

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**La fusion de la PCH et de l'APA : report utile, abandon
nécessaire ou recul incompréhensible ?**

– Groupe n°19 –

Patrick Boutié	Fanny Jéhanno
Frédéric Clap	Kévin Le Rolland
Marc-Antoine Daems	Aurélien Stival
Manar Elouafi	Claire Tournecuillert
Christine Girault	

Animatrice

- *Pascale Roussel*

Méthodologie de travail

Première prise de contact

Une première rencontre avec l'animatrice a permis au groupe de faire connaissance et de préciser les contours de notre travail. Chacun a présenté ses motivations quant au choix du sujet et s'est exprimé sur ses connaissances et expériences personnelles et professionnelles sur la thématique étudiée.

Nous avons ensuite désigné le référent logistique du groupe. Patrick Boutié, élève IASS, s'est proposé pour assurer cette fonction. Il assure ainsi l'interface entre l'administration et les membres du groupe et coordonne l'élaboration du budget prévisionnel.

Nous avons mis en place un « Google Document » dans le but de faciliter la centralisation des données, de permettre à chaque membre du groupe de visualiser en continu l'état d'avancement des travaux du groupe et d'assurer la cohésion des travaux.

Identification et appropriation du sujet

Cette phase de travail a occupé la première semaine du module et s'est déroulée en quatre temps :

- Dans un premier temps, nous avons procédé à un *brainstorming* afin de dégager les mots-clés et les grands thèmes constitutifs du sujet.
- Dans un second temps, nous avons pris connaissance de la bibliographie élaborée par l'animatrice et des ressources documentaires disponibles sur le sujet.
- Dans un troisième temps, nous avons défini une première ébauche de notre problématique et un projet de plan. A la suite de ce travail, nous nous sommes répartis en sous-groupes pour travailler de manière plus optimale les différentes thématiques du sujet. L'interfiliarité a été privilégiée dans la composition de ces sous-groupes afin de bénéficier des différentes expériences personnelles et professionnelles de chacun.
- Dans un quatrième temps, en lien avec leurs thèmes, les différents sous-groupes se sont positionnés sur les entretiens que notre animatrice avait au préalable programmés auprès de professionnels du secteur (Annexe 1 : Liste des interlocuteurs). Nous avons élaborés des grilles d'entretien spécifiques à chaque interlocuteur (Annexe 2 : Grilles d'entretien).

Entretiens et recueil d'informations

La deuxième semaine, nous avons réalisé huit entretiens présentsiels. Divers acteurs, d'origines professionnelles variées, travaillant dans le champ du handicap et des personnes âgées dépendantes, ont pu être rencontrés à cette occasion. Ces entretiens nous ont apporté une vision de « terrain », qui a nourri nos réflexions ; ils ont parfois confirmé les données de la littérature, complété ou apporté des éclairages contradictoires.

Les comptes rendus écrits ont été partagés par les membres du groupe sur le « Google Doc » afin que chacun puisse bénéficier de l'apport de ces entrevues.

A la suite des entretiens, chaque sous-groupe a rédigé une première version de la partie du rapport dont il avait la responsabilité.

Mise en commun et rédaction du rapport définitif

La dernière semaine a été utilisée pour la production de notre version définitive du document. A cette occasion, nous avons affiné la formulation de notre problématique et l'articulation des différentes parties de notre plan.

Au cours de ces derniers jours, le groupe a procédé à une relecture commune et à une mise en cohérence du devoir.

Sommaire

Introduction.....	10
A. LA FUSION DE L'APA/PCH EST UN OBJECTIF POLITIQUE ANCIEN : LE « 5 ^{ème} RISQUE » DEVAIT EN PERMETTRE LA REALISATION.....	13
1.La fusion de l'APA et de la PCH, un objectif politique ancien dont les fondements sont liés à une redéfinition de la dépendance et du handicap	13
1.1.Deux prestations différenciées car liées à des publics aux besoins apparemment distincts.	13
1.2.Mais dont les ressemblances ont interrogé la possibilité d'une fusion via la mise en place d'un "5 ^{ème} risque"	15
2.Les dispositifs actuels et certaines expérimentations au service de la convergence.....	18
2.1.Etat des lieux : les moyens financiers et humains.....	18
2.2.Convergence de l'organisation des services : le terrain se mobilise face à la complexité et la multiplicité des acteurs des deux secteurs à l'initiative des Conseils Généraux.	21
2.3.Les outils d'évaluation et de connaissance des situations de handicap et de perte d'autonomie différent-ils vraiment ?.....	23
B. DES RESISTANCES FONT ENCORE OBSTACLE A LA CONCRETISATION D'UNE FUSION APA/PCH, NECESSITANT LA POURSUITE D'OBJECTIFS PLUS MODESTES	24
1.La fusion de l'APA et de la PCH : une concrétisation encore incertaine	24
1.1.La question du handicap et celle de la dépendance des personnes âgées se posent de manière différente	24
1.2.Des obstacles techniques perdurent de sorte que toute fusion à court terme n'est pas envisageable	27
1.3.Les enjeux socio-économiques sont plus manifestes s'agissant de l'APA.....	29
2.Des objectifs plus modestes doivent permettre de répondre efficacement à l'enjeu de la dépendance	30
2.1.Une convergence ciblée des deux prestations plutôt que leur fusion semble un préalable nécessaire	30
2.2.Le rapprochement peut simplement être technique sans nécessité de revoir l'économie générale de la prise en charge de la dépendance	31
2.3.Le débat sur la construction d'un « 5 ^{ème} risque » n'est cependant pas clos et doit être poursuivi.....	33

Conclusion	36
Bibliographie.....	37
Liste des annexes	38
Annexe 1 : Liste des interlocuteurs.....	39
Annexe 2 : Exemples de grilles d’entretiens.....	40
Annexe 3 : Extrait du volet 6 du Guide d’Evaluation GEVA.....	43
Annexe 4 : Grille AGGIR.....	44
Annexe 5 : Exemple Canadien du Système de Mesure de l’Autonomie Fonctionnelle (SMAF) pour une évaluation globale de la perte d’autonomie autour d’un projet individualisé pour toute personne âgée ou handicapée, sans distinction.	45
Résumé :.....	46

Remerciements

Le groupe remercie Pascale Roussel, enseignante-chercheuse à la Maison des Sciences Sociales et du Handicap, pour son soutien méthodologique, sa disponibilité, et son accompagnement pendant toute la durée du module.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des personnes rencontrées au cours de nos entretiens qui, par leur disponibilité et leur expérience professionnelle nous ont permis d'apporter un éclairage complémentaire aux réflexions que nous avons menées sur le sujet :

- Véronique Aulnette, responsable du service évaluation de la MDPH d'Ille-et-Vilaine
- Nathalie Barré, conseillère gérontologique au CDAS d'Ille-et-Vilaine
- Malika Boubekeur, conseillère nationale sur les politiques de compensation à l'association des paralysés de France
- Christophe Duguet, directeur des actions revendicatives à l'association française de lutte contre les myopathies.
- Bernard Ennuyer, docteur en sociologie, ancien directeur d'un service d'aide à domicile
- Pascale Gilbert, Médecin Inspecteur Santé Publique, CNSA
- Marie-Luce Le Guen, directrice de la MDPH Ille-et-Vilaine
- Bernard Le Patezour, directeur de la MDPH Côtes d'Armor
- Véronique Robert, directeur du service Personnes Handicapées/Personnes Âgées au conseil général d'Ille-Et-Vilaine

Enfin, nous remercions Emmanuelle Guevara et François-Xavier Schweyer pour l'organisation du module interprofessionnel de santé publique.

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACFP	Allocation compensatrice pour frais professionnels
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AES	Allocation d'éducation spéciale
AFM	Association française contre les myopathies
AGGIR	Autonomie gérontologique groupe iso-ressources
ANSP	Agence nationale des services à la personne
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APF	Association des paralysés de France
APL	Aide personnalisée au logement
ARS	Agence régionale de santé
CAF	Caisse d'allocations familiales
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'actions sociales
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDAS	Centre départemental d'action sociale
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale
CESE	Comité économique, social et environnemental
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CMU	Couverture maladie universelle
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COTOREP	Commission d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'assurance-maladie
CSG	Contribution sociale généralisée
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
FFAPA	Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées
GEVA-A	Guide d'évaluation des besoins de compensation des aînés
GIP	Groupement d'intérêt public
GIR	Groupe iso-ressource
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées

ODAS	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance-maladie
PCH	Prestation de compensation du handicap
RMI	Revenu minimum d'insertion
PSD	Prestation spécifique dépendance
RSA	Revenu de solidarité active
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

Introduction

Une personne handicapée atteignant l'âge de 60 ans a la possibilité de conserver la prestation de compensation du handicap (PCH) – prestation destinée aux personnes handicapées de moins de 60 ans – qu'elle percevait jusqu'à présent, alors qu'une personne devenant handicapée à plus de 60 ans ne peut être éligible à la PCH et doit obligatoirement faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – prestation destinée aux personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans. Cette différenciation des prestations sociales destinées aux personnes en perte d'autonomie pour des situations qui peuvent être comparables met en évidence une différence de traitement pourtant contraire à l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme relative à l'interdiction des discriminations¹.

Cette différenciation résulte de deux conceptions différentes de la perte d'autonomie retenues dans la législation : le handicap pour les personnes de moins de 60 ans et la dépendance pour celles âgées de plus de 60 ans. Selon la loi du 11 février 2005², constitue un handicap « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». En vertu de la loi du 24 janvier 1997³, la dépendance est, quant à elle, définie « *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 constante* ». Ainsi, la conception de la perte d'autonomie retenue pour les personnes âgées correspond à une vision médicalisée de la prise en charge, alors que celle retenue pour les personnes handicapées de moins de 60 ans est beaucoup plus large et englobe l'ensemble de l'environnement social¹. Toutefois, l'esprit de la loi du 11 février 2005 impulse une convergence conceptuelle entre le handicap et la dépendance.

Cette différenciation perdure. Elle a été opérée à partir de 1997 et de l'instauration de la prestation spécifique dépendance (PSD). En effet, la discrimination des allocations en fonction de

¹ « *La jouissance des droits et libertés reconnus dans la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation* ».

