

**4^e Conférence internationale
de recherche en sécurité sociale**

Anvers, 5-7 mai 2003



"La sécurité sociale dans une société de longue vie"

**Justice distributive et dépendance:
comparaison France-Allemagne**

*Dominique GREINER, Geert DEMUIJNCK
Université catholique de Lille
France*

Association internationale de la sécurité sociale

Programme de recherche

Case postale 1, CH-1211 Genève 22

Fax: +41 22 799 8509

e-mail: issarc@ilo.org

Web: www.issa.int

JUSTICE DISTRIBUTIVE ET DEPENDANCE: COMPARAISON FRANCE-ALLEMAGNE

Dominique Greiner, Geert Demuijnck¹

Résumé

Notre contribution compare la mise en place des systèmes de prestations en faveur des personnes dépendantes en Allemagne et en France. Sur la base des théories contemporaines de la justice, nous élaborons un questionnement qui sert à révéler les préférences éthiques endossées par les institutions de ces deux pays. Nous dégageons les principales interrogations normatives soulevées par perte d'autonomie puis nous étudions l'évolution récente de la prise en charge des personnes dépendantes. Nous montrons que les modes de prise en charge choisis traduisent des options morales différentes qui correspondent à des appréhensions différentes de la dépendance, en termes de besoins, de responsabilité individuelle et familiale.

Les praticiens de la protection sociale sont intéressés avant tout aux problèmes de mise en œuvre et de financement des mesures. Mais aucun système n'est neutre quant à la conception de la vie bonne et des liens qui doivent unir les membres d'une société entre eux. Le questionnement soulevé par la prise en charge de la dépendance dans les pays occidentaux a remis à l'ordre du jour le questionnement normatif. Dans le même temps, les choix institutionnels explicitent rarement les présupposés normatifs sur lesquels ils reposent. Dans cette communication, nous tentons de dégager ceux qui orientent les politiques française et allemande en matière de prise en charge de la dépendance. La comparaison de deux programmes mis en œuvre à peu près au même moment permettra de faire ressortir leurs traits essentiels et de les interpréter en termes normatifs, à la lumière des théories contemporaines de la justice.

Nous commencerons par resituer la problématique de la dépendance dans l'ensemble du débat théorique sur la compensation du handicap (section 1). Nous présenterons ensuite les grands principes de prise en charge de la dépendance mis en œuvre en France (section 2) et en Allemagne (section 3). Nous poursuivrons l'analyse en cherchant à dégager les présupposés normatifs inscrits dans le système des institutions de ces deux pays (section 4). La section 5 conclura l'ensemble de la démarche.

1. LA COMPENSATION DU HANDICAP : PROBLEMATIQUE GENERALE

Au cours des deux dernières décennies, les philosophes et les économistes de la justice sociale ont accordé une attention particulière à la problématique du handicap – handicap devant être entendu dans un sens large. Cette problématique peut être formalisée de manière très simple. Il s'agit de savoir quel type de transfert il convient d'opérer pour égaliser la situation des talentueux et des non-talentueux, sachant que les ressources ou les résultats individuels O (pour

¹ Centre de Recherche en Ethique Economique, LABORES (URA CNRS n° 362), Université Catholique de Lille. Cette communication s'inscrit dans le cadre du programme de recherche « La construction des normes de justice dans la prise en charge des personnes défavorisées », financé par la Région Nord Pas-de- Calais.

outcomes) sont fonction de trois variables² :

$$O = f(r, t, w)$$

avec :

- r : les ressources externes qui sont transférables et peuvent donc être redistribuées par les institutions sociales (les revenus monétaires par exemple) ;
- t : les ressources internes (ou talents) qui ne sont pas transférables ;
- w : la volonté ou l'ambition (*will*).

Le débat théorique au sujet de la compensation du handicap porte sur deux points. Le premier est de savoir ce qu'il convient d'égaliser. Pour les uns, il s'agit d'égaliser les résultats individuels (revenus, utilité, bien-être). Pour les autres, il convient d'égaliser simplement les chances ou les opportunités de choix et de laisser ensuite les individus libres de les saisir ou non. Mais comment égaliser les résultats ou les opportunités entre des individus qui n'ont pas les mêmes aptitudes, les mêmes besoins, les mêmes aspirations ? D'où le second débat qui porte sur l'appréciation et le rôle des différents facteurs qui entrent dans la composition du résultat individuels.

Une distinction est faite entre les ressources externes qui sont transférables d'un individu à l'autre (transfert direct ou à travers le système de taxes) et les ressources internes qui par définition ne sont pas transférables. Ces ressources internes sont classées en deux catégories : celles qui les talents t (ou dans leur version négative les handicaps) et celles qui relèvent de la volonté ou de l'ambition w. Si les talents ou handicaps échappent ne ressortent pas en général de la responsabilité des individus, il n'en est pas nécessairement de même pour la volonté ou l'ambition : les aspirations profondes, les préférences sociales, les goûts ne relèvent-ils pas en premier lieu de la responsabilité individuelle et non de la responsabilité sociale ? Mais on peut également penser que les goûts et les préférences sont façonnés socialement et finalement relèvent eux aussi de la responsabilité sociale.

La question de la compensation du handicap peut alors s'exprimer de manière synthétique en ces termes : comment compenser le handicap et seulement le handicap, c'est-à-dire sans subventionner l'absence d'effort et les goûts dispendieux ? Autrement dit, quels sont les buts privés et sociaux auxquels une personne peut légitimement prétendre et dans quelles limites ? Si elle ne peut y arriver par ses propres moyens, est-il légitime d'organiser des transferts en sa faveur ? Dans l'affirmative, quels types de transferts doivent être mis en place pour compenser la perte d'autonomie (incapacité partielle ou totale de réaliser certains actes que les personnes pouvaient réaliser antérieurement) ? Ces questions renvoient à une interrogation encore plus fondamentale sur la délimitation du handicap : qu'est-ce qu'être handicapé ? que signifie être autonome ?

Ces interrogations sur le handicap en général sont aussi celles qui se posent a fortiori pour la dépendance. La dépendance peut-être définie comme la situation de perte d'autonomie dans des actions de la vie courante qu'une personne, compte tenu de son âge, de son sexe, de son environnement socio-culturel, devrait normalement être capable d'effectuer pour continuer à vivre dans son environnement habituel. Le débat normatif consiste à définir les limites fonctionnelles (ou les combinaisons de limites fonctionnelles) qui permettent de considérer qu'une personne est dépendante, et partant de là de dresser la liste des avantages (services et

² M. Fleurbaey, « Equal Opportunity or Equal Social Outcome », *Economics and Philosophy*, Vol. 11, 1995, pp. 25-55.

prestations) auxquels elle pourra légitimement prétendre pour faire face aux dépenses générées par la perte d'autonomie.

Dans la suite de cette communication, nous nous proposons d'examiner les réponses institutionnelles mises en œuvre en France et en Allemagne en matière de prise en charge des personnes dépendantes. Ces deux pays ont élaboré leurs réponses institutionnelles à peu près au même moment. En dépit de structures démographiques assez comparables, ils ont opté pour des choix institutionnels très différentes que nous voulons tenter d'interpréter en termes normatifs.

2. LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE EN FRANCE

Au cours des vingt dernières années, le système sanitaire et social s'est largement adapté à la nouvelle demande sociale générée par l'allongement de la vie. Les services aux personnes âgées se sont fortement développés (soins à domicile, téléalarme, blanchisserie, transports gratuits, portage de repas, animation à domicile...). Les structures d'hébergement collectif se sont médicalisées. De nouveaux services spécifiques en institution ont vu le jour (amélioration des conditions d'hébergement, suivi médical). De nouvelles formes d'hébergement temporaire en établissement ont vu le jour. Dans le même temps, les pensions de base ont été fortement revalorisées.

Malgré toutes ces améliorations sensibles, le bilan de la politique de la vieillesse reste très mitigé à la fin des années 80. La situation demeurait particulièrement délicate pour les personnes âgées qui, sans nécessiter un placement en institution, avaient besoin d'une assistance régulière dans la vie courante alors qu'elles ne disposaient pas des moyens financiers pour y faire face. Les besoins de prise en charge des personnes dépendantes n'étaient que partiellement couverts par le système social. 80 % des personnes âgées dépendantes étaient prises en charge à leur domicile par un dispositif d'aide orchestré par un aidant informel, souvent issu de la parenté³. Or, ce rôle essentiel des soins familiaux (profanes ou non-professionnels) a longtemps été méconnu des décideurs politiques. Il remet notamment en cause l'idée que les personnes âgées seraient isolées.

Jusqu'à la mise en place de la prestation spécifique dépendance en 1997, la prise en charge sociale de la dépendance des personnes âgées était assurée par l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personnes (ACTP) créée par la loi du 30 juin 1975, une prestation initialement destinée à venir en aide aux personnes handicapées. Versée sous conditions de ressources, elle permettait de rémunérer une tierce personne ou le personnel d'un établissement de soins dans la réalisation d'actes essentiels de la vie (manger, boire, se déplacer, faire sa toilette, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes...).

Au fil du temps, l'ACTP s'est transformée en une prestation du handicap de l'âge. Cette situation s'est révélée insatisfaisante à de nombreux points de vue. D'une part, le montant de la prestation, même à taux plein, était insuffisant pour couvrir les frais liés au maintien à domicile des personnes les plus dépendantes⁴. D'autre part, le système était sérieusement engorgé, les délais d'obtention de la prestation pouvant atteindre plusieurs mois. Par ailleurs, la hausse des dépenses mettait en question la pérennité du financement de la prestation. Les

³ Cf. P. Genier, « La gestion du risque dépendance : le rôle de la famille, de l'Etat et du secteur privé », *Economie et Statistique*, n° 291-292, 1996, pp. 103-117.

⁴ Certains départements avaient pris l'initiative de verser une aide complémentaire aux personnes dont le taux d'incapacité dépassait 80 % ou de développer des services spécifiques (aide ménagère, soins à domicile...), ce qui posait un problème d'inégalité de traitement sur l'ensemble du territoire national.

départements devaient supporter financièrement une prestation dont ils ne contrôlaient pas l'attribution. Certains estimaient même ne plus pouvoir faire face à l'évolution de la dépense dans les années à venir. Enfin, le système de tarification des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées était jugé injuste : le montant des forfaits-soins était défini en fonction de la nature juridique des établissements et non en fonction du degré des besoins des personnes.

A ces insatisfactions, s'ajoutait un problème de coordination des différents intervenants dans le champ de la dépendance (acteurs sanitaires et sociaux) qui dépendent de circuits de financement différents : « Les collectivités locales financent l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (...) ainsi qu'une allocation dite "allocation compensatrice pour tierce personne" initialement prévue pour les personnes handicapées (...) ; la Sécurité Sociale prend en charge quant à elle les soins infirmiers à domicile, les forfaits soins des personnes hébergées en établissements médico-sociaux, les majorations de pension de vieillesse pour tierce personne, et finance des services d'aide ménagère »⁵. Tous ces éléments ont concouru à la dénonciation de l'inefficacité et de l'iniquité du régime de l'ACTP, mais aussi à une volonté de renforcer les contrôles au sujet du recours effectif à une tierce personne.

2.1. La prestation expérimentale dépendance (1995-1997)

Au début des années 90, plusieurs propositions émergent en faveur d'une prestation dépendance. En 1994, une expérimentation est lancée dans douze départements et en coordination avec des organismes de Sécurité Sociale (caisses de retraite). L'objectif de l'expérimentation était double : d'une part, tester la capacité de coordination des différentes institutions concernées par la dépendance des personnes âgées ; d'autre part, apprécier l'impact, le coût et les transferts financiers induits par la généralisation d'une telle prestation⁶.

La prestation expérimentale dépendance (PED) était une allocation différentielle accordée sous condition de ressources, réservée aux personnes de plus de 60 ans hébergées à leur domicile ou par leur famille. Elle était composée de deux allocations distinctes par l'origine du financement et la condition de ressources : l'ACTP versée par le département (revenu mensuel imposable inférieur à 3.200 F pour une personne seule et 5.700 F pour un couple) ; la prestation supplémentaire dépendance à la charge des caisses de retraite (revenu mensuel imposable inférieur à 4.800 F pour une personne seule et 8.600 F pour un couple). La prestation totale était plafonnée à 4.264 F par mois. Son attribution intervenait sur la proposition d'une équipe médico-sociale, sur base de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources). Les résultats de l'expérimentation ont montré une forte sélectivité dans l'attribution de la prestation⁷. La moyenne d'âge des bénéficiaires de la PED était de 80,7 ans (50 % avaient plus de 83,4 ans). 92 % des bénéficiaires étaient classés

⁵ L. Caussat, P. Genier, « La dépendance des personnes âgées et son assurance », *Revue d'Economie Financière*, n° 34, 1995, p. 103.

⁶ B. Meynadier, « La loi instituant une prestation spécifique dépendance », *Revue Française des Affaires Sociales*, numéro hors série, 1997, pp. 263-271.

⁷ Par exemple, dans le département d'Ille-et-Vilaine, le nombre de personnes âgées dépendantes était estimé entre 12.000 et 15.000. Au total, 3.862 personnes âgées ont sollicité la PED (soit 38 demandes par semaine). 3.548 dossiers ont été instruits (les autres étaient sans objet pour raison d'hospitalisation, décès...) et 2.142 personnes ont reçu une réponse favorable (60 %) dont 73 % de femmes. Cf. I. Moreau, « L'Ille-et-Vilaine, première à expérimenter la prestation dépendance », *Espace Social Européen*, n° 281, 3 mars 1995 ; V. Trellu, « La prestation expérimentale dépendance en Ille-et-Vilaine », *Actualité et dossier en santé publique* n° 20, 1997.

dans les groupes iso-ressources 1 à 4 de la grille AGGIR, dont 33 % dans les groupes 1 et 2, qui correspondent au degré les plus sévères de dépendance. La prestation moyenne était de 3.000 F par mois (financés à hauteur de 80 % par le conseil général et 20 % par les régimes de retraite), soit un montant très inférieur au plafond. La prestation dépendance qui va prendre le relais de la PED va s'avérer encore plus sélective.

