la dépendance », *Revue Française des Affaires Sociales*, 51, numéro hors-série, octobre.
- LEBEAUPIN A. et F. NORTIER, 1996 : « Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir », in *Données sociales*, INSEE, Paris.
- LIVRE BLANC POUR UNE PRESTATION AUTONOMIE, 1999, présenté par le Comité National des Retraités et des Personnes Âgées, Paris.
- LE BIHAN et coll., 2000 : *Etude qualitative de la mise en œuvre de la PSD. Première partie : Enquête à domicile*, pour la DREES, LAPSS-ENSP, Rennes.
- LECHEVALIER A., 1997 : « Les réformes de la protection sociale : d'un modèle à l'autre », *Revue Française d'Economie*, volume XII, printemps.
- MARTIN C., 2000 : « Quelle articulation entre aides privées et publiques aux familles ? », in *Encyclopédie Protection sociale. Quelle refondation ?*, Éditions Liaisons-Economica, p. 1347-1354, Paris.
- MARTIN J.-L., 1996 : « L'approche collective des contrats dépendance », *Risques*, n° 26, avril-juin.
- MEIER V., 1996 : *Theorie der Pflegeversicherung*, Heidelberg, Physica-Verlag.
- MORMICHE P., 1999 : « La dépendance : le poids et le souci », *Cah. Socio. Démo. Méd.*, avril-septembre, n° 2-3.
- MORMICHE P. et J.-M. ROBINE, 1994 : « Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991 », *Santé-Solidarité*, n° 1.

- NEWHOUSE J.-P., 1996 : « Reimbursing Health Plans and Health Providers : Efficiency in Production Versus Selection », *Journal of Economic Literature*, vol. 34, septembre.
- NOCERA S. et P. ZWEIFEL, 1996 : « Women's Role in the Provision of Long-Term Care, Financial incentives, and the Future Financing of Long-Term Care », in EISEN R. et F. A. SLOAN, eds, *Long-Term Care, Economic Issues and Policy Solutions*, Amsterdam, Kluwer Academic Publishers.
- PAULY M. V., 1990 : « The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance », *Journal of Political Economy*, vol. 98, n° 1.
- 1996 : « Almost Optimal Social Insurance For Long-Term Care », in EISEN R. et F. A. SLOAN, eds, *Long-Term Care, Economic Issues and Policy Solutions*, Kluwer Academic Publishers.
- ROBINE J.-M., E. CAMBOIS et I. ROMIEU, 1998 : *Construction de différents scénarios de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2020*, Étude réalisée pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mai.
- SCANLON W. J., 1992 : « Possible Reforms for Financing Long-Term Care », *Journal of Economic Perspectives*, n° 3, vol. 6.
- SCHMÄHL W. et H. ROTHGANG, 1996 : « The Long-Term Costs of Public Long-Term Care Insurance in Germany. Some Guessestimates », in Eisen R. et F.A. Sloan (éd.), *Long-Term Care, Economic Issues and Policy Solutions*, Kluwer Academic Publishers.
- STRASSL W., 1988 : *Externe Effekte auf Versicherungsmärkten : eine theoretische Begründung staatlicher Regulierung*, Tübingen, J.C.B. Mohr.
- SUEUR J. P., 2000 : *L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité*, Rapport remis au Ministre de l'emploi et de la solidarité, mai.
- VALLIN J., 1992 : « Quelles hypothèses peut-on faire sur l'évolution future de la mortalité ? », in G. Tapinos (dir.), *La France dans deux générations*, Fayard, Paris.
- VILLEZ A., 2000 : « Quelle prestation dépendance demain ? », in *Encyclopédie Protection sociale. Quelle refondation ?*, Éditions Liaisons-Economica, p. 1331-1338, Paris.