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

³ Loi n° 97-60 du 24 février 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

l'âge n'existait pas dans l'attribution de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) instituée par la loi du 30 juin 1975². Elle a été pérennisée avec la mise en place en 2002 de l'APA par la loi du 20 juillet 2001³. Cette différenciation résulte principalement de considérations financières. Ainsi, plus de la moitié de l'enveloppe globale de l'ACTP était versée aux personnes de plus de 60 ans, alors que, dans l'esprit du législateur de 1975, l'ACTP devait être réservée aux personnes handicapées de moins de 60 ans⁴.

C'est à partir de 2001 que l'idée d'aligner les prestations sociales destinées aux personnes en perte d'autonomie a refait surface pour des raisons d'équité ; l'APA étant en moyenne beaucoup moins avantageuse que la PCH. Ainsi, de nombreuses associations du secteur dit des personnes âgées et certaines associations du champ du handicap se sont mobilisées en ce sens au sein du Groupe de réflexion sur les incapacités à tout âge afin d'obtenir la suppression de la barrière d'âge administrative fixée à 60 ans⁵. C'est la canicule de 2003 et ses 14.000 décès dont plus de 2/3 de 75 ans et plus qui a fait évoluer la question. L'article 13 de la loi du 11 février 2005 a alors posé le principe juridique de la convergence des deux prestations : *« Dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la prestation de compensation du handicap sera étendue aux enfants en situation de handicap . Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critère d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimés »*. Ce principe a été réaffirmé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans un rapport⁶ de 2007 qui souligne que l'*« autonomie est à l'évidence une notion qui ne peut pas se décliner dans des termes radicalement différents de part et d'autre de la limite purement administrative de 60 ans »*. Si la PCH a bel et bien été étendue aux enfants en situation de handicap avec la suppression de l'allocation d'éducation spéciale (AES) en 2008⁷, force est de constater que, plus de sept ans après la promulgation de la loi du 11 février 2005, la convergence des différentes prestations sociales destinées aux personnes en perte d'autonomie n'a pas été réalisée. L'alignement de l'APA sur la PCH semble même avoir été aujourd'hui abandonné

¹ Ennuyer B., *La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social ?*

² Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

³ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

⁴ Entretien réalisé avec M. Bernard Ennuyer le 10 mai 2012.

⁵ Elbaum M., Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de « 5ème risque » ? *Droit social*, n° 11, novembre 2008, pp. 1091-1103.

⁶ CNSA (2007), *Rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : construire un nouveau champ de protection sociale*.

⁷ Loi n° 2007-1786 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

comme le souligne de nombreux rapports¹. En 2010, la relance du débat sur le 5ème risque confirmait cet abandon puisqu'il ne concernait que les personnes âgées et la dépendance et avait exclu le champ du handicap².

Quelles raisons ont été avancées afin de justifier le choix de maintenir la différenciation des prestations ? D'autres solutions sont-elles envisageables afin de rapprocher les deux secteurs ? Outre ces deux interrogations, dans quelle mesure peut-on envisager la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes de la même façon et donc instaurer une prestation de compensation unique ? Les questions de l'hébergement (APA et PCH rentrent dans le financement global des établissements) et du maintien à domicile (APA et PCH sont attribuées directement au bénéficiaire ou au service d'aide) faisant intervenir des dynamiques différentes, il a paru plus judicieux, dans le contexte de la fusion PCH et APA, de traiter notre problématique sous l'angle du maintien à domicile.

Si la fusion de l'APA et de la PCH apparaît comme étant une finalité ancienne (A), des résistances font encore obstacle à la concrétisation d'une future convergence, ce qui nécessite la poursuite d'objectifs plus modestes (B).

¹ Gisserot H. (2007), *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix* ; Blanc P. (2007), *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ; Vasselle A. (2008), *Construire le 5ème risque : le rapport d'étape* ; Vasselle A. (2011), *Rapport d'information fait au nom de la commission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un 5ème risque*.

² Ennuyer B., *Personnes « handicapées », personnes « dépendantes ». Pour une équité de droits sans discrimination d'âge*, avril 2011.

A. LA FUSION DE L'APA/PCH EST UN OBJECTIF POLITIQUE ANCIEN : LE « 5ème RISQUE » DEVAIT EN PERMETTRE LA REALISATION.

1. La fusion de l'APA et de la PCH, un objectif politique ancien dont les fondements sont liés à une redéfinition de la dépendance et du handicap

1.1. Deux prestations différenciées car liées à des publics aux besoins apparemment distincts.

Il existe des modalités de prise en charge différentes entre les publics des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes.

1.1.1. Des publics aux besoins distincts

Les bénéficiaires de l'APA et de la PCH relèvent d'une seule philosophie : la compensation de la perte d'autonomie mais selon des modalités intrinsèques différentes. Tout d'abord, la question de la durée de la perte d'autonomie n'est pas la même. La prise en charge est plus courte pour les personnes âgées par rapport aux personnes en situation de handicap, qui peuvent bénéficier de la PCH toute leur vie. Comme le soulignent les intervenants interrogés, la problématique du vieillissement de la population en situation de handicap devient une préoccupation du secteur de plus en plus prégnante, et pour certains départements, elle commence à être prise en compte.¹

De plus, les ressources des deux populations sont différentes. En effet, une personne âgée bénéficie de sa retraite et de la constitution d'un patrimoine tout au long de sa vie tandis que la personne handicapée doit habituellement être accompagnée dans son parcours professionnel. Plus généralement, une insistance est faite sur le « projet de vie » de la personne handicapée, concept moins formalisé pour les personnes âgées.

La frontière des 60 ans ne correspond à aucun seuil « épidémiologique » et celui-ci peut être remis en cause au vu de l'évolution de l'âge et du potentiel de bonne santé à la retraite.

En conséquence, deux prestations « dépendance » existent aujourd'hui.

1.1.2. L'allocation personnalisée d'autonomie

L'APA a été créée en 2001 en remplacement de la PSD. Elle a vocation à pallier la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans ou plus. Ses principes fondateurs relèvent d'un droit objectif et universel, d'un champ des bénéficiaires élargi, de prises en charge diversifiées, d'une gestion de proximité et de la pérennisation du financement. L'APA est accordée par décision du président du Conseil Général suite à une demande du « sollicitant », sur proposition d'une commission. Ses modalités d'attribution diffèrent suivant le lieu de résidence de la personne,

domicile ou établissement. Prestation universelle en nature, son montant est cependant conditionné au degré de perte d'autonomie évalué dans le plan d'aide et aux revenus du bénéficiaire qui sont pris en compte par le biais du « ticket modérateur ». Il n'y a aucune récupération sur succession et son application est moins restrictive que l'ancienne PSD.

L'ACTP n'est pas remise en cause par la création de l'APA. Cette dernière a permis de rendre à l'ACTP sa vocation initiale, la compensation du handicap chez des personnes de moins de 60 ans. Pour éviter toute rupture dans la prise en charge, une personne ayant obtenu l'ACTP peut bénéficier de l'APA dès lors qu'elle en remplit les conditions d'attribution.

1.1.3. La prestation de compensation du handicap

La PCH est une prestation en nature qui a vocation, sous réserve de satisfaire aux conditions d'attribution, à prendre en charge les dépenses liées à un besoin d'aide consécutif au handicap, au regard du projet de vie de la personne² (comme l'aménagement du logement ou du véhicule de la personne handicapée).

Depuis 2006, la PCH s'adresse aux personnes en situation de handicap de moins de 60 ans, attestant d'une résidence stable et régulière en France ou faisant élection de domicile auprès d'une association ou d'un organisme à but non lucratif agréé à cet effet. Cette prestation est également servie par le département.

Aucune condition de ressources n'est fixée pour l'ouverture du droit à compensation.

La PCH peut se cumuler avec l'allocation pour adultes handicapés (AAH) et la majoration pour la vie autonome ou complément de ressources mais en aucun cas avec l'ACTP et l'allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP)³.

La PCH est accordée par la Commission des Droits et de l'Autonomie de la personne handicapée (CDAPH) créée au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire.

Le montant de la PCH est fonction de tarifs nationaux dans la limite de taux de prise en charge qui peuvent varier selon les ressources du bénéficiaire. Compte tenu des ressources de la personne handicapée, une partie des frais de compensation peut rester à sa charge. Toutefois dans la limite des tarifs et montants fixés par nature de dépense, cette participation ne peut excéder 10 % des ressources personnelles nettes d'impôts du bénéficiaire. Elle est versée mensuellement par le Conseil

¹ Foyers de vie dans le département d'Ille-et-Vilaine

² Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, article L245-1 et suivant et R 245-1 et suivant de la CASF

³ Conseil Général de Loir-et-Cher- Règlement Départemental d'Aide Sociale – décembre 2007

Général, au vu de la décision de la CDAPH. Elle obéit, comme l'APA, aux principes de régime suivants :

- non soumise à recours en récupération,
- incessible en tant qu'elle est versée directement au bénéficiaire et insaisissable
- non déclarée aux impôts
- non prise en compte pour le calcul d'une pension alimentaire
- non subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire,

Il est finalement à noter que les conditions de compensation appliquées aux personnes handicapées sont en moyenne plus favorables, puisque le montant de l'APA est en moyenne de 500 euros tandis que celui de la PCH est d'environ 1000 euros.¹ La PCH est exonérée de cotisations sociales patronales.

1.2. Mais dont les ressemblances ont interrogé la possibilité d'une fusion via la mise en place d'un "5ème risque".

1.2.1. Historique de la notion « 5ème risque »

La généralisation du concept de « 5ème risque », et/ ou de « 5ème branche » selon les appellations, a eu lieu pendant la campagne présidentielle de 2007 et dans le rapport annuel 2007 de la CNSA : « construire un nouveau champ de la protection sociale » dédié à ce thème. « Risque » ou « branche dépendance », sa dénomination rend compte d'une volonté d'adossement structurel à la Sécurité Sociale. Cette dernière est divisée en quatre branches: maladie, maladie professionnelles/accidents du travail, vieillesse et famille.

C'est à la fois la montée en charge du nombre de personnes âgées dépendantes due à des changements de paradigme démographique : entrée dans la vieillesse administrative – plus de 60 ans - de la génération du baby-boom et augmentation de l'espérance de vie ² et la volonté du législateur de 2005 de se diriger vers une convergence des prises en charge des personnes âgées et de personnes handicapées qui sous-tendent l'idée de création d'un 5ème risque. Pour autant, les étapes précédentes de la prise en charge du handicap et de la dépendance des personnes âgées ne s'orientaient pas vers une direction commune, que ce soit en termes de prestation ou en termes de gouvernance. De fait, ont successivement été créés l'APA en 2001, conditionnée entre autres par l'âge du demandeur puis la PCH en 2005, également conditionnée par l'âge et la situation de handicap.