2.2. La prestation spécifique dépendance (1997-2001)

La phase expérimentale a pris fin avec la création en janvier 1997 de la prestation spécifique dépendance (PSD). Le législateur définit la dépendance comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ». Pour les personnes âgées, la PSD vient se substituer à l'ACTP, cette dernière étant désormais réservée aux personnes handicapés de moins de soixante ans.

La PSD concernait les personnes âgées de 60 ans et plus, qu'elles vivent à domicile ou en institution. Le bénéficiaire devait avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou nécessiter une surveillance régulière et disposer de ressources inférieures à un plafond variable selon l'importance du besoin. Le degré de dépendance était évalué sur base de la grille AGGIR chez le demandeur (à domicile ou en institution) par une équipe socio-médicale. Le montant de la PSD était modulé en fonction du degré de dépendance, du besoin d'aide et de surveillance, du type d'hébergement (domicile personnel ou établissement d'hébergement) et des ressources du demandeur (y compris les revenus des biens immobiliers et du capital, même s'ils n'étaient ni exploités, ni placés et les éventuelles aides publiques ou à titre gracieux dont il pouvait disposer ; en étaient exclues les retraites du combattant, les pensions attachées aux distinctions honorifiques ainsi que les rentes viagères constituées pour se prémunir contre le risque de dépendance).

La prestation était soumise à une condition de ressources. Elle était versée à taux plein (montant maximal de 5.726 F) aux personnes dont les ressources étaient inférieures au plafond (6.187 F mensuels pour une personne seule, 10.312 F pour un couple 1^{er} janvier 1999). Le montant total des ressources des bénéficiaires pouvait ainsi être porté à 11.913 F. Lorsque les ressources mensuelles étaient comprises entre 6.187 F et 11.913 F, le montant de la prestation était réduit d'autant et ne pouvait excéder 4.581 F. Lorsque le bénéficiaire résidait en établissement, la tarification des prestations pouvant être prises en charge par la PSD était arrêtée par le président du Conseil général. Enfin, au décès du bénéficiaire, un recouvrement des sommes versées au titre de cette prestation était prévu sur la succession. Il s'exerçait sur la partie de l'actif net successoral au-delà de 300.000 F.

La PSD était liée à un plan d'aide qui contient la liste des prestations de service jugées nécessaires. Le besoin d'aide était évalué en nombre d'heures. Celles-ci étaient ensuite valorisées par un coût horaire variable selon les départements. La prestation devait être affectée au paiement de dépenses définies dans le plan d'aide. Il s'agissait donc d'une aide en nature et non pas d'un complément de ressources librement affectable. La PSD à domicile devait être utilisée à la rémunération du ou des salariés que le bénéficiaire emploie pour lui venir en aide, du service d'aide à domicile agréé ou des services rendus par la personne qui accueillait le bénéficiaire dans le cadre de la loi sur l'accueil à titre onéreux de personnes âgées et handicapées adultes. La personne employée pouvait être un ou plusieurs membres de la famille du bénéficiaire, à l'exception de son conjoint ou de son concubin. Un maximum de 10 % de la prestation pouvait être affecté à d'autres dépenses dont la nécessité a été constatée lors de la visite de l'équipe socio-médicale (recours à des services de télé-alarme, portage de repas...).

La PSD a-t-elle amélioré la qualité de la prise en charge des personnes dépendantes ? La réponse est négative. La situation des personnes dépendantes était même en recul par rapport au système antérieur de l'ACTP. Les bilans ont montré clairement que les résultats quantitatifs n'étaient pas à la hauteur ni des besoins ni des prévisions. Plusieurs raisons l'expliquent. Elles concernent le système de financement de la prestation, son montant et les conditions d'accès.

La PSD n'est pas une prestation de sécurité sociale mais d'aide sociale. Dans chaque département, son attribution dépend en dernier ressort de la décision du président du Conseil général. Comme la loi ne prévoit pas de financement pour la PSD, la charge pèse sur le budget d'aide sociale des départements. Ceci explique que la mesure a été appliquée *a minima*, d'une part en termes d'effectifs et d'autre part, en termes de montant.

A la fin de l'année 2000, le nombre de bénéficiaires de la PSD personnes âgées s'élevait à 140.000, soit très en deçà du nombre de bénéficiaires de l'ACTP âgés de plus de 60 ans avant 1997 (190.000). Selon les résultats de l'enquête HID, les GIR 1 à 3 regroupaient 532.000 personnes, 292.000 hébergés à domicile (tableau 1), soit environ 4,4 % de la population des 60 ans et plus.

Le niveau de la PSD était relativement modeste. Au 31 décembre 1999, le montant moyen des prestations il était de 1.800 francs pour les personnes en établissement et de 3.400 francs pour celles hébergées à domicile (4.100 francs pour 69 heures de soins par mois en faveur des personnes classées en GIR 1, 3.500 francs pour 58 heures de soins en faveur du GIR 2 et 3.100 pour 49 heures de soins en faveur du GIR 3)⁸. Le barème horaire de prestations généralement observé est de l'ordre de 60 francs, alors que le taux de référence de la Caisse Nationale d'Assurance vieillesse est de 80,49 francs. Autrement dit, à défaut de pouvoir faire appel à des structures spécialisées ou à des professionnels aux tarifs plus élevés, les bénéficiaires ont majoritairement recours à l'emploi direct de personnes souvent non qualifiées. La qualité des soins en est nécessairement affectée.

Tableau 1 : Nombre de personnes potentiellement concernées par l'APA

	A domicile	En établissements pour personnes âgées ¹	Dans les autres établissements ²	Ensemble
Equivalent-GIR 1	22.000	46.000	1.000	69.000
Equivalent-GIR 2	133.000	125.000	4.000	262.000
Equivalent-GIR 3	137.000	62.000	2.000	201.000
Equivalent-GIR 4	232.000	31.000	1.000	264.000
TOTAL	524.000	264.000	8.000	796.000

(1) : Maisons de retraite (publiques ou privées, avec ou sans section de cure médicale) et services de soins de longue durée des hôpitaux. Les logements-foyers sont considérés comme

⁸ C. Borrel, « La prestation spécifique dépendance au 31 décembre 1999 », *Etudes et Résultats*, n° 56, mars 2000.

des logements autonomes, sans que l'on puisse les isoler. (2) : Etablissements pour adultes handicapés, établissements psychiatriques.

Source : INSEE (enquêtes HID)

L'étude de la DREES sur les pratiques des départements met en évidence des différences significatives non seulement dans les processus d'évaluation de la dépendance, mais aussi dans les conditions d'attribution de la prestation et la mise en œuvre des plans d'aide⁹. Certains départements ont procédé à un ajustement des dispositions définies par la loi, par exemple en matière de plafond de récupération sur la succession (porté de 300.000 à 500.000 francs) ou en étendant la prise en charge au GIR IV. Ces éléments mettent en question le principe d'un traitement égal des égaux sur l'ensemble du territoire national. En l'absence de financement spécifique, et face à une pression croissante inévitable des demandes, le montant de la prestation risque d'être davantage fonction de l'état des finances départementales que du besoin d'aide du demandeur, ce qui n'est pas sans poser un problème de traitement inégal des égaux sur l'ensemble du territoire national.

2.3. L'allocation personnalisée d'autonomie (2002-)

La PSD n'a pas apporté de réponse satisfaisante à l'ensemble des problèmes que pose la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle est apparue trop souvent insuffisante au regard des besoins pour constituer un véritable soutien à l'autonomie et ne permettait pas aux populations des catégories sociales moyennes d'y accéder (fin 2000, 80 % des bénéficiaires avaient des ressources inférieures au plafond de 6.249 francs par mois pour une personne seule et de 10.415 francs pour un couple). Elle était même en recul par rapport aux dispositions précédentes (ACTP et PED). Mais l'intitulé de la loi précisait qu'il s'agissait d'une prestation provisoire, « dans l'attente d'une loi instituant une prestation autonomie pour les personnes âgées dépendantes ». La PSD

En janvier 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a remplacé la PSD. Il existe deux régimes selon que la personne réside à son domicile ou en établissement. La prise en charge est étendue au GIR 4 (personnes moyennement dépendantes) et n'est plus soumise à une condition de ressources. L'obtention de ce plan d'aide dont le barème est fixé au niveau national est un droit objectif pour les personnes concernées qui peuvent en exiger la mise en œuvre. Le montant de l'allocation est modulé en fonction du degré de perte d'autonomie et du niveau de ressources. Pour les personnes hébergées dans un établissement, l'APA tient également compte du tarif afférent à la dépendance de l'établissement acquitté par la personne.

Le traitement différencié selon le mode d'hébergement s'explique aisément. La nature et le montant des dépenses relatives à la dépendance ne sont pas les mêmes selon que la personne est hébergée à domicile ou en établissement. Ainsi, à domicile, l'entretien du logement ou la préparation des repas peut entrer dans le plan d'aide¹⁰. En établissement, ces services spécifiques doivent être assurés, même lorsque les personnes ne sont pas dépendantes.

Alors que la PSD était quasi exclusivement réservée à des dépenses de personnel (de type aide-ménagère), l'APA veut couvrir « les dépenses de toute nature » concourant à

⁹ B. Le Bihan, Cl. Martin, F.-X. Schweyer, « La prestation spécifique dépendance à domicile en pratique dans six départements », *Etudes et Résultats*, n° 64, mai 2000.

¹⁰ A domicile s'entend dans un sens large, c'est-à-dire y compris l'accueil familial à titre onéreux et l'hébergement dans un établissement de petite taille assimilé à un domicile collectif.

l'autonomie du bénéficiaire (sauf les soins médicaux qui sont pris en charge par l'assurance-maladie), dès lors que celles-ci figurent dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale : accueil de jour ou temporaire, travaux d'aménagement du domicile, portage de repas, aides techniques liées à une maladie ...

L'utilisateur choisit librement d'utiliser la totalité ou seulement une partie du plan d'aide auquel son degré de dépendance lui ouvre droit et il acquitte une participation sur la partie du plan d'aide utilisée selon le principe du ticket modérateur. A domicile, le taux de participation est nul jusqu'à un niveau de ressources mensuelles de 934,65 euros ; il croît régulièrement de 0 à 80 % pour des revenus situés entre 934,65 euros et 3 115,49 euros (3,4 fois le montant de la Majoration pour Tierce Personne) pour se stabiliser ensuite à 80 % assurant ainsi au bénéficiaire, quel que soit son revenu, une aide égale à 20 % du plan d'aide auquel il a souscrit. Ainsi une personne du GIR 1, dont le revenu est inférieur à 934,65 euros par mois, bénéficiera de l'intégralité de la prestation alors que si son revenu fiscal dépasse 3 115,49 euros, elle devra prendre en charge 80 % des dépenses et verra son allocation réduite de 218 euros. Si la personne dispose d'un revenu de 1 524,65 euros, son indice de revenu est de 590 (1 524,65 - 934,65) divisé par 2 180,85 (3 115,50 - 934,65), soit 27 %. Son taux de participation est alors de 80 % multiplié par 27 %, soit 21,6%. Ce qui est versé par le département au bénéficiaire est égal à la différence entre le montant d'APA auquel ce dernier a droit et le montant de sa participation financière. La formule retenue évite l'effet de seuil qu'aurait provoqué la fixation d'un barème par tranche de ressources.

La dépense de l'APA est supportée par les départements. Une partie des recettes leur vient du nouveau Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie est alimenté par une fraction du produit de la contribution sociale généralisée (CSG) et par une contribution des régimes obligatoires d'assurance vieillesse calculée sur la base de leurs dépenses d'aide ménagère à domicile. L'APA ne fait pas l'objet d'une récupération sur la succession ni de l'obligation alimentaire et n'est pas soumise à l'imposition sur le revenu.

Les premières évaluations de l'APA ne sont pas encore disponibles. Mais à l'évidence, elle manifeste un progrès dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Un pas a été fait vers un traitement plus égal des égaux par l'élaboration d'un droit objectif en matière d'aide. La prestation destinée à compenser la perte d'autonomie est ouverte à toute personne en situation d'aide, quelles que soient ces ressources. Certains auraient voulu un pas supplémentaire en préconisant la suppression de la condition d'âge (cf. le livre blanc publié par le Comité national des retraités et des personnes âgées et 25 cosignataires). D'autres souhaitent la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale prenant en charge, dans le cadre de la solidarité nationale, le risque de handicap et de dépendance (cf. la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des handicapés). A l'instar de la voie choisie par l'Allemagne depuis 1995.

3. LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE EN ALLEMAGNE

En Allemagne, la discussion qui a précédé la création d'une assurance dépendance aura duré près de vingt années. L'option finalement retenue en 1995 a été de faire de la dépendance la cinquième branche du système de Sécurité Sociale, au même titre que l'assurance maladie, l'assurance accidents du travail, l'assurance vieillesse et l'assurance chômage. La notion même de dépendance est entendue dans un sens plus extensif qu'en France, dans la mesure où il n'est pas fait mention de l'âge. Nous retraçons brièvement la structuration du secteur de la dépendance avant d'aborder plus longuement les principales dispositions en vigueur actuellement.

3.1. La situation avant la loi de 1995

A la fin des années 80, le nombre de personnes dépendantes était évalué à environ 2,1 millions de personnes. Ce chiffre regroupe non seulement les personnes âgées, mais aussi les personnes handicapées et celles affectées par une maladie de longue durée. Cette population se répartit en trois catégories selon la gravité de la dépendance : 1,1 million de cas légers, 420.000 de cas lourds et 210.000 de cas très lourds. 370.000 personnes sont accueillies dans un établissement spécialisé ou à l'hôpital. L'essentiel de la prise en charge est assuré par les familles - un tiers des aidants ayant eux-mêmes atteint l'âge de la retraite.

Progressivement, le secteur de la dépendance va se structurer. La première étape a consisté à reconnaître l'importance de l'aide informelle dans la prise en charge de la dépendance. En 1989, est créée une prestation qui permet aux personnes dépendantes de financer le remplacement temporaire de l'aidant informel habituel qui serait empêché pour cause de maladie ou de congés (pour un maximum de quatre semaines). Son montant annuel, financé par l'assurance maladie, était plafonné à 1.800 DM. Cette aide est accordée après au moins douze mois de prise en charge par l'aidant.