¹ Penaud P et al, Politiques sociales p. 513

² « Augmentation de 25% des personnes âgées dépendantes de plus de 75 ans d'ici 2025 », Le Bouler S. « Quelle réforme pour le 5ème risque » in Regards sur l'Actualité, 2010, n°366, pp 8-28

En outre, la loi du 13 août 2004 faisant du département le chef de file de l'action sociale, et ce, malgré la création d'une caisse nationale de l'autonomie et d'un cofinancement des prestations pose le principe de proximité entre décideurs/payeurs/gestionnaires et bénéficiaires. Elle s'éloigne donc d'une reprise au niveau national de la gestion d'un 5ème risque¹.

1.2.2. Des fondements réels mais fragiles à la fusion de la PCH et de l'APA, et donc, a fortiori, à la mise en place d'un « 5ème risque »

Malgré un paysage institutionnel mixte, de nombreuses observations appelaient alors à une prise en charge globale de la dépendance sous une seule « institution ».

La première, qui relève d'une considération générale, est la définition même de la gestion de la dépendance, telle qu'on la trouve dans la littérature². Elle n'est pas pensée au niveau de la pathologie (handicap ou vieillesse pathologique) mais au niveau de l'environnement. Il s'agit de compenser la dépendance de façon à ce que « l'intégration dans la société » et que « l'égalité des chances » ne soient pas restreintes. En ce sens, l'universalité du droit à la compensation semble pertinente, si elle s'exprime dans une prestation indifférente au public à laquelle elle s'adresse et reste inhérente à l'adaptation personnalisée de l'environnement du bénéficiaire.

Les propositions de la CNSA en 2007, ainsi que les objectifs du gouvernement en 2008 présentés dans une plate-forme d'orientations³ prennent d'ailleurs bien en compte cette universalité et tentent de ne pas faire de distinction entre les publics visés. Ainsi, on trouve les orientations suivantes : « développer l'aide à domicile », « développer l'assurance dépendance à long terme », « mobiliser le patrimoine ».

A contrario, le rapport de Valérie Rosso-Debord : « Perte d'autonomie des personnes âgées, publié en 2010 », s'éloigne, comme son titre l'indique, d'une idée de fusion des publics âgés et en situation de handicap, et reste prudent quant aux notions de « 5ème risque » ou « 5ème branche ». Le principe d'universalité de la compensation n'est plus présent.

En second lieu, le paysage institutionnel lié aux problématiques de dépendance, en 2007 et encore aujourd'hui, est relativement éclaté. Que l'on parle de mécanismes de conventionnement et de contractualisation⁴, de modulation en fonction du maintien à domicile ou du placement en

¹ *Op. cit* Le Bouler, 2010.

² *Op. cit* Ennuyer, 2011 ; Le Bihan Youinou, 2010, *Op. cit* Elbaum, 2008

³ Le Bouler, 2010, dans « 5ème risque de protection sociale », document présenté le 28 mai 2008 à la CNSA par Xavier Bertrand, ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité et Valérie Létard, secrétaire d'Etat, chargée de la Solidarité

⁴ *Op. cit* Elbaum, 2008

établissement, des organismes de conseil ou bien des personnels d'évaluation¹, il existe bel et bien un manque de visibilité, tant chez les professionnels que chez les demandeurs ou bénéficiaires des prestations. Cette complexité pose un problème de plus grand niveau en ce qui concerne la gouvernance. A la fois par manque d'unification organisationnelle et avec la présence d'acteurs du secteur privé sur les thématiques de la dépendance se développe une concurrence entre les services d'aide dont les effets sur des publics fragiles ne sont pas encore connus.

En lien avec les problématiques institutionnelles, les montages de l'APA et de la PCH ont des caractères communs qui peuvent faciliter l'instauration d'une prestation commune. Comme cela a déjà été mentionné, il s'agit d'aides sociales, les dossiers sont instruits au niveau des départements selon des modalités similaires : envoi d'une équipe d'évaluation au domicile du demandeur, éventuel deuxième avis, etc. Selon les choix politiques de ces départements, un rapprochement des équipes peut être déjà mis en place (mutualisation des médecins ou bien des travailleurs sociaux par exemple, comme c'est le cas entre le conseil général et la maison départementale des personnes handicapées du département d'Ille-et-Vilaine). De plus, si la différence entre les deux grilles d'évaluation AGGIR et GEVA est un argument très souvent mis en avant par les professionnels, il n'en reste pas moins que ces deux grilles visent à évaluer une perte d'autonomie ; les personnels qualifiés pour évaluer la dépendance au niveau du handicap seraient donc interchangeables avec ceux qualifiés pour évaluer la dépendance au niveau de la vieillesse pathologique et vice-versa. Concernant la gestion d'une seule prestation au lieu de deux actuellement, la mise en commun des moyens et des compétences au sein d'un 5ème risque représenterait d'une part une clarification pour les demandeurs et les bénéficiaires, et d'autre part, des économies d'échelle au niveau des opérateurs et des moyens engagés.

Enfin, de façon peut-être moins évidente, la fusion de la PCH et de l'APA et le concept de « 5ème risque » se heurtent à une problématique apparemment malmenée²: les représentations liées à l'Âge.

Elle se pose avec la « limite administrative » de 60 ans. De fait, ne fait-on pas de la vieillesse un état pathologique en soi en refusant aux « vieux », ainsi que les nomment Bernard Ennuyer, une distinction entre vieillesse normale et vieillesse handicapante ? Robert Moulias note ainsi en 2011 : *“par les peurs engendrées, nombre de poncifs, d'idées reçues et l'âgisme, ce plus tenace des racismes, ont retardé la création d'une prise en charge équitable de la dépendance et de la perte*

¹ Entretien au Conseil Général d'Ille-et-Vilaine du 9 mai 2012

² *Op. cit* Ennuyer, 2011 ; Moulias R. « Compensation des déficiences, de la dépendance, de la perte d'autonomie. Pour un système pragmatique qui suive les besoins et non l'âge ou l'idéologie ». *Gérontologie* 2011/01, N:157 pp 13-21

d'autonomie, en particulier la notion fautive d'une "perte d'autonomie liée à l'âge", faisant abusivement de la vieillesse un synonyme de dépendance".

Le changement de représentation est donc à la fois un obstacle à la fusion mais également un objectif et un fondement à sa mise en place.

1.2.3. Des exemples européens transposables en France ?

L'article 13 de la loi du 11 février 2005 se place dans une mouvance européenne. En s'arrêtant sur une comparaison européenne, on constate que le concept de dépendance, nonobstant les systèmes respectifs de protection sociale, a pu être envisagé différemment dans les pays de l'Union Européenne. Trois critères se dégagent dans l'évaluation de la dépendance : l'âge, le niveau de revenu et celui de la dépendance. La France, parmi les pays de l'Union Européenne, est la seule à imposer un âge minimum de 60 ans pour bénéficier de l'APA. Italie, Allemagne et Pays-Bas proposent leur "prestation dépendance" à tout public évalué dépendant, mais ces pays sont arrivés à cette situation via des logiques différentes. Le premier a élargi aux personnes âgées dépendantes un dispositif déjà existant pour les personnes handicapées. Les suivants ont inscrit la dépendance dans une politique spécifique¹. Un rapport d'étape du Sénat, à propos de la construction d'un « 5ème risque » note néanmoins que la « branche dépendance » allemande souffre actuellement d'un déficit structurel et que le plan de sauvetage entré en vigueur en 2008 arrivera à son terme en 2014²

Ces exemples semblent donc montrer qu'une appréhension du handicap et de la vieillesse pathologique en tant que "risque dépendance" ou "risque autonomie" global est envisageable, même si elle reste à manier avec précaution, notamment dans un contexte français où les représentations de la vieillesse sont encore à travailler³.

2. Les dispositifs actuels et certaines expérimentations au service de la convergence.

2.1. Etat des lieux : les moyens financiers et humains.

Depuis sa création en 2001, l'APA, premier dispositif universel, est rapidement devenue une prestation de masse. Sa création a donné lieu à des débats sur sa gouvernance et son financement.

Le Département et la CNSA sont les principaux acteurs de la gestion et du financement de la dépendance et du handicap. Concernant la PCH, la création des MDPH constitue un progrès en termes de service aux personnes en offrant un guichet unique aux usagers.

Un mode de financement unique via la CNSA et un rapprochement des services d'évaluation des besoins à l'image des MDPH pourraient servir de base à une gestion commune de la dépendance

¹ Op cit Le Bihan, Martin, 2010

² Op cit Vasselle, 2008

³ Op cit Ennuyer, 2010

des personnes âgées et de la compensation du handicap. Certains Conseils Généraux ont expérimenté ce rapprochement autour de la notion de besoins et d'autonomie, sans distinction des deux champs.

2.1.1. Une dualité de gouvernance entre le Département d'une part et la CNSA de l'autre.

Le rôle confirmé du Département

L'aide sociale ayant été largement décentralisée dans les années 1980, les prestations légales prenant en charge la dépendance, dont la PSD, relevaient des départements, dont les efforts étaient variables. Dans la logique du passage à une prestation universelle et homogène sur l'ensemble du territoire, il aurait pu être décidé d'en confier la gestion et le financement aux régimes vieillesse de la Sécurité sociale. Dans un souci de pragmatisme, le Gouvernement a cependant choisi de maintenir la compétence des départements, qui disposent des moyens humains nécessaires à l'évaluation de la dépendance. La loi du 10 juillet 2001 a donc créé pour la première fois une prestation décentralisée dont le barème est entièrement défini au niveau national.

La CNSA finance les deux prestations

Pour financer l'affectation de cette charge nouvelle aux départements, la loi de 2001 a créé un instrument de compensation et de péréquation spécifique, le Fonds de Financement de l'APA (FFAPA). La CNSA s'est substituée au FFAPA.

La création de la CNSA a été annoncée dans le cadre de la « réforme de solidarité pour les personnes dépendantes » présentée par le Premier Ministre Jean-Pierre Raffarin le 6 novembre 2003. Ce plan, élaboré à la suite de la canicule de l'été 2003 qui avait causé une surmortalité importante parmi les personnes âgées, reposait sur un effort supplémentaire de 2,1 milliards d'euros par an (400 millions pour l'APA et 850 millions pour les personnes handicapées), financé par la création d'une journée solidarité et s'appuyant sur la création d'un organisme national recevant le produit de cette journée qu'il devait répartir entre personnes âgées et handicapées.