La mise en place de cette prestation a été suivie en 1991 d'une réforme plus substantielle en faveur des personnes dépendantes hébergées à domicile et ayant besoin d'une aide régulière. Une allocation à destination des familles employant une personne qualifiée pour soigner une personne dépendante est créée. Son montant mensuel maximal était fixé à 750 DM, correspondant à 25 heures d'aide. Dans le cas où il n'est pas fait à un professionnel, une indemnité mensuelle d'un montant de 400 DM était également prévue. Cette prestation était financée par l'aide sociale.

Cette réforme améliore la prise en charge des personnes dépendantes, mais reste largement insuffisante. Moins de 700.000 personnes bénéficient de l'aide aux familles qui est soumise à une condition contributive (la personne dépendante doit avoir été assurée au régime d'assurance-maladie pendant 43 % de sa vie professionnelle et avoir cotisé pendant trois des cinq dernières années précédant l'invalidité). Son montant est trop faible pour couvrir les dépenses occasionnées par la dépendance.

Les termes du débat au sujet de la dépendance tournent alors autour de deux propositions principales¹¹. La première veut confier aux assureurs privés le soin d'organiser un système de prise en charge des personnes dépendantes. La proposition repose sur l'idée que la situation de dépendance constitue un risque contre lequel les individus peuvent se prémunir en souscrivant un contrat d'assurance (la souscription pouvant être rendue obligatoire). En cas de dépendance, les assureurs verseraient une rente qui servirait au financement des soins, leur organisation étant laissée à la discrétion des personnes. La seconde proposition s'inscrit dans une logique autre. L'accent est mis non pas sur les modalités de financement mais sur l'organisation des soins. Le système proposé veut s'appuyer sur les réseaux de soins déjà existants et renforcer l'aide informelle en offrant une meilleure protection aux aidants. Le système ne serait pas confié au secteur de l'assurance privée. Le choix du législateur ira en faveur de cette seconde proposition qui, contrairement à la première, présente l'avantage de s'inscrire dans la logique de solidarité du système de Sécurité Sociale hérité de Bismarck.

¹¹ M. Jaeckel, « Long-Term Care for the Aged in Germany (FRG) : Structures and Prospects », in : D.G. Gill, S.R. Ingman, eds, *Eldercare. Distributive Justice and the Welfare State : Retrenchment or Expansion*, State University of New York Press, Albany, 1994, pp. 43-57.

3.2. La loi sur l'assurance-dépendance

Ces débats ont abouti à la loi du 28 mai 1994 qui crée une assurance dépendance (*Pflegeversicherung*). Elle est entrée en vigueur le 1^{er} avril 1995. Son champ a été limité, dans un premier temps, aux personnes vivant à domicile, puis a été étendu à partir du 1^{er} juillet 1996 aux personnes hébergées en institution. Le financement est assuré par une cotisation assise sur les salaires (1 % du salaire brut mensuel sous le plafond de l'assurance maladie obligatoire du 1.1.1995 au 30.6.1996, 1,7 % ensuite), supportée conjointement par les employeurs et les salariés¹². Les enfants à charge et les conjoints dont le revenu ne dépasse pas un certain plafond sont protégés par cette assurance sans avoir à verser de cotisation supplémentaire, tandis que les retraités paient eux-mêmes la moitié de la cotisation, la seconde partie étant acquittée par l'assurance vieillesse.

L'accès à la prestation sociale dépendance est ouvert à tous les assurés sociaux (et à leurs ayants-droits) qui vérifient un minimum de durée contributive : cinq ans au cours des dix dernières années depuis le 1^{er} janvier 2000¹³. Ne sont pas couvertes les personnes non assujetties au versement de cotisations sociales (salariés occupant des emplois à faible volume d'activité : *geringfügige Arbeit*) ou dont le revenu dépasse le plafond de Sécurité Sociale, et les travailleurs indépendants. Ceux-ci peuvent cependant adhérer volontairement au système social ou à un système privé d'assurance. Les systèmes privés sont obligés de fournir une assurance dépendance avec un niveau de prestations au moins égal à celui de l'assurance sociale.

Peuvent prétendre au bénéfice d'une prestation les assurés qui ont besoin d'une aide pendant au moins six mois pour effectuer les actes ordinaires et de la vie quotidienne (soins corporels : douche, élimination urinaire et fécale ; alimentation, mobilité : habillage/déshabillage, lever, coucher), du fait d'une maladie ou d'une incapacité physique, mentale ou psychique¹⁴.

Le niveau des prestations dépend de la durée des soins nécessaires¹⁵. Cette durée est constatée par les services médicaux de l'assurance-maladie qui évaluent quelles sont les fonctions dans les domaines des soins corporels, alimentation, mobilité et de l'entretien ménager qui ne peuvent être remplies de façon autonome.

Trois niveaux de dépendance sont distingués (tableau 2) :

- niveau 1 : la durée des soins est comprise entre une heure et demie et trois heures par jour (les tâches ménagères n'excédant pas 44 minutes) ;
- niveau 2 : la durée des soins est comprise entre trois et cinq heures par jour (les tâches ménagères étant limitées à 1 heure) ;
- niveau 3 : la durée des soins est d'au moins cinq heures par jour (les tâches ménagères

¹² Pour compenser l'augmentation des charges, les employeurs ont récupéré un jour férié - laissé à la discrétion des Länder.

¹³ Cette condition contributive a été mise en place progressivement : un an de cotisation en 1996, puis deux ans en 1997, trois ans en 1998, quatre ans en 1999, et cinq ans depuis le premier janvier 2000.

¹⁴ « Flegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen » (§ 14 SGB XI).

¹⁵ Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'assurance-dépendance, les temps de soins requis ne jouaient qu'un rôle minime dans l'assistance à la vieillesse en Allemagne. La mesure du temps de soins requis fait l'objet d'une littérature spécifique que nous n'abordons pas ici.

n'excédant pas 1 heure) ; si la durée des soins est de plus de sept heures, dont au moins deux heures durant la nuit, la personne entre dans la catégorie de la dépendance lourde.

Les besoins de soins sont réévalués au moins une fois tous les six mois pour les niveaux 1 et 2, et tous les trois mois pour le niveau 3. Le contrôle de la situation des personnes est aussi l'occasion de vérifier la qualité et l'adaptation des soins profanes et professionnels.

A chaque degré de dépendance correspondent plusieurs niveaux de prise en charge selon que les soins sont donnés en institution ou à domicile, de jour ou de façon permanente, par des proches ou par des professionnels (tableau 3). Dans la continuité de la loi de 1991, deux prestations principales pour les personnes hébergées à domicile sont prévues : une prestation en espèces versée à la personne dépendante pour rémunérer les aidants de son choix ; une prestation en nature sous la forme de soins dont l'équivalent monétaire est plafonné :

- la prestation monétaire (*Pflegegeld*), versée dans le cas où la personne prend elle-même en charge l'organisation et la gestion de ses soins, par exemple en faisant appel à son entourage. Dans ce cas, la prestation est de 205 euros pour le niveau 1, de 410 euros pour le niveau 2 et de 665 euros pour le niveau 3. Dans le cas où l'état de la personne exigerait une dépense plus importante (dépendance lourde), la prestation en nature peut être augmentée de 950 DM par mois mais l'aidant doit nécessairement être un professionnel ;
- la prestation en nature (*häusliche Pflegehilfe*) finance le service de soins professionnels. Selon le niveau de besoins, la prestation peut s'élever à 384 euros pour le niveau 1, 921 euros pour le niveau 2, 1432 euros pour le niveau 3.

Tableau 2 : conditions d'accès aux prestations selon le niveau de dépendance

Niveau de dépendance	- 1 -	- 2 -	- 3 -	
Durée minimale des soins journaliers	> 90 minutes	> 180 minutes	> 270 minutes	> 420 minutes (dépendance lourde)
Besoin d'aide	Au moins une fois par jour pour au moins deux domaines parmi les trois suivants : soins corporels, alimentation, mobilité.	Au moins trois fois par jour pour les soins corporels, l'alimentation, la mobilité	Aide journalière constante de jour pour les soins corporels, l'alimentation et la mobilité et régulièrement de nuit	Aide journalière constante de jour pour les soins corporels, l'alimentation et la mobilité et régulièrement de nuit (au moins 120 minutes)
Part maximale dévolue aux tâches ménagères (Hauswirtschaft)	44 minutes	60 minutes	60 minutes	60 minutes
Type d'aidant	Profane + professionnel	Profane + professionnel	Profane + professionnel	Uniquement professionnel

Ces deux prestations peuvent être combinées (par exemple 80 % de l'aide en espèces et 20 % de l'aide en nature). Les personnes dépendantes ont ainsi le choix d'organiser et de gérer leurs soins à leur gré (sauf dans le cas de la dépendance lourde, pour lequel seuls peuvent intervenir des aidants professionnels). Une part de l'aide peut être consacrée à des tâches ménagères sans pouvoir excéder une heure par jour. Par ailleurs, la prestation prévue pour le remplacement temporaire (quatre semaines au maximum) de l'aidant habituel est maintenue.

Tableau 3 : Montant des prestations versées au titre de la dépendance selon le degré de dépendance et le type des soins au 1^{er} janvier 2002 (en euros)

	Niveau 1 dépendance importante	Niveau 2 dépendance sévère	Niveau 3 dépendance très sévère	Niveau 3 bis Dépendance lourde
Aide :				
- en nature (häusliche Pflegehilfe)	384	921	1432	-
- monétaire (Pflegegeld)	205	410	665	-
Aidants :				
- profanes	205	410	665	-
- professionnels	1432	1432	1432	1918
Soins de courte durée	1432	1432	1432	-
Soins partiellement hospitaliers (de jour ou de nuit)	384	921	1432	-
Soins hospitaliers	1023	1279	1432	1688

En juillet 1996, la prestation dépendance a été étendue aux personnes hébergées en institution (*Vollstationäre Pflege* : dépendance stationnaire totale). Le montant varie selon le niveau de dépendance. La loi de 1995 avait prévu une prise en charge pour les personnes ayant besoin de soins formels en institution sans y être hébergées (*Teilstationäre Tages- und Nacht-Pflege* : dépendance stationnaire partielle de nuit ou de jour). Le montant de cette prestation pour soins partiels en ambulatoire a été fortement révalorisé au cours de l'été 1999 (passant de 1.500 DM à 1.800 DM pour le niveau 2 de dépendance, et de 2.100 à 2.800 DM pour le niveau 3). Pour les personnes les plus dépendantes, il n'y plus de différence entre les personnes hébergées en institution et celles qui bénéficient en partie de soins ambulatoires.

3.3. Eléments de bilan

La montée en charge du programme s'est faite progressivement. En avril 1995, le nombre de bénéficiaires était de l'ordre d'un million. A la fin de l'année 2000, on recensait au total (privé et public) 1,8 millions de bénéficiaires de soins, dont 1,26 million en ambulatoire et 561.000 en stationnaire (tableau 6). Entre 1996 et 2000, pour les soins en ambulatoire, on observe une réduction sensible du nombre de personnes classées en niveau 2 et 3, compensée par une

augmentation du niveau 1 qui regroupe maintenant 54 % de l'effectif total. Cette tendance manifeste le renforcement des modalités du contrôle médical pour la classification en niveau 2 et 3. Pour les soins stationnaires, l'augmentation du nombre de personnes concernées est importante (+ 46 %) entre 1996 et 2000. Elle concerne les deux premiers niveaux de dépendance, le volume des personnes classées en niveau 3 restant à peu près stable.

Les bénéficiaires sont relativement âgés. Environ trois-quarts des bénéficiaires sont âgés de 65 ans et plus. La prévalence de la dépendance par classe d'âge est constante jusqu'à 55 ans. A la mi 1997, environ 50 % des bénéficiaires de prestations ambulatoires étaient âgés de plus de 80 ans (70 % dans le stationnaire). Les femmes sont largement majoritaires. Elles représentent 80 % de l'effectif en stationnaire et 65 % en ambulatoire. Le risque dépendance est en effet plus élevé pour les femmes en raison d'une part, d'une espérance de vie plus longue et d'autre part, d'un risque d'isolement plus élevé pour cause de veuvage.

Le dispositif a amélioré de façon substantielle la situation des personnes dépendantes. Mais des critiques ont souligné que l'assurance était réservée aux grands dépendants. La prise en charge des personnes les moins dépendantes (moins de 90 minutes d'aide quotidienne) continue de reposer sur l'aide informelle. L'existence de cette zone de non-couverture fait l'objet de critiques assez vives. Elle ne serait pas conforme à l'esprit de l'assurance sociale qui devrait couvrir tous les assurés sans exclusion aucune, mais surtout elle laisse le terrain libre au développement d'un secteur lucratif en matière d'activité de soins.

La question qui se pose désormais en Allemagne est celle de la pérennité du système. En 2000, les dépenses se sont élevées à 16,7 milliards d'euros, dont 7,5 pour les soins en institution, 4,2 pour les prestations monétaires et 2,3 pour les prestations en nature. L'équilibre financier est aujourd'hui atteint, mais les perspectives démographiques font déjà craindre une croissance substantielle du nombre de personnes dépendantes âgées que le système, dans sa configuration actuelle, ne pourra absorber que moyennant une augmentation substantielle du taux de cotisation. Dans le même temps, la mise en place de l'assurance-dépendance a permis de réduire les dépenses d'aide sociale (pour la seule année 1997, les dépenses des soins pour les Länder ont été allégées de 10 milliards de DM). Les principaux perdants de la réforme sont les personnes handicapées en stationnaire qui étaient les principaux bénéficiaires de cette aide sociale. En entrant dans le champ de la dépendance, elles sont désormais soumises au versement de la cotisation et font l'objet d'un contrôle médical plus strict et régulier sans que leur situation financière en ait été améliorée.