La CNSA élabore la « politique dépendance », elle a une fonction contributive auprès des Conseils Généraux visant à conforter la solvabilisation de la demande des personnes âgées et en situation de handicap. Elle a également une fonction de répartition des crédits de l'Assurance Maladie et de l'Etat finançant l'offre médico-sociale sous forme d'établissements et services, dans le souci de résorber les inégalités régionales et départementales observées en matière de taux d'équipement.

Les MDPH ont su regrouper différents organismes traitant des demandes des personnes en situation de handicap.

Avant la loi du 11 février 2005, le traitement des demandes individuelles des personnes handicapées était éclaté entre plusieurs organismes. La Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES), placée sous la responsabilité conjointe des ministères de l'Education Nationale et des Affaires Sociales, traitait des demandes d'orientation scolaire des enfants. La Commission technique de l'orientation et du reclassement professionnel (COTOREP), dépendant du ministère des Affaires Sociales, traitait des demandes relatives aux adultes : attribution de prestations comme l'AAH ou l'ACTP, orientation professionnelle, délivrance de titres comme la carte d'invalidité. Les prestations assurantielles comme la pension d'invalidité ou la rente d'accident du travail étaient attribuées par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). La CDES et la COTOREP n'assuraient pas de mission d'accueil et fonctionnaient comme des secrétariats de commission administrative, sans locaux dédiés à la réception des personnes ni agents formés pour ces missions.

Le législateur de 2005 a cherché à mettre en place un guichet unique, la MDPH, afin de simplifier les démarches et de favoriser une évaluation globale des besoins de la personne. Elle a placé ce nouvel organisme sous la tutelle du département - le Président du Conseil Général est le Président de la MDPH - dont elle a confirmé la responsabilité principale dans la prise en charge des personnes handicapées. Elle prend la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) pour ne pas perdre les contributions financières et humaines des différents partenaires impliqués, à savoir l'Etat et les organismes de Sécurité Sociale. C'est au sein de la MDPH que fonctionnent deux instances, l'équipe pluridisciplinaire, composée de professionnels qui préparent les décisions individuelles, et la CDAPH, qui les arrête.

2.1.2. Moyens humains

Parallèlement au déploiement des lois de 2001 et de 2005, le Parlement a adopté le 26 juillet 2005 un premier plan de développement des services à la personne qui est entré en vigueur en 2006 et qui a été suivi d'un second plan en 2009.

Le principal objectif de ces plans était de favoriser l'expansion et la professionnalisation de ce secteur économique conséquent qui emploie près de deux millions de salariés. Près de 250 000 organismes ont été agréés en 2010.

En ce qui concerne les prestations PCH et APA, le champ des professions et métiers concernés est plus restreint. En effet, il s'agit des services d'assistance aux personnes dépendantes leur permettant de compenser la perte d'autonomie dans leur vie quotidienne : le lever, les toilettes, l'habillement, l'alimentation, les déplacements, Sur son site, l'Agence nationale des services à la

personne (ANSP) - organisme chargé du déploiement des plans - regroupent ces métiers sous l'intitulé « les métiers pour la famille et les personnes fragiles ». Ainsi interviennent auprès des personnes dépendantes : les aides à domicile, les accompagnateurs à la mobilité, les auxiliaires de vie sociale, les aides médico-psychologiques, les techniciens de l'intervention sociale et familiale. Les plans de développement ont permis de favoriser la professionnalisation de ces acteurs, de reconnaître et de valoriser leurs compétences.

Un écueil avait cependant été soulevé par les rapports précédant la mise en œuvre de ces plans: la diversité et l'émiettement des employeurs. En effet, pour recourir à un service à la personne, le bénéficiaire dispose de trois modalités : prestataire, mandataire et l'emploi direct. Dans le cadre du mode prestataire, la personne dépendante recourt à un service prestataire qui peut être géré par une association, un organisme public ou une entreprise. Dans ce cas, le particulier n'est pas l'employeur, il ne gère ni les conditions de travail, ni la rémunération ni la formation des salariés. L'organisme doit alors être agréé. Dans le cadre du mode mandataire, la personne est l'employeur mais il délègue les démarches administratives à une organisation. Enfin, le bénéficiaire peut être l'employeur et dans ce cas, il doit gérer le recrutement, les conditions de travail, de rémunération et de formation.

Les organismes agréés de services à la personne dans ce secteur sont majoritairement des associations et des organismes publics. Ils représentent 89% des heures de services contre 11% pour le secteur des entreprises de service à la personne, même si leur nombre progresse fortement.

Il est difficile de déterminer précisément les effectifs des salariés intervenant spécifiquement auprès des personnes dépendantes car les codifications d'activité peuvent être très différentes et rendent difficile l'exploitation des données.

2.2. Convergence de l'organisation des services : le terrain se mobilise face à la complexité et la multiplicité des acteurs des deux secteurs à l'initiative des Conseils Généraux.

La notion de convergence entre les politiques en faveur des personnes âgées et celles concernant les personnes handicapées peut se concrétiser sur le terrain et modifier la perception du vieillissement et du handicap. Les initiatives se sont multipliées pour rendre opérationnelle l'idée d'une approche commune dans la gouvernance, l'accueil et l'orientation des deux populations mais aussi dans l'évaluation de leur situation. Les acteurs de terrain croient que la convergence est non seulement nécessaire mais possible. Il serait donc utile de les entendre pour mettre fin à cette complexité.

Les services administratifs se rapprochent

L'Observatoire de l'Action Sociale (ODAS)¹ a mené une enquête quantitative auprès de l'ensemble des départements de décembre 2009 à juin 2011. Il a utilisé une approche qualitative sur l'accueil, l'information, l'évaluation et l'orientation des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Plusieurs exemples de rapprochement des services peuvent être cités.

- La MDPH de Corrèze² a été transformée en Maison départementale de l'autonomie, MDA, depuis le 1er janvier 2011 : un guichet unique pour toutes les personnes en perte d'autonomie et leurs familles.
- Le Conseil Général des Ardennes³ a décidé de créer un lieu incluant tous les services proposés aux personnes handicapées et âgées, sans oublier les associations d'usagers.
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de Maillezais en Vendée⁴ sont autorisés officiellement à accompagner des personnes handicapées depuis quatre ans.

Certains Centres Locaux d'Information et de Coordination se rapprochent des MDPH.

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) s'appuient sur les réseaux gérontologiques pour orienter les personnes âgées dépendantes et préparer les demandes de dossiers d'APA, mais aussi les personnes en situation de handicap. Les CLIC servent dans chaque département de guichet d'accueil, d'information et de coordination. Il s'agit de structures de proximité pour les personnes âgées et leurs proches mais aussi les professionnels de gérontologie ou du maintien à domicile.

Ils informent, orientent, facilitent les démarches et peuvent évaluer les besoins ou élaborer un plan d'accompagnement, voire d'intervention et de suivi. Les personnes sont orientées vers les Conseillers Gérontologiques des Conseils Généraux pour les demandes d'APA. Ces relais de proximité au sein d'un réseau départemental s'avèrent très utiles pour les personnes âgées et leurs proches qui ne savent pas toujours vers quel service se diriger.

La question de la visibilité de ces CLIC pourrait se poser depuis leur création en mars 2000. Il faut souligner le rôle des médecins généralistes qui orientent les personnes âgées dépendantes vers les CLIC les plus proches, première étape dans le réseau gérontologique et la coordination des services départementaux. Certains CLIC se rapprochent des MDPH pour renforcer ce guichet unique

¹ LESUEUR Didier, SANCHEZ Jean-Louis, JANICOT Marie « Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie" - La décentralisation de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de l'évaluation des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées »-*Observatoire Départemental de l'Action Sociale* - 07/2011 - 30 p.

²« Dépendance et handicap - La Corrèze », pionnière de la convergence *Journal de l'Action Sociale (le)* - 01/2011 - n° 153 - pp. 24-25

³ « La MDPH des Ardennes se veut 100 % accessible » *Gazette des Communes (la)* - 11/10/2010 - n° 38 - pp. 36-3

⁴ DUPIN Igor « Maison de l'autonomie : mutualiser sans se perdre » *Manager Public* - 11/2010 - n° 26 - p. 6

et simplifier les démarches administratives des usagers dépendants ou en situation de handicap pour l'obtention de l'APA ou de la PCH. (Rapport CNSA 2009 et CRSA Pays de la Loire 2009).

Des études régionales pour la convergence envisagent de nouveaux outils d'évaluation et de connaissance des situations de handicap et de perte d'autonomie. C'est le cas de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire¹ qui s'est fixée pour objectif d'examiner en profondeur les différentes classifications, grilles d'analyse et enquêtes en population, qui permettent d'évaluer les situations de handicap et de perte d'autonomie, afin de partager les concepts existants pour qu'ils servent de base aux échanges.

2.3. Les outils d'évaluation et de connaissance des situations de handicap et de perte d'autonomie diffèrent-ils vraiment ?

2.3.1. Evaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs. A domicile, cette perte d'autonomie est appréciée par l'un des membres de l'équipe médico-sociale en charge de l'évaluation. Cette dernière se fait sur la base de dix variables relatives à la perte d'autonomie physique. Seules ces dix variables, dites "discriminantes" sont utilisées pour le calcul du GIR (Annexe 4). Sept autres sont dites "illustratives" et n'entrent pas dans ce calcul mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide. Elles sont cotées A, B ou C mesurant respectivement la capacité à l'accomplissement des actes.

Tout en procédant à la phase d'évaluation, se déroule la phase d'instruction administrative du dossier. Le demandeur est classé dans l'un des six GIR. Ce classement détermine le tarif qui lui est appliqué et donc, le montant de l'allocation.

Ainsi, les quatre premiers GIR ouvrent droit à l'APA et un plan d'aide est proposé au demandeur. Pour leur part, les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent bénéficier des prestations d'aide-ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

2.3.2. Evaluation de la compensation du handicap

L'instruction comporte l'évaluation des besoins de compensation et l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation établi par l'équipe pluridisciplinaire. Elle est chargée d'apprécier les besoins de compensation de manière personnalisée, quel que soit l'élément de compensation

¹ BARRAL C., Gilbert P., Cambois E. et Roussel P., « Concepts et outils d'évaluation et de connaissance des situations de handicap et de perte d'autonomie », *Rapport de l'ARS des Pays-de-la-Loire de 2011*, p. 70

demandé. L'évaluation s'effectue sur la base du projet de vie de la personne handicapée d'une part, et du référentiel pour l'accès à la PCH d'autre part.