Tableau 6 : Bénéficiaires (en milliers) d'une prestation au 31 décembre (hors caisses privées)

Soins ambulatoires

Niveau de dépendance	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Ensemble
1996	508.5	507.3	146.4	1162.2
1997	568.8	486.3	143.0	1198.1
1998	616.5	471.9	138.3	1226.7
1999	668.3	472.2	139.9	1280.4
2000	681.7	448.4	130.7	1260.8

Soins stationnaires

Niveau de dépendance	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Ensemble
1996	111.9	162.8	109.9	384.6
1997	159.5	189.9	113.3	462.6
1998	187.9	210.5	113.0	511.4
1999	204.0	226.7	115.4	546.0
2000	210.9	234.8	115.6	561.3

Source : Daten des Gesundheitswesens, diverses années.

4. ELEMENTS DE COMPARAISON

Au terme de cette présentation des principales caractéristiques des systèmes français et allemands, nous faisons plusieurs remarques de portée générale pour terminer par une comparaison des deux systèmes de prise en charge de la dépendance d'un point de vue normatif.

4.1. Handicap et dépendance

D'une façon générale, la situation de dépendance peut être caractérisée comme l'état d'une personne qui nécessite l'intervention d'un tiers pour aider à la réalisation d'actes de la vie courante (tâches ménagères, soins personnels...). Selon cette approche, la dépendance apparaît comme une catégorie interne au handicap. La France a pourtant fait le choix d'opérer une distinction entre handicap et dépendance sur base d'un critère d'âge qui n'existe pas en Allemagne.

La distinction handicap/dépendance n'est cependant pas sans soulever des difficultés. Nous pouvons en évoquer trois. Tout d'abord, la délimitation de la dépendance sur un critère d'âge conduit à une confusion entre le vieillissement biologique (sénescence) et vieillissement chronologique. « L'un et l'autre sont en étroites relations mais ils peuvent s'écarter l'un de l'autre du fait de conditions d'existence différentes liées au genre et à la classe sociale qui génèrent des histoires de vie différentes. A un âge avancé les facteurs génétiques prédominent, réduisant le rôle des écarts socio-économiques »¹⁶.

Deuxièmement, l'association immédiate entre âge et dépendance est tributaire d'une représentation négative de la vieillesse, avec ce que cela sous-entend de dépréciation du rôle économique et social des personnes âgées. Ceci ne fait que renforcer une conception de la vieillesse élaborée au XIX^{ème} siècle par la gériatrie naissante sur laquelle les politiques sociales en faveur des personnes âgées n'ont jusqu'à présent cessé de s'appuyer et qu'elles ont de la sorte contribué à consolider. Les orientations sanitaires en faveur d'une médicalisation de la vieillesse en fournit une bonne illustration¹⁷.

¹⁶ J.-Cl. Henrard, « Vieillissement, âge et santé », *Actualité et dossier en santé publique*, 1997, n° 21.

¹⁷ P. Bourdelais, *L'âge de la vieillesse*, Paris, Odile Jacob, 1993.

Troisièmement, la distinction entre un « âge du handicap » et un « âge de la dépendance » établie sur base de l'âge légal de la retraite constitue certainement un repère commode et rassurant. Elle présente en outre l'avantage de délimiter clairement les responsabilités des diverses institutions sociales susceptibles d'intervenir dans la prise en charge des personnes handicapées, d'une part, et des personnes dépendantes, d'autre part : le handicap est associé aux âges d'activité, tandis que la dépendance correspond aux âges qui suivent le retrait d'activité en fin de vie active. Si la perte d'autonomie intervient avant l'âge de la retraite (ce qui affecte les capacités de gains), l'individu devra être pris en charge jusqu'à ce qu'il puisse liquider ses droits à la retraite. Par contre, si la perte d'autonomie intervient après la liquidation de la retraite, l'individu percevra sa pension quel que soit son état de santé¹⁸. Une telle délimitation entre handicap et dépendance sur base de l'âge de la retraite est cependant exposée à un risque d'inversion conceptuelle : la catégorie statistique, en se calant sur la législation du travail en vigueur, peut progressivement tendre à définir la réalité humaine qu'elle était censée décrire. Par ailleurs, cette perspective passe à côté de la spécificité du problème que pose la dépendance. La question essentielle n'est peut-être pas tant celle des effets de la dépendance sur la capacité de gains que l'augmentation des besoins de soins et d'intervention d'aidants pour la réalisation d'actes quotidiens. La garantie de ressources que constitue la pension de retraite n'est pas nécessairement suffisante pour y faire face.

4.2. Le choix de la solidarité sociale

Les deux pays ont fait le choix de la solidarité sociale pour la prise en charge de la dépendance. Ce choix peut être légitimé par le souci de traiter également les égaux au regard de la dépendance, grâce à une prise en charge harmonisée des populations concernées (en termes de niveaux de prestations, d'accès à des services spécifiques). Mais pourquoi ne pas avoir laissé les individus organiser leur prise en charge par le recours à l'épargne de précaution ou à la souscription d'un contrat d'assurance *ad hoc* ? N'y a-t-il pas un risque de déresponsabiliser les individus aussi bien à l'égard de leurs choix de vie présents que de leurs choix sur l'ensemble de leur cycle de vie ?

Une première raison tient à la myopie supposée des agents. L'état de dépendance et ses conséquences financières seraient mal anticipés. La seconde raison tient aux difficultés de mise en œuvre d'une assurance privée en la matière. Les travaux théoriques ont mis en évidence l'incapacité du marché d'assurer efficacement le risque de dépendance, sans générer des discriminations socialement discutables (composition familiale ou éloignement géographique de la parentèle, passé médical...)¹⁹.

La solidarité sociale ne s'exprime pas de la même manière dans les deux pays. L'Allemagne a fait le choix d'inscrire la prise en charge de la dépendance dans le système d'assurance sociale, en en faisant un cinquième risque. La prestation est ouverte à tous, sans condition d'âge ni de ressources. Son attribution dépend uniquement du volume horaire de soins nécessaires pour les actes de la vie quotidienne. Le financement spécifique est assuré par voie contributive. Cependant, les assurés sont libres de choisir une assurance privée plutôt que l'assurance publique, mais leur choix est définitif. Les compagnies privées sont tenues d'assurer des prestations au moins identiques à celles de l'assurance publique.

¹⁸ D. Kessler, « Les enjeux économiques de l'incapacité », *Risques*, n°26, 1997, pp. 89-92.

¹⁹ Assous Laurence, Mahieu Ronan, « L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé. Une mise en perspective internationale », *Revue Economique*, Vol. 53(4), juillet 2002, pp. 887-912.

La France a consolidé progressivement son système d'aide aux personnes âgées dépendantes, en en faisant un droit, mais sans l'inscrire dans le système de sécurité sociale. Le financement complexe d'une prestation supportée par les départements ne fait pas apparaître explicitement le type de solidarité à l'œuvre, mais l'APA ressort bien de la solidarité sociale.

4.3. Un traitement égal des égaux

Dans les deux pays, les prestations sont évaluées sur la base des besoins des personnes. Elles visent à compenser une perte d'autonomie en permettant aux personnes de réaliser des actes élémentaires de la vie quotidienne. Mais en France, la prise en charge est limitée aux personnes âgées de plus de 60 ans et est modulée en fonction des ressources. En Allemagne, il n'y a ni critère d'âge, ni de ressources.

Le traitement égal des égaux n'est donc pas envisagé de la même manière dans les deux pays. Plus exactement, ce sont les critères de l'égalité qui diffèrent. En Allemagne, l'égalité n'est considérée que du point de vue du besoin de soins exprimé en volume horaire, indépendamment de toute autre caractéristique. En France, les égaux sont ceux qui parmi les personnes de plus de 60 ans ont un même besoin d'aide et appartiennent à la même classe de revenu. En conséquence de quoi, le système français de prise en charge de la dépendance opère non seulement une redistribution horizontale (entre personnes non dépendantes et personnes âgées dépendantes) mais aussi une redistribution verticale.

4.4. Compensation versus non-discrimination

Le débat général sur les politiques en faveur des personnes dépendantes fait ressortir une tension entre deux orientations fondamentales qui traverse toute la littérature sur le handicap en général : compensation vs non-discrimination. Si certains auteurs défendent l'idée qu'il convient de compenser les personnes handicapées parce qu'elles sont handicapées, d'autres rejettent cette idée au motif que c'est supposer implicitement que la vie d'une personne handicapée serait en quelque sorte inférieure à celle d'une personne dite normale. La politique adéquate devrait selon eux consister à lever les barrières de discrimination qui existent envers ces personnes, par exemple, en assurant un accès égal à la vie publique par l'élimination de toutes les barrières qui peuvent l'entraver. Dans cette perspective, la personne handicapée est plutôt différente que défaillante²⁰. Cette distinction peut être rapprochée d'une autre, plus classique, entre le modèle médical et le modèle social du handicap.

Les aides destinées aux personnes dépendantes se situe apparaît comme un moyen terme entre ces deux perspectives. D'un côté, elles présupposent une vision *perfectionniste* sur l'homme, c'est-à-dire une vision de ce qu'il est jugé correct ou normal pour un être humain de faire²¹. C'est ainsi que les deux systèmes étudiés offrent des prestations établies à partir d'une définition des actes élémentaires qu'une personne est censée pouvoir réaliser pour être considérée comme autonome. Ceci renvoie à une compréhension particulière de la vie bonne. Du même coup, le problème des goûts dispendieux est réglé : les préférences individuelles ne sont pas prise en compte, si ce n'est dans l'organisation des soins en Allemagne.

²⁰ Cf. Anita Silvers, David Wasserman, Mary B. Mahowald, *Disability, Difference, Discrimination. Perspectives on Justice in Bioethics and Public Policy*, Rowman & Littlefield Publishers, Oxford, 1998.

²¹ Cf. Jonathan Wolff, « The message of redistribution. Disadvantage, public policy and the human good », A Catalyst Working Paper, London, 2003.

De l'autre côté, le versement *sans condition de ressources* des avantages liés à la dépendance fait reposer implicitement la prestation sur un droit essentiel à l'autonomie de chaque citoyen. On se situe davantage du point de vue social que médical. L'idée d'une compensation financière de la perte d'utilité causée par la dépendance ou de la perte d'autonomie au sens strict est absente des configurations institutionnelles étudiées.

Il faut noter cependant une différence remarquable entre les deux pays. En Allemagne, l'aide est liée à l'accès aux services de personnes. En France, l'APA a une perspective plus large. Les textes stipulent que l'aide peut être de toute nature, du moment où elle est inscrite dans le plan d'aide. La compensation de la perte d'autonomie est ainsi envisagée dans une perspective plus générale qui ne veut pas se limiter simplement au financement de l'intervention de tiers.

4.5. La responsabilité des personnes

Le type d'aides proposées par les deux systèmes tendent à décharger les personnes et les familles de la charge de la dépendance. Des différences essentielles apparaissent cependant.

L'originalité du système allemand réside dans la structure du système de prestations. Il permet à la personne dépendante d'organiser son système de soins, en faisant appel soit à des aidants informels, soit à des aidants professionnels, éventuellement en combinant les deux. Il finance l'aide informelle et prévoit son remplacement temporaire (allocation de congés). Il offre également des possibilités de placement en accueil de jour ou de nuit. Ces conditions de prise en charge contribuent à l'autonomie des personnes, en préservant une véritable liberté de choix dans l'organisation des soins (sauf dans le cas de la dépendance la plus lourde) et en facilitant le maintien à domicile. Le système social ne joue pas un rôle subsidiaire par rapport à l'aide informelle. Au contraire, il l'inscrit au cœur de la prise en charge de la dépendance en la valorisant socialement et en l'encadrant par un contrôle régulier de la qualité des soins prodigués et par la mise en place de formations adaptées à destination des aidants familiaux.

Les deux prestations peuvent être combinées. La personne dépendante à domicile se voit reconnue une plus grande liberté et donc responsabilité dans l'organisation de son réseau de soins. Malgré une différence de niveau très sensible (environ moitié moindre), 80 % des personnes dépendantes à domicile optent pour des prestations en espèces. Celles-ci offrent certainement une plus grande souplesse dans l'organisation des soins. Mais la qualité des soins risque de s'en ressentir²².

Une telle distinction n'existe pas en France, ce qui n'interdit pas la personne dépendante de rémunérer une personne de son entourage (sous certaines restrictions) pour les soins dont elle a besoin. Le débat persiste en France de savoir si les avantages versés au titre de la dépendance ne doivent pas faire l'objet d'une récupération sur succession. L'APA a supprimé une telle clause qui existait dans le cadre de la PSD, mais le débat n'est pas définitivement clos et il est possible que l'on revienne en arrière. Implicitement, ce serait imputer une responsabilité financière à la personne dépendante et à ses descendants. Aujourd'hui, la personne dépendante est simplement tenue de prendre en charge financièrement une partie de son plan d'aide, variable selon son niveau de revenu.

²² Cf. Lechevalier Arnaud, Ullmo Yves, « La réforme de la protection sociale du risque dépendance : les enjeux économiques et sociaux », *Revue de l'OFCE*, n° 77, avril 2001, pp. 157-198.

5. CONCLUSION

La discussion sur la prise en charge de la dépendance peut être brièvement résumée en utilisant la terminologie d'Armatya Sen. S'agit-il pour le système social d'égaliser les *functionnings*, les fins et les buts comme rester à domicile ou pouvoir organiser son système de soins, ou les *capabilities* qui permettront à l'individu de réaliser ces fins et buts ? Quelle que soit la réponse, se pose la question de la définition de ces fins et de ces buts - supposés constitutifs de l'autonomie de la personne. Quels sont les buts et les fins qu'une personne est en droit de souhaiter atteindre compte tenu de son âge et de son état de santé ? Il ne s'agit rien de moins que de définir une norme de la vie bonne et partant de définir les moyens qu'une personne dépendante peut légitimement prétendre réaliser, compte tenu de son état de santé. La comparaison des politiques mises en œuvre en France et en Allemagne a permis de montrer comment ces deux pays se sont engagés dans des voies assez différentes. Il leur reste cependant à consolider financièrement le droit à l'autonomie. Des évolutions sont donc encore à venir qui pourront affecter la nature et le montant des prestations servies.