Pour cela, l'équipe pluridisciplinaire entend la personne handicapée, ses parents si elle est mineure, ou son représentant légal. Elle peut se rendre sur les lieux de vie de la personne, à son initiative ou à la demande de l'intéressé. Les personnes doivent présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités. Ces difficultés, appréciées au moyen du référentiel national GEVA, doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an.

Elles concernent quatre domaines relevant du volet 6 du GEVA (Annexe 3): la mobilité, l'entretien personnel, la communication, les tâches, exigences générales et relations avec autrui. Ces activités décrites dans le volet 6 permettent l'appréciation de l'éligibilité à la PCH en général et à l'élément d'aide humaine en particulier (selon l'annexe 2-5 du CASF). Pour être éligible à l'aide humaine, la personne doit avoir une difficulté absolue ou deux difficultés graves dans les domaines cités ci-dessus¹.

Selon certains interlocuteurs rencontrés, Mmes Le Guen et Aulnette, la fusion des deux prestations est possible voire même souhaitable du fait des problématiques similaires, de la mutualisation des moyens et des compétences déjà réalisées dans certains départements (Ille-et-Vilaine par exemple). Mais divers freins tendent à en ralentir la concrétisation.

B. DES RESISTANCES FONT ENCORE OBSTACLE A LA CONCRETISATION D'UNE FUSION APA/PCH, NECESSITANT LA POURSUITE D'OBJECTIFS PLUS MODESTES

1. La fusion de l'APA et de la PCH : une concrétisation encore incertaine

1.1. La question du handicap et celle de la dépendance des personnes âgées se posent de manière différente

Le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que des situations différentes soient traitées de façon différente (CE, 1974, *Desnoyez et Chorques*), et dans cette conception, une prise en charge éclatée du risque dépendance selon le public concerné. Le rapport GISSEROT² prenait appui sur « ce nouveau principe d'égalité » pour légitimer cette inéquation entre les modalités de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. La question reste cependant posée, à savoir s'il

¹ Entretien avec Véronique Robert, 9 mai 2012

² Gisserot (2007), *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*

existe bien une différence de situation, qui alors permettrait un traitement différent. Ou au contraire, les situations étant semblables, la prise en charge devrait être équivalente. L'idée d'une fusion de l'APA et de la PCH présuppose une similitude des situations, qui doit trouver une concrétisation par la mise en place d'une prestation unique. Or, les problématiques, si elles sont proches, ne peuvent être totalement confondues.

La personne âgée dispose d'abord d'un patrimoine, accumulé tout au long de la vie, qui peut agir comme un capital pour la prise en charge des besoins futurs. L'APA, bien que qualifiée d'aide sociale, n'est pas soumise à recours sur succession, revenant ainsi sur le mécanisme de la PSD. Cette évolution avait permis une montée en charge rapide de la prestation en levant les incertitudes quant à l'absorption des biens de la personne âgée par la collectivité publique. Les propriétés plus importantes des personnes âgées, comparées à celles des personnes handicapées, reposent dans ce cadre la question d'un recours sur succession pour les bénéficiaires de l'APA, dans des termes qui ne peuvent être retranscrits dans le cas des personnes handicapées. Cette circonstance milite pour le maintien de deux prestations qui ne peuvent être mises en place de la même façon, un recours sur succession s'agissant des personnes handicapées paraît hors de propos. Avec cette réserve, le rapport d'information de la députée ROSSO-DEBORD¹ avait avancé l'idée d'une modulation du montant de l'APA selon le souhait, ou non, pour le bénéficiaire, de soumettre l'octroi de la prestation à recours sur succession.

Encore, il est possible d'identifier des facteurs récurrents qui ne permettent pas d'assimiler les cas des personnes handicapées et des personnes âgées. Dans ce dernier cas, la perte d'autonomie est jugée prévisible de sorte qu'une anticipation des conséquences de la dépendance doit être très tôt recherchée. La prise en charge de la dépendance des personnes âgées peut être prévenue en amont par des mécanismes d'épargne et de prévoyance, de sorte à responsabiliser chacun sur son état à venir et appréhender de manière plus sereine les risques liés à la dépendance.

Le handicap est en revanche considéré comme un évènement soudain qui ne permet pas d'engager des précautions avant sa survenue, et la situation sociale des personnes handicapées est manifestement plus précaire, rendant difficile la souscription à une assurance¹. Cette idée explique de manière plus générale un degré de solidarité plus fort pour les personnes handicapées, empêchées de prévenir leur état d'incapacité : elles bénéficient d'une aide réelle évaluée en fonction de la perte d'autonomie (sous quelques réserves examinées plus loin) alors que l'APA est limitée par des plafonds, différents selon le GIR considéré.

¹ Rosso-Debord (2010), *Prise en charge des personnes âgées dépendantes*

Il n'y a pas lieu pour autant d'exagérer cette différence de situation : le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE)² propose la mise en place d'un système d'assurance privée pour garantir le risque des personnes âgées dépendantes, et relève la nécessité d'un mécanisme d'aide publique à la contractualisation, étant donné la disparité des propensions à épargner des individus. Cette évolution, si elle est réalisée, est potentiellement fondatrice d'une distinction matérielle entre les deux prestations, entre un système principalement public pour les personnes handicapées, et une hybridation de la prise en charge des personnes âgées avec le concours du secteur privé et lucratif.

Pour l'heure, cette prise en charge par des organismes privés reste embryonnaire même si, avec les Etats-Unis, la France est le pays dans lequel le système d'assurances privées est le plus développé³ ⁴. L'assurance privée doit cependant rester, qu'il s'agisse du handicap mais aussi des personnes âgées, une solution subsidiaire à la prise en charge publique, sauf à améliorer son intervention aujourd'hui forfaitaire et biomédicale⁵. Ce minima comme perspective d'évolution serait un recul très net avec l'histoire récente de la prise en charge de la dépendance.

Cette approche se révélerait en tout état de cause inefficace du fait du soutien tardif de l'assurance privée dans la dégénérescence de la personne avec une espérance de vie réduite après 75 ans. La voie médiane consisterait à une assurance complémentaire obligatoire dont le contrat serait fortement réglementé dans des conditions déterminées par la loi.

Un dernier élément rend compte des problématiques distinctes entre personnes handicapées et personnes âgées. L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap est devenue, dans le débat public, un thème majeur porté par la loi du 11 février 2005. Cette question dépasse la seule prise en charge de la perte d'autonomie⁶. Selon la CNSA⁷, 1,8 million de personnes handicapées en âge de travailler sont bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap, dont seulement 35% sont employés⁸. L'accompagnement des personnes handicapées dans la construction de leur projet professionnel appelle des structures et des compétences spécifiques, qui commencent à émerger¹ et doit être intégré dans le processus de compensation du handicap. La durée de la perte d'autonomie n'est pas la même et doit pouvoir être organisée selon « les âges » de la

¹ Le montant de l'AAH se situe en dessous du seuil de pauvreté et n'ouvre pas droit à la CMU.

² CESE (2011), *Prise en charge de la dépendance*

³ Il ne couvre que 15% des plus de 40 ans avec des garanties très diversifiées dans leur contenu et leur montant

⁴ CNSA (2011), *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*

⁵ Entretien CNSA, 11 mai 2012.

⁶ L'accessibilité des espaces publics, la non-discrimination en raison du handicap et l'inscription de mesures incitatives en matière d'emploi par la mise en place de quotas sont autant de politiques qui rendent compte de la prééminence de cette attente sociale

⁷ CNSA, *ibid.*

⁸ A noter que le taux d'emploi de l'ensemble des personnes en âge de travailler est de 65%

personne, la scolarisation et la formation pour les adolescents, l'emploi pour les adultes et la quiétude pour les séniors.

Il est donc possible de caractériser une différence de situation entre les personnes âgées et les personnes handicapées, qui pourront recevoir un traitement différencié, sans aucune réserve principielle ou conceptuelle.

1.2. Des obstacles techniques perdurent de sorte que toute fusion à court terme n'est pas envisageable

Cette différence de nature entre les deux situations amplifie les résistances à la mise en place d'une prestation unique, dont la définition est elle-même problématique. L'APA et la PCH sont deux prestations en nature, non contributives, relevant de l'aide sociale dont la disposition n'est pas libre (principe de l'affectation) : elles ont pour objet la prise en charge personnalisée de la perte d'autonomie liée au vieillissement ou au handicap sans préjudice des soins nécessaires et de l'existence de revenus de remplacement. Si ce critère finaliste peut impulser une définition commune des prestations, il n'est pas prépondérant étant donné les caractéristiques techniques de l'APA et de la PCH. Ces prestations partagent certes une identité commune mais dont les conditions d'attribution sont spécifiques.

Dans un premier point, la construction technique du formatage des deux prestations relève de logiques différentes : l'APA est dédiée à la couverture des « dépenses de toute nature »² mais elle est globalement plafonnée dans la limite de quatre tarifs nationaux fixés pour des GIR 1 à 4³ peu élevés au regard des maxima retenus pour chaque type d'aides constitutives de la PCH. La PCH n'est pas soumise à un plafonnement global de la somme des aides qui la compose, mais chaque catégorie d'aide est assujettie à plafonnement. Ainsi, le coût mensuel des aides humaines ne peut dépasser 10 534 euros. Il n'existe aucun contingentement global de la PCH, dès lors que toutes les modalités d'aides⁴ sont à mobiliser pour une même personne. On distingue dès lors une différence quant aux niveaux et aux périmètres des deux prestations.

Ensuite, les outils d'éligibilité aux deux prestations font appel à des référentiels différents : la grille AGGIR pour l'APA et l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles⁵ pour la PCH.

Dans un troisième point, les guides d'évaluation des diverses composantes des plans d'aide sont distincts : l'aspect multidimensionnel est plus affirmé pour la PCH. L'organisation de ces

¹ Exemples de structures qui commencent à émerger : ESAT, « Cap Emploi », etc.

² Exemple : aides ménagères.

³ Exemple : 1190 euros pour le GIR 1

⁴ Hors aides ménagères non incluses dans le périmètre de la PCH

⁵ Sur renvoi de l'article D245-4 du CASF

évaluations et des attributions, si elle est en régie directe départementale pour l'APA, associe différents partenaires pour la PCH. L'évaluation en vue du plan d'aide APA est effectuée par une équipe médico-sociale des services du Conseil général alors que le plan personnalisé de compensation et le format de la PCH sont proposés par l'équipe pluridisciplinaire relevant du GIP MDPH. La décision de l'APA est opérée par une commission départementale sans représentant d'usagers, alors que la CDAPH en comporte. On devine ici les distorsions institutionnelles et l'organisation de proximité des deux prestations comme relevant de deux logiques ou pratiques différentes.

Dans un quatrième point, le champ d'application des deux prestations n'est pas le même : exclusivement le milieu ordinaire de vie pour la PCH¹, à domicile et en établissement pour l'APA².

Enfin, la participation des usagers est plus importante pour l'APA par le jeu du ticket modérateur³. L'APA ne permet pas de financer toutes les aides à domicile, comme l'ont précisé les intervenants rencontrés. L'ensemble de ces diverses modalités, distinguées selon la prestation en cause, rend compte de deux modèles de prise en charge aux caractéristiques techniques propres à chacune d'elles.

Dans son étude comparative⁴, à travers des simulations, la CNSA a mis en valeur ces distorsions de prise en charge, en soumettant une même personne de plus de 60 ans aux critères de l'APA et de la PCH pour souligner les écarts entre les deux prises en charge. Les montants, en raison des modalités techniques de chacune des prestations, sont à chaque fois différents alors que l'état de la personne reste invariable. Ainsi, pour exemple :

- un homme de 93 ans atteint de la maladie d'Alzheimer, éligible au GIR 2 de l'APA et éligible à la PCH avec 7 difficultés absolues, l'APA attribuable est de 658, 13 euros alors que la PCH est de 5093, 50 euros par mois.
- une femme de 87 ans en fauteuil roulant, éligible au GIR 4 et avec 3 difficultés absolues s'agissant de la PCH, l'APA s'élève à 509, 80 euros par mois alors que la PCH à 137, 16 euros⁵.

¹ Aucun établissement accueillant une personne en situation de handicap ne comporte d'éléments tarifaires dédiés à la compensation que la PCH viendrait solvabiliser

² L'APA à domicile est fondée sur un plan d'aide alors que l'APA en établissement est fondée sur un tarif dépendance de l'établissement d'accueil

³ Les données 2010 de la DREES, chiffrent le montant du ticket modérateur acquitté par les bénéficiaires de l'APA à domicile à 812 millions d'euros. Il ne s'agit que d'une approximation puisque les plans d'aide, dits « saturés », c'est-à-dire ceux dont le montant est égal au plafond réglementaire d'aide, sont en proportion importante dans les GIR les plus sévères (GIR 1 : 44 %, GIR 2 : 36 %).

⁴ CNSA (2007), *Etude comparative*

⁵ Si l'aidant familial peut être salarié dans le cadre de l'APA, la PCH ne permet que le dédommagement

Ces exemples montrent la difficulté à réunir ces deux prestations, la fusion créant alors des « gagnants » et des « perdants » selon les situations personnelles. Déjà, lors du projet de fusion de l’AEEH - Allocation d’éducation de l’enfant handicapé - et de la PCH porté par la loi du 11 février 2005, ces difficultés ont été fortement sous-évaluées. Le rapport de l’IGAS¹, a montré que la transposition de la PCH aux enfants en situation de handicap n’était pas nécessairement favorable, avec des « perdants », si bien que le droit actuel n’ouvre qu’un droit d’option entre les compléments de compensation de l’AEEH et la PCH, à la discrétion des bénéficiaires, selon les gains attendus et espérés. Ainsi, par exemple, si les compléments de l’AEEH prennent en compte les besoins éducatifs, au contraire de la PCH, l’adolescent, pourtant auparavant bénéficiaire de l’AEEH, pourra à 20 ans² se voir refuser la PCH si sa prestation antérieure ne portait que sur ces besoins. Le choix des familles devient alors particulièrement délicat. Cette configuration se pose aujourd’hui dans le même sens avec l’APA et la PCH, ouverte jusqu’à l’âge de 75 ans.

En définitive, et à défaut de savoir même la signification exacte d’une prestation unique, il apparaît que la PCH et l’APA ne relèvent pas d’une même logique et d’une même définition, sauf à dissocier l’objectif d’une politique de sa mise en œuvre. Les difficultés techniques et pratiques, en terme institutionnel, financier et organisationnel obèrent toutes perspectives de fusion des deux prestations, au moins à court terme. On peut par ailleurs douter, en ce cas, que si la prestation était alors unique, elle serait la même pour tous, sur tous ses aspects. Par exemple, la prestation serait servie par des circuits toujours différents, sur le modèle d’autres prestations d’aide sociale, comme le RSA³.

1.3. Les enjeux socio-économiques sont plus manifestes s’agissant de l’APA

Les enjeux sont enfin largement disproportionnés selon la prestation en cause et son poids respectif, selon un degré de socialisation de chacun des deux risques, handicap et dépendance, encore à arbitrer. L’influence du monde associatif, notamment dans le secteur du handicap (APF, AFM...), est marqueur de cette répartition inégale de la prise en charge et des intérêts particuliers de chacun des deux groupes. Le poids de l’APA, tant par la population couverte que son volume financier, dilue la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

La population couverte par l’APA et la PCH au 31 décembre 2010

APA	1 200 000
PCH et ACTP	237 760

¹ IGAS (2007), *Rapport final suite à la mission de réflexion sur la réforme de la compensation du handicap des enfants*

² 20 ans étant l’âge limite pour percevoir l’AEEH

³ Directement par le Conseil Général, par le biais de la CAF ou des CCAS.

PCH seule : 150 178 dont 26 116 ont plus de 60 ans
ACTP seule : 87 582 dont 19 683 ont plus de 60 ans

Volume financier des prestations en millions d'euros (hors contributions des Conseils généraux)

APA	1600
PCH	550

Le vieillissement de la population et l'accroissement de l'espérance de vie auront un rôle aggravant dans la montée en charge de l'APA : entre 2005 et 2040, la population des personnes âgées dépendantes augmentera de 50% (DREES). Les perspectives pour la PCH ne suivent pas la même dynamique : dans un système qui arrive à maturité, les besoins tendront à se stabiliser ou à croître très modestement. Le rapport GISSEROT¹ montre que, dans ce contexte d'évolution démographique la fusion de l'APA et de la PCH, à périmètre identique, se traduirait par une augmentation des dépenses équivalente à 10 fois l'APA actuelle.

2. Des objectifs plus modestes doivent permettre de répondre efficacement à l'enjeu de la dépendance

2.1. Une convergence ciblée des deux prestations plutôt que leur fusion semble un préalable nécessaire

L'état d'esprit et la logique des deux prestations doivent être rapprochés. Les points de départ sont encore différents et ne permettent pas de réunir les deux prises en charges dans un même paradigme. Si la PCH s'intéresse en premier lieu aux besoins de la personne handicapée, sur toutes ses dimensions, l'APA est structurée autour des capacités fonctionnelles des personnes âgées, dans une conception très physiologique. La construction du GEVA, avec un recensement des besoins, différente de la grille AGGIR, centrée sur une approche plus « médicalisée et environnementale », illustre cette idée. Le GIR qui en découle renseigne sur le niveau d'aide mais pas sur les besoins spécifiques de la personne. La PCH s'articule, dans sa réalisation, autour de l'affirmation d'un risque autonomie dont la solidarité doit permettre pleinement la compensation alors que l'APA s'analyse sous la forme d'un droit administré.

Plusieurs modalités doivent permettre de rapprocher les deux prestations. Une convergence progressiste des caractéristiques des deux prestations semble nécessaire avant toute idée de fusion, comme un préalable nécessaire à la réforme. Elle permettrait de resserrer les disparités entre l'APA et la PCH, notamment quant à leur montant moyen respectif, dans le sens d'un modèle unique sans

¹ *Op. cit.*, Gisserot (2007)

pour autant supprimer ni les barrières d'âge, qui semble être l'étape organique d'une éventuelle fusion, ni les réponses spécifiques pour chacun des publics. Plusieurs idées en ce sens, notamment issues des rapports GISSEROT et ROSSO-DEBORD, peuvent être avancées, de façon cumulative ou alternative :

- réindexation des plafonds d'aide de l'APA
- revalorisation des plafonds des GIR 1 et 2
- suppression du GIR 4 de l'APA pour augmenter la puissance financière de la prestation dans la prise en charge des autres GIR. L'action sociale des caisses d'assurance vieillesse, sur le modèle de leur intervention sur les GIR 5 et 6, agirait par compensation
- abondement par l'Etat du fonds extra-légal des départements afin de compenser plus largement les dépenses non couvertes par les prestations de droit commun

Ce nouvel équilibre entre les deux prestations est de nature à accroître la faisabilité d'une prochaine fusion, par l'actualisation du montant de l'APA à un tarif plus proche de celui de la PCH. Cette évolution est également de nature à diminuer le reste à charge des bénéficiaires de l'APA et de leur famille.

2.2. Le rapprochement peut simplement être technique sans nécessité de revoir l'économie générale de la prise en charge de la dépendance

Des outils et des méthodes communs peuvent être élaborés afin d'esquisser un rapprochement technique des deux prestations, organisées et évaluées de manière identique. Des principes forts peuvent être partagés pour assurer une meilleure prise en charge des personnes dépendantes et handicapées. La problématique, si elle est d'abord médico-sociale, interroge plus largement sur les politiques d'accessibilité des espaces publics, l'urbanisme et l'habitat, le statut des aidants ou l'apport du progrès technique, à la fois pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Le rapprochement peut donc être simplement technique sans fondre chacune des deux prestations dans des limites artificiellement plus protectrices : l'efficacité de la prise en charge dépend en réalité plus d'une refonte des politiques de proximité, d'orientation, de conseil et d'accueil des personnes que d'une gestion technocratique avec la mise en place d'une prestation unique. Plusieurs axes peuvent dans ce cadre être développés :

- le renforcement de la prise en charge unifiée à travers la mise en place et la généralisation des MDA ou la territorialisation de « pôle autonomie » sous forme d'expérimentation. Les MDA actuellement mises en place travaillent de façon cloisonnée¹ empêchant toute transversalité

¹ CNSA (2007), *Les MDPH vers la maturité ?*

alors qu'elles devraient permettre d'impulser une culture commune des équipes, comme précisé lors des entretiens menés à la MDPH35 et l'APF

- une réflexion sur les métiers d'accompagnement à travers la formation¹ et la construction d'un référentiel métier avec une catégorisation des tâches et des compétences, communes aux deux populations²
- la généralisation de la grille d'évaluation de la PCH à l'APA, déjà partiellement entamée avec un GEVA-A (A pour Aînés)³, en droite ligne avec les travaux des « rencontres scientifiques » du CNSA depuis 2009. La mise en place du plan Alzheimer a permis de mettre en place cette grille qui est beaucoup plus complète, notamment pour l'évaluation de la perte d'autonomie. Cette grille inclut les volets médicaux, psychologique, mais surtout l'environnement de la personne.
- une réduction simultanée des délais d'attente avant la prise de décision par une réforme commune des commissions, d'autant plus que par exemple, seulement 7% des demandes devant les MDPH concernent la PCH qui doit être privilégiée
- une réflexion sur le suivi de la mise en œuvre des décisions des CDAPH et des commissions d'aide sociale, en confiant une mission supplémentaire au MDPH ou au service payeur des Conseils généraux
- la démocratisation des structures et des instances avec la représentation des usagers sur le modèle de la « démocratie sanitaire ». Par exemple, la CDAPH est composée, pour un tiers de ses membres, de représentants de personnes handicapées et de leurs familles.

L'ensemble de ces évolutions, proches « du terrain », ne doivent pas occulter ou exclure une interrogation nouvelle sur des considérations générales. Deux exemples peuvent être donnés. D'abord, la question du financement reste posée même dans cette reconfiguration technique de la prise en charge dont l'objectif ne doit pas être l'économie budgétaire mais l'efficacité de la prise en charge ou, à tout le moins, l'efficience. De nouvelles ressources communes peuvent aussi être pensées⁴. Ensuite, d'un point de vue institutionnel, la CNSA doit se voir confier un rôle pilote dans la gestion du handicap et de la dépendance, avec à la fois une mission de caisse⁵ et d'agence⁶ toutes

¹ Par la capitalisation des acquis de l'expérience, le développement de l'offre à la suite du plan solidarité grand âge 2007-2012

² MOREL (2011), *Les approches d'accompagnement de la dépendance*

³ Mise en place pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

⁴ Augmentation de la CSG, CSG sur les pensions de retraite, rétablissement des droits de succession supprimés par la loi TEPA de 2007, une deuxième journée de solidarité, accroissement de l'imposition locale, etc.

⁵ Ressources ONDAM médico-social, contribution solidarité-autonomie, gestion des crédits de la sécurité sociale, péréquation, etc.

⁶ Rôle d'animation des MDPH, contractualisation, etc.

deux à renforcer. Sur cette deuxième fonction, la CNSA pourrait se voir confier les prérogatives de la DGCS sur les questions de tarification et de plafond des aides de chacune des prestations ou encore un pouvoir d'instruction, par la voie de circulaire, auprès des MDPH pour appuyer son rôle de supervision.

D'autres fonctions de la CNSA pourraient être renforcées : aide à l'investissement dans le secteur médico-social, modernisation et la professionnalisation de l'aide à domicile et des métiers du secteur médico-social et promotion de la recherche dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie.

Il n'y a pas lieu pour autant de réformer sa gouvernance, originale, gage d'un certain consensus¹. En définitive, si la fusion des deux prestations ne paraît pas indispensable pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes et handicapées, qui doit trouver des réponses plus techniques, au moins à court terme, ce renoncement ne doit pas occulter des débats de fond sur le financement et l'organisation institutionnelle, qui restent des questions structurantes.

2.3. Le débat sur la construction d'un « 5^{ème} risque » n'est cependant pas clos et doit être poursuivi

La construction d'un « 5^{ème} risque » avait été conçue comme la réalisation possible de la fusion de l'APA et de la PCH, dans une réflexion globale de la prise en charge, et l'idée d'une universalité dans les résultats (les prestations) et dans les moyens (méthodes et règles similaires). La question du financement et des responsabilités, avec un transfert important des charges d'une « collectivité » à une autre, les résistances psychologiques et médicotéchniques, avec une représentation différente des personnes âgées et handicapées, n'ont pas permis d'aboutir sur cette réforme.

Cette dernière demeure cependant une perspective probable à long terme, il n'existe aucun obstacle technique insurmontable. Comme il en ressort des entretiens, il ne reste que la volonté politique. Le délai de mise en place d'un « 5^{ème} risque » et ses objectifs nouveaux se posent aujourd'hui avec une grande acuité.

La voie possible semble se situer dans une amélioration de l'articulation entre la CNSA et le Département : cette gouvernance duale de la prise en charge de la dépendance, que la loi HPST n'a

¹ Avec la participation de l'Etat, des départements, de parlementaires, de personnes qualifiées, d'associations et d'établissements.

pas remis en cause¹, apparaît être le socle de l'organisation française relative à la dépendance. En ce sens, la constitution d'une « 5^{ème} branche », avec la participation institutionnelle des caisses de sécurité sociale, semble inopportune. Le modèle actuel pourrait cependant trouver des éléments de simplification : le refus d'une décentralisation complète du système, sur le modèle du RMI en 2003, avec la sauvegarde du rôle de la CNSA, est source de complexité. Une organisation unifiée de l'APA et de la PCH peut être transcrite par une délégation aux Conseils généraux des crédits de la CNSA. La dépendance des personnes âgées et handicapées, si elle s'identifie à la couverture d'un « 5^{ème} risque », répondrait à une organisation décentralisée, charismatique de l'aide sociale en France, sans se confondre avec la logique assurantielle de la Sécurité sociale. Le « 5^{ème} risque », dans cet exemple d'organisation, semble le seul vecteur possible d'une fusion des deux prestations, répondant à l'objectif de la loi de 2005, avec un effacement des barrières d'âges et dépassant toutes les résistances techniques et politiques.

Le mouvement associatif, et notamment l'APF, après notre entretien, s'oriente plutôt dans ses propositions vers la constitution d'une « 5^{ème} branche » pilotée par la CNSA sur le modèle des caisses nationales de sécurité sociale. Les prestations seraient servies par les caisses locales de l'assurance maladie et le financement resterait fiscalisé, avec une part croissante de la CSG, et non, comme dans la conception bismarckienne classique, assuré par des cotisations sociales. Dans cette conception, le Conseil général ne conserverait que sa mission d'évaluation des besoins et de mise en œuvre des plans personnalisés pour l'autonomie. L'objectif avoué est de séparer les rôles de « décideur » et de « payeur » du Conseil général, induisant selon les associations une logique financière contraignante dans le versement des prestations avec la minoration artificielle des aides apportées aux personnes âgées et personnes handicapées.

En effet, le Conseil général détient voix prépondérante dans la CDAPH et l'APA est attribuée par les commissions d'aide sociale du département, rendant cette collectivité décisionnaire dans l'attribution des droits. Le Conseil général supportant une part de plus en plus importante de la charge des deux prestations, avec un financement sur fonds propres², cette corrélation entre un Conseil général « décideur » et « payeur » devient particulièrement visible. Cette option portée par les représentants associatifs n'est cependant pas sans difficulté. Un financement exclusif par la CNSA³ rend délicat l'agrégation des différentes modalités de prise en charge des personnes âgées et

¹ Elle a simplement modifié les relais territoriaux de la CNSA qui ne sont plus les autorités déconcentrées de l'Etat mais les ARS

² Les dotations de la CNSA devenant insuffisantes, le taux de couverture s'élevant pour la PCH à 50% et pour l'APA à 30%, du fait d'une diminution du produit de la CSG liée à la crise et d'une ouverture des droits plus nombreuse par une meilleure information du public

³ Ou un fonds rattaché

en situation de handicap¹ avec des difficultés de frontière à tracer au sein même du système assurantiel. La logique actuelle, de celui qui paye décide, ne manque pas de sens également.

Ces deux perspectives, entre une prise en charge complètement décentralisée et la mise en place d'une « 5^{ème} branche », présentent chacune des avantages différents, qui incitent à poursuivre le débat sur le « 5^{ème} risque ». Cette réforme devra associer le secteur associatif et les personnes intéressées aux différents travaux, afin d'accroître l'acceptabilité de ce changement. Le rapport de la commission des lois du Sénat sur le bilan de la loi du 11 février 2005, en cours de discussion, sera un élément de décision important.

¹ Avec l'intervention de l'Etat, de l'assurance maladie, des caisses de retraites, des prestations familiales, etc.

Conclusion

La fusion de l'APA et la PCH était un objectif politique ancien prévu par la loi du 11 février 2005 par la mise en place d'un 5^{ème} risque. Elle devait se traduire dès la fusion de l'AES et de la PCH pour trouver son aboutissement dans la constitution d'une seule prestation basée sur l'autonomie supprimant les limites administratives des 60 ans pour l'ouverture des droits à l'APA et celle des 75 ans pour le passage automatique de la PCH vers l'APA.

La réforme annoncée en 2005, débattue sur la période 2007 / 2010 n'a pas abouti. Les raisons principales, outre la dimension financière résident dans le cloisonnement des services, l'articulation des services insuffisante, l'absence de pilotage commun et structuration hétérogène des institutions, l'absence de convergence technique.

Néanmoins, certains acteurs de terrain ont voulu avancer et ont mis en place des dispositifs visant à mutualiser les équipes, inculquer une culture commune et à organiser une offre cohérente. Le plan Alzheimer au travers du GEVA-A a ouvert une piste dans le cadre de l'évaluation commune prenant en compte la possibilité de la survenue de la dépendance autour des dimensions médicales, psychologiques et environnementales. Ces expérimentations de rapprochement des services se heurtent aux limites existantes empêchant la prise en compte de la perte d'autonomie.

Les acteurs de terrain ont démontré que le législateur ne pourrait s'exonérer de leur apport. Cette fusion pourrait intégrer les convergences techniques réalisables autour d'une gouvernance commune par la CNSA et les Conseils Généraux, la meilleure prestation universelle possible devant conserver des réponses spécifiques pour chaque personne.

Bibliographie

Biblio :

Laurent CYTERMANN et Thomas WANECQ, Les politiques sociales

Rapport ROSSO-DEBORD 2010

Rapport CESE 2011

Rapport MOREL 2011 les approches d'accompagnement de la dépendance

Rapport VASELLE 2008 construire le 5^{ème} risque

Rapport IGAS/IGA 2011 évaluation de la PCH

Rapport GISSEROT 2007 perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025

Contribution de l'APF au débat sur le « 5^{ème} risque » 2011 : du droit à la compensation à la reconnaissance du risque autonomie

Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA 2011

Etude comparative APA/PCH : simulation d'attribution d'une PCH à des personnes âgées, bénéficiaires ou non de l'APA, CNSA 2007

Rapport final suite à la mission de réflexion sur la réforme de la compensation du handicap des enfants, IGAS 2007

Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des interlocuteurs
- Annexe 2 : Grilles d'entretiens
- Annexe 3 : Extrait du volet 6 du Guide d'Evaluation GEVA
- Annexe 4 : Grille AGGIR
- Annexe 5 : Exemple Canadien du Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) pour une évaluation globale de la perte d'autonomie autour d'un projet individualisé pour toute personne âgée ou handicapée, sans distinction.

Annexe 1 : Liste des interlocuteurs

Nom	Fonction	Date, heure et lieu de l'entrevue
Véronique Robert	Médecin départemental Responsable du service Actions médico-sociales PA-PH	09/05 à 14h30 au Conseil général d'Ille-et-Vilaine
Le Patezour	Directeur de la MDPH des Côtes-d'Armor	09/05 à 14h à la MDPH
Marie-Luce Le Guen Véronique Aulnette	Directrice de la MDPH d'Ille-et-Vilaine Responsable du service évaluation de la MDPH d'Ille-et-Vilaine	10/05 à 9h30 à la MDPH
Bernard Ennuyer	Ancien directeur d'un service d'aide à la personne	10/05 à 10h à la Maison des sciences sociales et du handicap (MSSH) à Paris
Nathalie Barré	Conseillère gérontologique au Centre départemental d'action sociale d'Ille-et- Vilaine	10/05 à 14h au Conseil général
Christophe Duguet	Directeur des actions revendicatives de l'AFM	10/05 à 15h à la MSSH à Paris.
Malika Boubekour	Conseillère nationale	11/05 à 11h à l'APF à Paris
Pascale Gilbert	Médecin, Direction de la compensation de la CNSA	11/05 à 14h à la CNSA à Paris

Annexe 2 : Exemples de grilles d'entretiens

1 – Association APF – Pôle Actions nationales

Malika BOUBEKEUR Conseillère nationale / politiques de compensation

Quelles sont les distinctions entre dépendance et situation de handicap ?

Quelle est le positionnement de l'APF sur les questions de compensation de la perte d'autonomie ?

Quelles avancées pour vous avec la loi du 11 février 2005 ? Comment l'APF a été associée aux travaux ?

Quelle est la place des représentants des usagers au sein des instances nationales et locales ? Cette place est-elle suffisante ?

Pouvez-vous identifier les obstacles qui n'ont pas permis l'aboutissement de la réforme de la dépendance en 2010 ? Comment l'APF a été associé aux travaux et quelles ont été vos propositions ?

Quel rôle doit selon vous occuper le Conseil général ? La Sécurité sociale ?

Quelle convergence en termes d'évaluation et d'organisation peut-elle être envisagée ?

2 - Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Pascale GILBERT, Médecin Inspecteur de Santé Publique

Quelle organisation de la CNSA ? Est-elle optimale ?

Quel rôle de la CNSA dans la réforme de 2010 ? Comment a-t-elle été associée ?

Quel pilotage par la CNSA sur le risque autonomie ?

Quel rôle a la CNSA vis-à-vis des MDPH et des acteurs locaux ?

Quel regard porte la CNSA sur la fusion APA/PCH ? Quelle convergence possible ?

- Quels outils d'évaluation ?
- Quelle organisation de proximité ?

- Comment développer une culture commune ?
- Quid de la formation des acteurs locaux ?

3 – Conseil Général d’Ille-et-Vilaine

Véronique Robert, médecin département, Responsable du service action médico-sociale PA/PH

2 grands points à aborder :

- **Parcours professionnels / missions**
- **Vos points de vue sur les notions de dépendance et handicap et l’idée de fusion entre PCH et APA**

Parcours professionnel ?

Ses **missions** dans le service d’action médico-sociale

Equipe gérée :

- médecin territorial, autres...IDES, assistants sociaux...
- autorité fonctionnelle, hiérarchique

Travail partenarial (associations locales, agences, ...)

Quelle différence entre PA et PH :

- Evaluation des besoins : des grilles environ similaires ?
- Financement
- Evaluation du projet de vie :
-

Fusion PCH et APA qu’en pensez-vous ? (report utile, abandon ou recul ?)

4 – MDPH Ille-et-Vilaine

Marie-Luce Le Guen, médecin, directrice de la MDPH35 et Véronique Aulnette, responsable du service évaluation

Parcours du directeur MDPH

CONTEXTE DEPARTEMENTAL

- Combien de personnes concernées dans les départements enquêtés
- Répartition enfants / adultes

- Combien de dossiers instruits par an dont les nouveaux dossiers
- Délais d'instruction et de mise en place
- Population accueillie
- Grilles utilisées : lesquelles, liens avec la communauté médicale et paramédicaux/sociaux éducatifs et adaptées et limites :
 - Appropriation du GEVA ?
 - Outil de dialogue entre les équipes MDPH et commissions départementales des droits et de l'autonomie ?
 - Lourdeur de manipulation de l'outil et difficultés d'évaluer les besoins (tâche complexe) ?
 - Les volets les plus utilisés sont :
 - Eligibilité à la PHC
 - Synthèse des infos ?

Liens entre MDPH :

- Collectivités territoriales
- Etat
- Voir si pratiques communes : Guichet unique

Plus-value de la MDPH

Les professionnels qui instruisent les dossiers et qui interviennent sur le terrain sont-ils les mêmes ?

Exclusivité PCH / APA : que préconisez-vous ? Sur quels arguments ? Exemples de cas-types

Mise en place de la PCH enfants et PCH adultes :

- Mise en œuvre
- Quelles différences
- Quelles limites

Difficultés : des PPC centrés sur l'allocation et pas toujours orientés sur une prise en charge globale (commentaires en 2007) = est-ce toujours le cas ?

Fusion PCH et APA qu'en pensez-vous ? (report utile, abandon, ou recul ?)

Annexe 4 : Grille AGGIR

Les six groupes iso-ressources prévus par la grille AGGIR peuvent être schématiquement caractérisés de la manière suivante :

Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.

Le GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
- celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer ;

Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

Le GIR 4 comprend deux catégories de personnes âgées :

- celles n'assurant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules,
- celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;

Le GIR 5 comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;

Le GIR 6 se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Annexe 5 : Exemple Canadien du Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) pour une évaluation globale de la perte d'autonomie autour d'un projet individualisé pour toute personne âgée ou handicapée, sans distinction.

Le SMAF est un instrument d'évaluation de l'autonomie développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé 1. Il évalue 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne AVQ (7 items), la mobilité (6 items), les communications (3 items), les fonctions mentales (5 items) et les tâches domestiques appelées activités "instrumentales"(8 items). Chaque fonction est cotée sur une échelle de 4 degrés:

0 : autonome, 1 : besoin de surveillance ou stimulation, 2 : besoin d'aide 3 : dépendant.

Les critères de renseignements sont obtenus par questionnaire du sujet ou d'un tiers, observation ou réalisation d'épreuves.

Pour chacun des items, une évaluation des ressources en place pour pallier l'incapacité permet l'obtention d'un score de handicap.

Traduit en sept langues, cet instrument a été utilisé dans plusieurs enquêtes épidémiologiques et recherches évaluatives. Il est de plus largement utilisé par les cliniciens pour l'évaluation et le suivi des clientèles tant dans les soins à domicile qu'en institution d'hébergement ou en milieu de réadaptation.

La fusion de la PCH et de l'APA : report utile, abandon nécessaire ou recul incompréhensible ?

Patrick Boutié, *IASS* - Frédéric Clap, *DESSMS* - Marc-Antoine Daems, *AAH* –
Manar Elouafi, *EDH*, Christine Girault, *EDS* - Fanny Jéhanno, *AAH* –
Kévin Le Rolland, *DESSMS* - Aurélien Stival, *DESSMS* - Claire Tournecueillert, *IASS*

Résumé :

L'article 13 de la loi du 11 février 2005 prévoyait à partir de 2010 l'élargissement de la prestation de compensation du handicap aux personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans.

Dès lors, dans quelle mesure peut-on envisager la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes de la même façon et donc instaurer une prestation de compensation unique ?

La fusion de l'APA/PCH est un objectif politique ancien dont la mise en place du «5ème risque» devait permettre la réalisation. Les deux prestations présentent des différences admettant une prise en charge distincte entre les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. Des ressemblances quant aux besoins des publics concernés ont permis d'esquisser une convergence entre l'APA et la PCH et d'aboutir à certaines expérimentations favorables au rapprochement de ces prestations. Une analyse de terrain révèle une prise en compte des similitudes par les acteurs aboutissant au développement d'une culture commune dans la prise en charge de la perte d'autonomie avec la mise en place de méthodes et d'outils partagés.

Des résistances perdurent et font encore obstacles à une fusion des deux prestations au moins à court terme. La question de la dépendance et du handicap se posent de manière différente, chacune des deux populations appelant des réponses spécifiques. Des difficultés techniques rendent encore difficile une prise en charge unifiée de la perte d'autonomie et les enjeux notamment en termes financiers restent plus prononcés s'agissant de l'APA. Dans ce contexte, des objectifs plus modestes doivent être envisagés afin de répondre de façon efficiente à l'enjeu de la dépendance. Ainsi, une convergence ciblée à travers la revalorisation de l'APA doit être opérée tout en conservant l'effort d'une complémentarité accrue entre les outils et les méthodes : la réponse possible à l'enjeu de la dépendance ne pourrait être que technique sans confusion des deux prestations. Cet état de fait ne doit pas empêcher la poursuite d'un débat sur la mise en œuvre d'un 5^{ème} risque à travers une organisation et des logiques qui restent à arbitrer.

Ce rapport présente un état des lieux de la question et expose les différentes options possibles.

Mots clés : autonomie, compensation, dépendance, handicap, vieillissement, APA, PCH

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs