

## L'EXPÉRIMENTATION TERRITORIALE DE LA PRESTATION DÉPENDANCE : FENÊTRE D'OPPORTUNITÉ OU RENDEZ-VOUS MANQUÉ ?

Claude MARTIN\*

### Résumé

*La prise en charge de la dépendance constitue un enjeu de taille pour l'ensemble des pays dotés d'un système de protection sociale, du fait de l'accroissement de l'espérance de vie, du développement des maladies chroniques et des soins de longue durée qu'elles nécessitent. La définition d'une politique publique permettant de faire face à ce problème collectif pose de nombreux problèmes. Une des questions essentielles est de déterminer qui doit assumer la charge de la dépendance : l'Etat, la Sécurité sociale, les collectivités territoriales, la personne dépendante elle-même et/ou sa famille, avec ou sans le recours à des assurances privées et facultatives. Face à ces différents choix, plusieurs pays européens se sont déjà engagés dans d'importantes réformes. La configuration française est plutôt caractérisée par la "non-décision" et le "non-apprentissage" : des expérimentations territoriales, puis le vote d'une loi d'attente. L'auteur soutient que nous avons affaire à une conception particulière de l'action publique. Dans ce modèle de gestion territorialisée de l'action publique, l'Etat est amené à redéfinir son rôle, en instituant des capacités de négociation, en fixant des règles minimales de jeu, et en laissant de plus en plus le territoire définir les problèmes publics.*

---

\* CNRS, Centre de recherches administratives et politiques, IEP de Rennes, Université de Rennes 1.

---

La prise en charge de la dépendance constitue un enjeu de taille pour l'ensemble des pays dotés d'un système de protection sociale, du fait de l'accroissement de l'espérance de vie, du développement des maladies chroniques et des soins de longue durée qu'elles nécessitent. La définition d'une politique publique permettant de faire face à ce problème collectif est exemplaire à plus d'un titre. Tout d'abord, elle pose clairement la question de l'articulation entre trois sources de protection : la famille, le marché et l'Etat. Deuxièmement, elle bouleverse les frontières établies entre différents secteurs de la protection sociale : frontière entre social et sanitaire, entre politiques familiales et politiques de la vieillesse, voire même politiques d'emploi. Troisièmement, elle confronte le décideur politique à une série de choix cruciaux sur la nature du dispositif à élaborer faisant appel à des logiques différentes : logique d'assurance, obligatoire ou non ; logique d'aide sociale et de subsidiarité, logique de marché<sup>1</sup>. Enfin, cette politique soulève le problème de la répartition des responsabilités, en termes de charge financière et de gestion du dispositif, entre Etat, collectivités locales et caisses de sécurité sociale.

Une des questions essentielles est donc de déterminer qui doit assumer la charge de la dépendance : l'Etat, la sécurité sociale, les collectivités territoriales, la personne dépendante elle-même et/ou sa famille, avec ou sans le recours à des assurances privées et facultatives ? En ce sens, il est évident que ce problème interroge directement l'avenir de chaque dispositif national de protection sociale, d'où un débat très vif entre les tenants du choix assurantiel et ceux qui privilégient l'aide sociale, voire l'assistance et le principe de subsidiarité, auxquels pourraient être combinées des assurances privées facultatives. Le choix de l'un ou l'autre de ces scénarios est particulièrement crucial dans la période de mutation des systèmes nationaux de protection sociale, au sens où il pourrait préfigurer en quelque sorte l'évolution ultérieure de chaque système<sup>2</sup>.

Face à ces différents choix, plusieurs pays européens se sont déjà engagés dans d'importantes réformes. C'est le cas de l'Allemagne qui a instauré en avril 1994 un "nouveau risque" dans son système d'assurances sociales (voir encadré plus loin) (Igl, 1994 ; Hinrichs, 1996), mais aussi de l'Autriche (en 1994 également), voire prochainement du Luxembourg (Kerschen, 1997) selon des schémas assez voisins. Dans une autre perspective, le Royaume-Uni a mis en œuvre une nouvelle politique en 1993 avec le Community Care Act, politique qui pose le problème des capacités de la gestion territoriale, promue par les conservateurs (avec l'introduction de quasi-marchés), de réduire les dépenses de ce secteur (Lewis et Glennester, 1996)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> D'autres alternatives doivent encore être tranchées : universalité de la réponse ou sélectivité, ce qui pose le problème des critères de sélection des bénéficiaires ; prestations en nature ou en espèces ?

<sup>2</sup> "La solution apportée au financement de la prise en charge de la dépendance laisse présager de l'évolution ultérieure du dispositif de protection sociale" (Joël, 1995, p. 162).

<sup>3</sup> Pour une présentation d'autres dispositifs comme celui de l'Autriche, de la Suède, de la Finlande, de la Belgique ou de la Hollande notamment, on pourra se reporter à Evers et Leichsenring (1994), Evers, Pijl et Ungerson (1994), Lesemann et Martin (1993), Glendinning et McLaughlin (1993).

Nous verrons, dans un premier temps, en quoi la France représente une tout autre configuration, marquée par une véritable "indécidabilité". Vingt ans de débats, de rapports officiels et cinq propositions de lois n'ont pas suffi à lever tous les obstacles. Le consensus sur l'urgence de répondre aux défis démographiques du vieillissement, mais aussi sur les insuffisances du dispositif existant et la nécessité de le réformer n'a pas pour autant permis de construire une politique tant de fois annoncée, promise et différée. Plusieurs obstacles s'érigent en effet sur le chemin de cette politique publique apparemment incontournable. Le premier est évidemment financier. Dans le contexte de contrainte budgétaire, de maîtrise des dépenses publiques, il semble bien difficile de promouvoir une politique dont le coût est encore mal évalué, du fait de la difficulté de définir la dépendance elle-même et donc l'importance du public concerné. Le deuxième obstacle est moins apparent, car il renvoie aux orientations générales de la réforme du dispositif de protection sociale. Derrière le débat sur la dépendance se profile l'alternative "risque social" versus assistance et protection minimale des plus démunis, avec toutes les conséquences en termes de mode de gestion et de financement.

Face à ces choix difficiles, le gouvernement d'Edouard Balladur a proposé d'expérimenter sur quelques sites un dispositif nouveau, à compter du 1er janvier 1995, dont le cahier des charges a été fixé par l'Etat, tout en laissant une importante marge d'initiative aux Conseils généraux et aux caisses de sécurité sociale et de retraite impliqués. 41 départements se sont portés volontaires pour mettre en œuvre cette expérimentation et 12 ont été retenus en décembre 1994, dont l'Ille et Vilaine sur lequel nous avons travaillé<sup>1</sup>.

Nous montrerons, dans un deuxième temps, que ces expérimentations territoriales témoignent d'une conception particulière de l'action publique : un modèle qui relève moins de ce que l'on a eu coutume de dénommer politique publique dans un proche passé, mais plutôt de ce que P. Duran et J-C. Thoenig (1996) qualifient "d'institutionnalisation de l'action collective", pour désigner "un monde dans lequel la régulation ne relève plus d'une solution unique et stabilisable, et où l'intégration par le haut se fait mal ou peu, alors qu'elle s'opère de plus en plus par le bas" (p. 582). Dans ce modèle de gestion territorialisée de l'action publique, l'Etat est amené à redéfinir son rôle, en instituant des capacités de négociation, en fixant des règles minimales de jeu, et en laissant de plus en plus le territoire définir les problèmes publics. Un tel choix apparaît également conforme à l'esprit et à la lettre de la décentralisation qui a confié la gestion de l'action sociale aux départements. Mais d'autres choix eussent évidemment été possibles, comme celui de débattre franchement de l'hypothèse assurantielle.

Ce modèle d'institutionnalisation de l'action collective a effectivement été à l'œuvre à l'occasion des expérimentations, au sens où l'absence de référentiel précis, mais aussi d'une expertise suffisante pour évaluer le besoin et le risque à l'échelle nationale, a conduit à inciter des territoires à construire le problème et les

---

<sup>1</sup> Voir C. Martin, A. Jourdain, F. Mohaer, F-X. Schweyer (1995). Voir aussi Frinault (1997).

agencements pertinents pour sa résolution. L'expérimentation territoriale est en quelque sorte une "fenêtre d'opportunités" pour susciter de l'action collective et sortir d'une impasse : une policy window, au sens de Kingdon (1984).

Toutefois, faute de continuité dans la vie politique, nous montrerons dans une dernière partie que le rendez-vous avec l'expérimentation territoriale et ses apprentissages a été partiellement manqué. La loi récemment votée témoigne plutôt d'un non-apprentissage de ce que les territoires expérimentaux avaient commencé à capitaliser. Malgré de nombreuses promesses, le choix est encore reporté puisque, à compter de janvier 1997, est mise en œuvre une "loi n°97-60 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"<sup>1</sup>. Les décrets d'application de cette nouvelle loi étant récemment publiés, il est difficile d'arrêter définitivement un point de vue. Mais les quelques informations qui filtrent ici ou là, notamment dans la presse spécialisée, indiquent nettement que la mise en œuvre de ce nouveau dispositif provisoire pose de sérieux problèmes de coopération locale et d'équité territoriale.

### Une politique indécidable

On fait généralement remonter au rapport Laroque de 1962 l'amorce d'une politique française de la vieillesse, qui sort de l'objectif d'assistance aux vieillards, avec une priorité accordée au maintien à domicile. Il s'agit à l'époque de promouvoir l'intégration des personnes âgées dans leur environnement (surtout d'ailleurs les personnes âgées valides), d'éviter leur isolement, ce qui donnera lieu à une lente mise en œuvre, au cours des années 70, d'un certain nombre des propositions formulées dans ce rapport : adaptation des logements, organisation des loisirs des personnes âgées, développement de l'aide ménagère à domicile, mais aussi médicalisation des structures d'hébergement et création des sections de cure médicale<sup>2</sup>.

Deux lois de juin 1975, l'une relative aux personnes handicapées et instituant l'allocation compensatrice pour tierce personne, l'autre relative aux établissements médico-sociaux, vont jouer un rôle primordial pour la prise en charge des personnes âgées. En 1978 sont institués les services de long séjour et la double tarification créant un forfait soins à la charge de l'assurance maladie et un forfait hébergement à la charge de la personne et/ou de ses descendants ou de l'aide sociale. On commence alors à parler de dépendance ou de "personnes ayant perdu la capacité d'accomplir les actes essentiels de la vie courante". En 1979, un rapport parlementaire utilise, semble-t-il pour la première fois dans son titre, l'expression "personnes âgées dépendantes".

Pour autant, le bilan dressé en 1980 de ces différentes mesures, dans le cadre de la préparation du VIII<sup>ème</sup> plan, et synthétisé dans le rapport "Vieillir demain" reste assez

<sup>1</sup> Journal officiel de la république française du 25 janvier 1997, pp. 1280-1284.

<sup>2</sup> Voir Borgetto et Lafore (1998), chapitre II.

négatif : services d'aide ménagère insuffisants, quasi-absence d'adaptation des logements, hospitalisations injustifiées en court séjour ou en psychiatrie, insuffisante médicalisation des établissements sociaux, prise en charge inadéquate en long séjour, donnant parfois à ces services une réputation de "mouroir", rupture et incohérence de la prise en charge sanitaire et sociale, etc.

En 1981, est créé le premier secrétariat d'Etat chargé des retraités et des personnes âgées. En 1982, la circulaire Francheschi poursuit l'objectif d'une meilleure coordination et adéquation des besoins et de l'offre de services en instituant les plans gérontologiques départementaux élaborés en concertation entre l'Etat et les conseils généraux.

Mais, comme le rappelle F. Kessler (1994), la dépendance ne devient une question "autonome" qu'à partir de 1986, avec la préparation du rapport de Théo Braun de la Commission nationale d'étude sur les personnes âgées dépendantes, qui s'est donné pour objectif d'analyser les causes précises du phénomène et l'inadaptation des réponses apportées. Ce rapport propose alors "l'assurance autonomie" pour les retraités ou l'ouverture d'une prestation en nature dans le cadre de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Les rapports se succèdent ensuite à un rythme accéléré : un rapport de Geneviève Laroque pour l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 1989, un rapport de deux chercheurs, Martine Bungener et Marie-Eve Joël, remis au Ministre des affaires sociales et de la solidarité sur le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en 1990 ; le "rapport Boulard" de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en 1991, le "rapport Schopflin" remis au gouvernement par un groupe d'experts dans le cadre de la préparation du Xème plan en 1991 également ; le rapport annuel de l'IGAS de 1992 fait également mention de cette question à laquelle il consacre même un rapport spécifique en 1993, à nouveau sous la responsabilité de Geneviève Laroque. Cinq propositions de lois seront formulées entre temps, entre 1991 et 1993, sur la prise en charge de la dépendance et en vue d'instituer une allocation de dépendance au profit des personnes âgées (voir Kessler, 1995a et b ; Kerschen et Mercat-Bruns, 1993). Mais aucun de ces projets n'aboutit.

Au vu de ces atteroiements, on peut, avec Bruno Jobert, parler de "non-décision exemplaire"<sup>1</sup> ou de déficit grave de l'action publique pour qualifier la gestion à domicile de la dépendance. "Cette politique semble avoir cumulé sur un seul cas la plupart des handicaps qui conduisent à la non-décision : faible visibilité du problème, faible mobilisation sociale, absence de groupes professionnels porteurs, inadéquation du répertoire institutionnel, déficit global d'expertise et conjoncture globale défavorable se

---

<sup>1</sup> Pour lui, il y a "non décision quand la nécessité d'une politique publique est reconnue comme urgente dans le discours politique et que pour autant cette reconnaissance répétée ne débouche sur aucune action pratique" (1993, p. 49).

sont ainsi combinés pour boucher la voie à la construction d'une politique structurée dans ce domaine" (1993, p. 49).

En premier lieu, la prise de conscience du phénomène de la dépendance et de son amplification a mis en porte à faux les dispositifs de maintien à domicile construits initialement autour du modèle du troisième âge actif et participatif. Toute définition d'une politique s'est donc trouvée en décalage avec le dispositif existant. En fait, les mesures adoptées depuis le début des années soixante se sont révélées efficaces essentiellement pour venir en aide aux personnes âgées ayant de très faibles ressources et des niveaux de handicap limités, mais totalement inadaptées pour répondre aux besoins de la dépendance lourde<sup>1</sup>. D'où la charge considérable, et parfois même insupportable, qui pèse sur la "génération du milieu" (Attias-Donfut, 1995), voire sur le "troisième âge". Comme l'écrit encore Bruno Jobert, "tout se passe comme si la société avait assigné au troisième âge la fonction de prise en charge du quatrième" (p. 46), d'où "la vie 'sans loisirs, sans plaisirs' faite à ces filles dévouées" (idem) sur lesquelles pèse le poids des normes sociales ou la contrainte culturelle.

Mais les obstacles sont sans doute aussi à chercher du côté des différents gouvernements qui se sont succédés sur la période. Ainsi, pour B. Jobert, "ces retards répétés s'expliquent par des réticences fortes à l'intérieur du gouvernement à ouvrir les vannes à une politique dispendieuse alors que l'on a fait du contrôle des dépenses publiques un élément clé de la stratégie économique... Il apparaît politiquement beaucoup plus aisé de refuser une politique nouvelle que de faire le ménage dans les politiques déjà instituées" (ibid., p. 51). Telle est la situation au début des années quatre-vingt-dix et à la veille des différentes propositions de loi visant à instituer une nouvelle prestation.

Francis Kessler (1995a) a synthétisé les principales orientations des propositions formulées entre 1986 et 1993 dans la série de rapports et projets de loi sus-évoqués. Selon lui, elles s'organisent en fait autour de deux axes : la solvabilisation des personnes âgées et la promotion d'une meilleure organisation de l'offre de services.

1. Sur le premier volet, il s'agit de partir des critiques adressées à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), qui constitue une des principales mesures concernant la dépendance, même si elle était conçue initialement pour les problèmes de handicap. Beaucoup s'accordent à souligner deux limites principales : d'une part, la lenteur avec laquelle elle est attribuée du fait du fonctionnement administratif des Commissions techniques d'orientation et de reclassement

<sup>1</sup> "En effet, le dispositif se présente comme un ensemble de services visant à apporter une aide compensatoire et correspondant chacun à un aspect de la vie quotidienne : toilette, soins, ménage, repas... Mais il présuppose toujours une personne autonome mentalement et physiquement, capable d'orchestrer elle-même cet ensemble de services et de vivre sans surveillance externe le reste du temps. En dehors de ces tâches particulières, c'est, dans ce modèle, à la famille ou aux proches à assurer un minimum de présence et de surveillance. Or, il apparaît que cette exigence de présence devient une charge extrêmement lourde quand on entre dans la zone de la démence sénile ou de l'incapacité sévère. Cette dépendance lourde survient en général avec le grand âge et donc au moment où, du fait de la maladie et de la mort, se dégarnissent de plus en plus les rangs des amis et des proches qui auraient pu venir en aide" (idem, p. 46).

professionnel (COTOREP) où siègent des représentants de l'Etat, et de l'imperfection des critères d'attribution, et, de l'autre, en lien avec cette première limite, le fait que cette allocation (versée avec d'importants arriérés) n'est pas utilisée comme il conviendrait par les bénéficiaires, qui sont soupçonnés de thésauriser ces montants sur des livrets de caisse d'épargne, plutôt que les utiliser pour financer les services nécessaires à leur vie quotidienne. L'idée est donc de concevoir une prestation spécifique qui puisse être distribuée rapidement, qui soit au minimum égale à l'ACTP, soumise à conditions de ressources et modulable en fonction du niveau de dépendance (ce qui suppose le choix d'une grille nationale d'évaluation de la dépendance). Des écarts existent cependant dans les préconisations selon qu'est proposée une prestation en nature (rapport Braun) ou en espèces (rapport Schopflin).

Mais la logique demeure celle de l'aide sociale, du fait de son caractère individuel et subsidiaire, même si les arguments des experts convergent pour souligner l'importance de ne pas maintenir une logique d'assistance (volonté de supprimer le principe de l'obligation alimentaire tout en maintenant le recours sur succession), mais de promouvoir une réponse en termes de solidarité nationale. De même, il est fait seulement allusion au développement possible d'un système d'assurances privées (servies par des caisses de retraite complémentaire, des mutuelles ou des compagnies privées) qui pourraient dans le futur compléter la réponse publique.

Il n'est en revanche pratiquement pas question dans ces différents rapports de l'option assurantielle, c'est-à-dire du choix de l'assurance obligatoire qui semble d'emblée écartée. La logique, même si elle n'est guère explicitée, reste celle de l'aide sociale aux plus démunis.

2. Sur la question de l'organisation des services, on envisage à la fois d'améliorer les conditions d'hébergement, de diversifier l'offre de services, de mieux coordonner les interventions et de lever les paradoxes liés au fait que la prise en charge en établissement est moins liée au niveau de dépendance qu'au statut de l'établissement. Du point de vue de la coordination, la formule préconisée est locale (avec un rôle central confié aux Conseils généraux), voire même micro-locale. Est avancée l'idée d'un "coordinateur de proximité", ou d'une combinaison de ressources professionnelles mobilisées au domicile sous la forme d'une équipe médico-sociale (travailleur social, médecin, agent administratif). Il s'agit en somme d'une sorte d'invitation adressée aux différents opérateurs (médecins, infirmiers, aides-soignant, aides à domicile, services d'action sociale des organismes de sécurité sociale) de collaborer dans de nouvelles structures, ce qui reste un pari, qui fait suite à beaucoup d'autres tentatives (comme les coordinations dans les schémas gérontologiques).

Mais un des principaux écueils perceptibles à la lecture de ces différents rapports et projets reste celui du financement. La prise en charge relève essentiellement des départements, auxquels pourraient s'ajouter des fonds en provenance des caisses de sécurité sociale, de la CNAV et des régimes complémentaires de retraite, avec une contribution de l'Etat (en mobilisant une fraction de la CSG et en affectant le gain fiscal résultant de sa non-déductibilité), sans compter la place de la famille. La solution du

pluri-financement semble la seule acceptable dans un contexte où personne ne parvient véritablement à chiffrer le coût d'une telle politique, du fait de l'imprécision qui demeure sur le nombre même des personnes âgées dépendantes.

Au terme de son analyse, F. Kessler souligne l'insuffisance du débat français, mais aussi le paradoxe que représente une situation dans laquelle on envisage de renvoyer la question de la prise en charge de personnes âgées ayant cotisé une bonne partie de leur vie à un régime de sécurité sociale vers l'assistance (pour les plus démunis), et la famille, voire le marché pour les autres, sans plus de discussion sur l'hypothèse du 5ème risque. Il critique également la tradition du morcellement en populations-cibles qui fait de la dépendance un problème réservé au grand âge, contrairement à ce qui se passe dans les dispositifs conçus en Hollande ou en Allemagne, par exemple, qui prennent en considération la dépendance, quel que soit l'âge. Les perspectives annoncées dans ces différents rapports et projets de se replier sur une loi d'assistance, dans la tradition de la période 1893-1963, ne lui semblent guère prometteuses.

On comprend donc qu'il ait aussi critiqué, dès 1995, le choix qui venait d'être fait d'expérimenter, à défaut d'un débat de fond, un nouveau système : "La démarche récemment esquissée, écrivait-il alors, de légaliser le principe d'expérimentations locales d'aide aux personnes âgées dépendantes ne peut être vouée qu'à l'échec... On peut d'ores et déjà affirmer que la discussion sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes est un révélateur des ambiguïtés de la conception française de l'intervention publique dans le domaine social : l'absence de discussion sur les concepts et sur les principes généraux de la protection sociale, la primauté de solutions au moindre coût au détriment de la cohérence du système, le glissement vers une protection sociale publique minimale et sous conditions de ressources, la subsidiarité de l'intervention étatique par rapport à la prise en charge par la famille, montrent que l'idée de l'assurance sociale comme technique de protection contre les risques sociaux est loin d'être acceptée dans notre pays" (1995a, p. 94, voir aussi 1995b).

#### **Le modèle assurantiel obligatoire allemand**

Le gouvernement allemand a institué au mois de mai 1994 un nouveau risque "soins de longue durée" dans le dispositif assurantiel, ou tout au moins une nouvelle branche d'assurance sociale dans le cadre de l'assurance maladie (ce qui a permis d'éviter de bâtir complètement une nouvelle administration chargée de ce risque spécifique). Précédemment existait une réponse de type "aide sociale", avec la prise en compte des ressources de la personne âgée et des descendants et l'application du principe de l'obligation alimentaire. De nombreuses critiques avaient été proférées contre ce système, sur la base de la légitime attente de nombre de salariés d'accéder, après avoir cotisé toute leur vie à un minimum de ressources en fin de vie, alors que cette logique de l'aide sociale venait souvent ponctionner ces ressources de l'essentiel pour couvrir les besoins liés à la dépendance, ne leur laissant qu'un maigre pécule. Parallèlement, la montée des besoins des personnes âgées et leur appauvrissement

du fait de la dépendance sont venus progressivement peser de plus en plus lourd sur les budgets d'aide sociale.

A partir de la réforme, toutes les personnes qui relèvent de l'assurance maladie légale (quelles que soient leurs ressources et quel que soit leur âge) sont assurées contre le "risque dépendance", ou doivent souscrire une assurance volontaire ou un contrat d'assurances privées. Trois niveaux de dépendance sont distingués (besoin d'une aide une fois par jour pour deux actes différents de la vie courante ; trois fois par jour ; ou besoin d'aide au moins 5 heures par jour). Des prestations à la personne (âgée ou non) sont fournies soit au domicile (en nature pour trois niveaux de valeur 750/1800/2800 DM, ou en espèces 400/800/1300 DM), soit dans des hôpitaux de jour (avec un forfait unique de 2800 DM) sur la base de leurs besoins de soins de longue durée et non de leur niveau de ressources ou de cotisation. Les frais d'hospitalisation sont également pris en charge avec un plafond de 2100 DM, mais pas les frais d'hôtellerie. Des prestations sont aussi prévues pour les aidants, dans les 3/4 des cas des femmes au foyer : possibilité d'un congé pour la tierce personne ; dispositif gratuit de formation de l'aidant, assurance de l'aidant par les communes pour les accidents du travail, ouverture d'un droit à l'assurance chômage et assurance obligatoire au système de pension vieillesse et invalidité payée par les caisses d'assurance dépendance. Le financement est assurantiel, par une cotisation de 1,7 % du salaire brut, réparti à parts égales entre l'employeur et le salarié. Cependant pour compenser le surcoût provoqué pour les employeurs, du fait de cette nouvelle charge sociale, il a été négocié avec les représentants du patronat, et surtout des petites et moyennes entreprises, de supprimer certains jours chômés rémunérés. Ce que ce système a également permis de mettre en œuvre, dans le même esprit que pour l'assurance maladie (sachant que les concepteurs sont d'ailleurs les mêmes), c'est le principe de concurrence entre les établissements d'accueil et entre les services de soins et d'aide à domicile, qui peuvent proposer leurs services et se les faire rembourser par l'assurance dépendance. Fin 1997, cette prestation a concerné 1,7 million de personnes (dont 370 000 personnes en établissement d'accueil permanent). Dans la grande majorité des cas, les bénéficiaires et les familles optent pour la prestation en espèce. L'assurance soins de longue durée a également provoqué le développement des services de soins à domicile, d'autant que ce système est surtout centré sur les soins et bien peu sur le besoin de soutien social.

Il faut bien admettre que les partisans d'un système assurantiel ne sont pas parvenus à faire entendre suffisamment leurs voix dans le concert des avis d'expert. Faute de marge de manœuvre pour faire advenir un dispositif nouveau, les politiques se sont orientés vers une perspective "réformiste", renonçant à la création d'un "nouveau risque", qui bouleverserait plus radicalement le système de protection sociale.

**Le choix de  
l'expérimentation :  
fenêtre  
d'opportunité ?**

La configuration française du débat sur la prise en charge de la dépendance est donc loin d'avoir permis de poser le problème du choix assurantiel. Face aux nombreux obstacles déjà évoqués, le choix français a consisté à promouvoir, dans le cadre d'une expérimentation sur sites, quelques-unes des propositions mentionnées dans les rapports d'experts, ainsi que le principe d'une évaluation devant permettre d'envisager une généralisation à l'échelle nationale. En cela, le gouvernement d'Edouard Balladur a fait le choix de mobiliser des décideurs et acteurs locaux soucieux de réformer le système de prise en charge existant, évitant ainsi de formuler des principes et des normes qui ne feraient pas consensus à l'échelle locale. Expérimentation et évaluation, telles sont les modalités choisies pour définir une politique sociale applicable (comme lors de la mise en œuvre du revenu minimum).

Tout s'est passé comme si la marge de décision gouvernementale était si réduite que la seule alternative consistait en quelque sorte à "botter en touche" en mobilisant les ressources locales et, en particulier, les bonnes volontés des alliés territoriaux soucieux de faire avancer rapidement une réforme tant attendue, en co-produisant l'action publique. L'Etat a joué un rôle incitatif, en fixant des grands principes et en laissant aux acteurs politiques et aux opérateurs locaux les plus motivés le soin d'inventer véritablement un dispositif. Il semble possible de parler de "fenêtre d'opportunité" au sens où il n'est pas question d'une simple mise en œuvre territoriale d'une politique publique conçue centralement.

Il est manifeste que ce type de choix découle à la fois des principes établis par les lois de décentralisation de 1983, mais aussi de la transformation des besoins et des problèmes sociaux dans le contexte de crise de l'Etat-providence. Plutôt que d'envisager une définition centrale de la norme et une application territoriale, justifiant en aval des aménagements et une certaine flexibilité, selon le modèle classique de la "régulation croisée" entre représentants de l'Etat et des collectivités territoriales, le choix consiste ici à laisser le territoire participer largement à la définition du problème public, selon le modèle décrit par Duran et Thoenig (1996) de "l'institutionnalisation de l'action collective".

Cette logique d'expérimentation cherche à mettre en cohérence les interventions publiques plutôt que de proposer un modèle d'action publique standardisé, piloté d'en haut, d'où l'importance du processus de construction par les acteurs locaux des référentiels nécessaires à leur propre action, mais aussi des négociations qui doivent présider à l'adhésion à cette construction locale commune. Les consignes de l'action ne sont pas produites en amont, mais simplement suggérées par un "cahier des charges".

*La Prestation Expérimentale Dépendance : une construction locale*

La loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale instaure, dans son titre IV portant dispositions diverses, le principe de l'expérimentation d'une prestation

dépendance au niveau départemental versée à des personnes âgées dépendantes qui résident dans un domicile individuel. Quarante et un projets départementaux sont remontés vers le ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville. Ces expérimentations ont été initiées le 1er janvier 1995 dans douze des départements volontaires, au départ pour une durée d'un an (prolongée à deux ans), dans le cadre de conventions départementales conclues entre les différents intervenants : conseils généraux, organismes de Sécurité sociale, collectivités territoriales, représentants de l'Etat, selon un cahier des charges établi par le ministère, en concertation avec des représentants de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et de l'Association des Présidents des Conseils Généraux (APCG).

Ce cahier des charges définit l'ensemble des caractéristiques de ces expérimentations, sert de référence aux départements retenus et fixe un certain nombre d'objectifs : valider une grille d'évaluation de la dépendance ; mettre en place une coordination autour de la personne âgée et de sa famille pour leur information sur les services et les aides disponibles et leur orientation ; promouvoir au niveau départemental une meilleure adéquation de l'offre et de la demande ; apprécier le nombre de bénéficiaires concernés et établir le coût global de la prise en charge de la dépendance. Sur le plan financier, la prestation expérimentale dépendance (PED) est composée de deux prestations distinctes, complémentaires ou alternatives : l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), versée par le Conseil général ; la Prestation supplémentaire dépendance (PSD), à la charge des caisses de retraite<sup>1</sup>. Le montant maximum de la PED était de 4 264 francs par mois en 1995.

Dans le département d'Ille et Vilaine, le dispositif PED a été conçu rapidement. Les partenaires locaux se sont mobilisés pour concevoir, arbitrer, négocier, construire les besoins et les modalités de réponse à leur échelle d'intervention. En effet, comme l'indiquent les acteurs eux-mêmes, "une tradition de partenariat existait entre la CRAM de Bretagne et le Conseil général depuis plusieurs années", ayant déjà permis un certain nombre d'actions (dont l'expérimentation du revenu minimum). Dès le mois de septembre, ces deux institutions se sont donc à nouveau rapprochées pour bâtir leur dispositif. D'autres partenaires les ont ensuite rejointes : la Mutualité sociale agricole, et deux caisses de retraite l'AVA et l'ORGANIC.

Ces partenaires locaux ont élaboré ensemble le dispositif mis en œuvre dès le mois de février. Tout en respectant le cahier des charges fixé par le ministère, le partenariat s'est construit et renforcé grâce à l'adoption de quelques principes forts :

- un guichet unique, le Centre communal d'action sociale (CCAS) et un dossier unique correspondant à l'expérimentation. L'orientation vers le CCAS se fait par l'intermédiaire des médecins généralistes et des services d'aide et de soins à domicile, notamment,

---

<sup>1</sup> Ces deux prestations sont soumises à des conditions de ressources : pour l'ACTP un revenu imposable de 3 200 francs par mois pour une personne seule et de 5 700 francs par mois pour un couple ; pour la PSD un revenu imposable de 4 800 francs par mois pour une personne seule et de 8 600 francs par mois pour un couple.

- 
- . une évaluation à domicile de la situation du demandeur par un médecin (phase 1 de l'instruction : taux d'incapacité et niveau de dépendance en fonction de la grille AGGIR) et un travailleur social (phase 2 : étude des droits et évaluation des besoins), qui après une confrontation de leurs points de vue sur les besoins actuels et les perspectives d'évolution des pathologies proposent un niveau de prestation et un plan d'aide (phase 3),
  - . la mise en place d'une équipe technique dépendance, sous la responsabilité de la COTOREP. Composée de responsables sociaux et administratifs des organismes financeurs, elle est animée par un médecin coordonnateur. L'équipe technique dépendance (ETD), qui se réunit toutes les semaines, prend les décisions, ouvre les droits, joue le rôle de régulateur et fait jurisprudence s'il y a lieu,
  - . la signature par le(s) financeur(s) et le bénéficiaire d'un "contrat d'aide à l'autonomie", où figurent les moyens humains et matériels nécessaires pour pallier à la dépendance, le coût de ces services, et le rythme d'intervention des professionnels et de leur coordination. Ce contrat a pour objectif de responsabiliser la personne âgée et son entourage familial, en rappelant les engagements pris en contrepartie de la PED. Il est un rappel écrit du plan d'aide et, de ce fait, un moyen de communication entre les intervenants, en même temps qu'une garantie pour le contrôle de l'effectivité de l'aide accordée,
  - . chaque équipe médico-sociale est responsable d'un des 13 secteurs géographiques, représentant en général un canton ou un quartier urbain. Elle instruit toutes les demandes quel que soit le régime de retraite. L'assistant social de cette équipe reste, pendant toute la durée du versement de la PED, le référent pour le bénéficiaire, la famille et les intervenants. Le référent est chargé du suivi et du contrôle de l'effectivité du plan d'aide à court et moyen termes. Le suivi immédiat consiste en une visite à domicile dans les quinze jours qui suivent l'attribution de la PED, pour faire signer le contrat d'aide à l'autonomie par le bénéficiaire, le préparer au contrôle administratif exercé par les financeurs, et aider à la mise en place du plan d'aide, si nécessaire,
  - . les équipes médico-sociales sont toujours composées d'un assistant social et d'un médecin, mais elles varient puisque au total 42 travailleurs sociaux (CRAM, Conseil général et MSA) et 5 médecins (Conseil général et CRAM) sont engagés dans l'expérience.
  - . le principe d'un suivi de plus longue durée est également posé : création de "groupes de parole" pour le soutien des aidants, formation des intervenants à l'accompagnement en fin de vie, etc.

Dans cette construction locale, on retrouve bien le modèle d'institutionnalisation de l'action collective évoqué par Duran et Thoënic : "L'Etat mobilise autrui en nommant une mesure, mais sans trop la définir, en construisant des lieux et des opportunités spécifiques d'échange, mais sans remettre en cause les anciennes institutions, en

---

sollicitant l'implication d'acteurs tiers, mais sans imposer sa manière comme dénominateur commun obligé. En d'autres termes, les politiques constitutives sont activées dans l'espoir qu'à travers elles se créeront des fenêtres d'opportunité pour de l'action collective" (p. 602). "Dans une situation de faible guidage central, l'Etat ne semble pas pouvoir faire autre chose que de laisser jouer la base afin que les solutions apparaissent d'elles-mêmes tout en se gardant, d'une part, la solution de l'arbitrage, il lui faut éviter de trop s'impliquer dans la gestion localisée des problèmes, et, d'autre part, la fixation des règles du jeu" (Duran et Thœnig, 1996, p. 621).

Si, comme l'indiquent ces auteurs, la bureaucratie représente une réponse à un problème programmable, quand l'incertitude est faiblement structurée, la bureaucratie ne sait pas faire. C'est la raison pour laquelle, sans aucun doute, l'action se structure en référence à l'urgence : "L'urgence fournit aux autorités publiques un réducteur d'incertitude. Le manque de temps limite les possibilités d'attention et donc de discussion, ce qui privilégie les enjeux simples et la débrouillardise locale" (p. 598).

L'expérimentation territoriale de la PED est une politique de cette nature, au sens où elle vise à créer les conditions d'une mobilisation des acteurs locaux, opérateurs à terme de la politique à mettre en œuvre. Elle est "constitutive" aussi au sens où les acteurs locaux se voient déléguer la définition des procédures de la politique à mettre en œuvre. En revanche, les limites en termes de moyens, les délais de mise en œuvre, mais aussi l'échelle à laquelle il faut penser le problème empêchent d'envisager toute l'étendue des questions soulevées. L'expérimentation est d'emblée inscrite dans une perspective réformiste, visant à améliorer utilement, à optimiser le système pré-existant, en s'appuyant sur le partenariat local : ici, en l'occurrence, entre les Conseils généraux, la CRAM et les organismes de retraite complémentaire mais aussi la MSA (épaulée pour cela par un fonds dégagé par le ministère de l'Agriculture). L'attention s'est donc focalisée sur les procédures à mettre en œuvre.

#### *L'option du bricolage professionnel : atouts et apories*

L'apport essentiel de l'expérimentation réside sans doute dans l'apprentissage collectif réalisé par les opérateurs de terrain, les acteurs des procédures, qui ont conçu conjointement les modes d'action, arbitré, débattu et stabilisé leurs pratiques. Le bilan dressé de l'expérimentation en Ille et Vilaine a révélé ce rôle tout à fait central joué par certains opérateurs de terrain qui, soit au niveau de l'équipe technique dépendance, qui a reçu les dossiers montés par les équipes médico-sociales chargées d'évaluer les besoins au domicile de la personne âgée en tenant compte de ses ressources financières, mais aussi de ses ressources en soutien familial et de proposer des plans d'aide, soit au niveau de la coordination par secteur gérontologique, ont mis en œuvre les contrats d'aide. Ces différents niveaux du dispositif (équipe technique dépendance et instance de coordination sur les secteurs gérontologiques) peuvent être considérés comme les instances au sein desquelles ont été élaborées, dans le cadre de la pratique ou en situation, les normes qui se sont peu à peu stabilisées, dans une

---

logique de professionnalité, tout en garantissant par une gestion de proximité la souplesse nécessaire à l'adaptation aux besoins très diversifiés de la population : personnes âgées et familles. C'est au niveau de ces instances interinstitutionnelles que l'on peut parler d'apprentissage, voire d'innovations.

Le système choisi, une prestation en espèces, a permis en outre de répondre le plus simplement possible aux besoins des personnes, en tenant compte de leurs modes de vie et de leurs pratiques de consommation. Ce type de prestations a permis aux bénéficiaires de choisir, en fonction de leur logique propre, soit d'internaliser dans la famille la demande d'aide en compensant l'engagement de l'un de ses membres (ce qui a permis parfois d'encourager l'aide informelle, voire d'employer directement un membre de la famille s'il était sans emploi, débouchant ainsi sur une monétarisation de l'aide familiale), soit de l'externaliser vers des professionnels de l'aide, en les recrutant directement ou en recourant à des services formels d'aide à domicile, employeurs d'aides-ménagères. En revanche, ce choix a nécessité un plus grand contrôle de l'effectivité de l'aide, pour éviter la thésaurisation des sommes allouées<sup>1</sup>.

Le dispositif a privilégié une gestion décentralisée, le plus près possible de la personne âgée, ce qui a permis une fois encore la souplesse, l'adaptabilité, l'apprentissage collectif, chacun venant représenter les spécificités de son public-cible (qui agriculteurs, commerçants et artisans ou personnes relevant du régime général), les particularités liées à leurs différents modes de vie avec les besoins spécifiques qu'ils entraînent, aux dépens d'une volonté de normalisation excessive. En revanche, ce choix de faire du "sur-mesure" a supposé en contrepartie un très fort engagement des professionnels chargés de la coordination et de l'adaptation des réponses, conditions qui n'étaient plus réunies au terme de la phase expérimentale, puisque la plupart des professionnels, travailleurs sociaux en particulier, disaient avoir dû renoncer à une grande partie de leur tâches habituelles auprès de l'ensemble de leurs usagers pour se consacrer exclusivement bien souvent à la montée en charge de ce nouveau dispositif.

S'il a rarement été question pour les opérateurs de terrain de mettre en discussion ou en cause les choix initiaux (le choix de l'aide sociale), ce "bricolage professionnel", institué progressivement, a eu la vertu de montrer la capacité des intervenants d'inventer des procédures adaptées. Collaboration et bonne volonté ont donné au dispositif expérimental une qualité et une opérationnalité remarquables. C'est sans doute le point le plus positif des évaluations produites de ces expérimentations, y compris du point de vue des bénéficiaires. Le suivi au cas par cas et le souci de trouver des solutions "sur mesure" dans le cadre pré-défini ont engendré une certaine satisfaction des usagers.

---

<sup>1</sup> La loi votée par la suite et appliquée depuis 1997 renonce à cette logique de la prestation en espèces et lui préfère la prestation en nature. Certaines annonces gouvernementales ont même évoqué un moment l'usage du "chèque service", garant d'une effectivité du service rendu.

L'impossibilité actuelle de bien mesurer l'évolution du coût du dispositif de prise en charge face à l'évolution très délicate à évaluer des besoins fait que l'on perçoit tout l'intérêt de maintenir le maximum de souplesse dans la réponse proposée. Faut-il voir là une certaine conception de l'action publique (l'individualisation) qui tendrait à se généraliser à différents types de problèmes sociaux et médico-sociaux, ou plutôt un modèle relativement spécifique lié aux nombreuses zones d'ombre qui demeurent sur l'avenir d'un tel dispositif ? La question est ouverte. Quoi qu'il en soit, pour les opérateurs de terrain, la logique du besoin domine et continue de constituer la référence, ce qui suppose de se tenir au plus près de la singularité des cas et de leur configuration d'aide. On peut en ce sens parler d'un système d'action professionnelle, éventuellement conflictuel, qui s'institutionnalise peu à peu.

Dans ce système, on mesure le rôle primordial de l'évaluation : qu'il s'agisse de l'évaluation des besoins ou de l'évaluation du dispositif lui-même. Dans une situation perçue comme complexe, face à des besoins et des réponses très difficilement codifiables, les agents qui participent à la définition de l'action publique mettent une emphase toute particulière sur l'évaluation, qui apparaît alors comme un point de repère et une source de validation et de légitimation dans un univers peu maîtrisé.

Sur d'autres plans, en revanche, le bilan est plus mitigé. Ainsi, à l'enjeu de la satisfaction des besoins, enjeu premier pour les opérateurs de terrain, s'en est combiné un autre, plus conforme aux préoccupations des élus départementaux et nationaux : celui de l'emploi. En effet, améliorer l'aide aux personnes âgées dépendantes correspond aussi, au plan politique, à la volonté de promouvoir un "gisement d'emplois" potentiel : celui des services relationnels, ou des emplois familiaux. En fait, il semble que ce nouveau dispositif ait plus engendré de la précarité que de l'emploi, à proprement parler. Par la solvabilisation des personnes âgées, on a facilité le développement d'une offre "non-professionnalisée" ou "précaisée" de services. Du fait du dispositif choisi et des différences de coût des interventions, selon le type d'employeur, l'aide à domicile a été assurée, soit par des professionnelles (aides-ménagères) qui sont passées bien souvent du statut de salariées d'une association ou d'un centre communal d'action sociale (avec les garanties et les avantages que cela autorise) à celui de salariées directes d'une personne âgée (souvent pour un nombre d'heures très réduit), soit par des non-professionnels, c'est-à-dire des personnes sans qualification particulière, disponibles localement, voire même dans la famille, qui ont, elles aussi, été contractées directement pour rendre le service à la personne âgée. Dans tous ces cas, la position des aidants s'est trouvée fragilisée (difficulté de remplacement, difficulté de faire valoir sa position de salarié, difficulté de trouver des tiers permettant d'évoquer les problèmes posés lors de leurs interventions, manque de formation, problèmes des congés, etc.).

Il n'est donc guère étonnant que se soit développé tout un ensemble de critiques soulignant que l'on avait affaire essentiellement à des pseudo-emplois, sous-qualifiés, sous-rémunérés et sous-protégés, à des "petits boulots" en somme, susceptibles d'être présentés en équivalent temps-plein, à des fins parfois politiques. En fait de permettre le développement de nouveaux emplois, cette logique d'intervention pourrait

s'apparenter plutôt à une politique de déstabilisation des emplois qualifiés pré-existants, et à la création de "petits boulots" non qualifiés. Les professions de l'aide à domicile voient donc avec une certaine inquiétude se renforcer cette tendance à laisser miroiter un nouveau gisement d'emplois. De leur point de vue, il s'agit plus ou moins explicitement de reconnaître qu'il n'est peut-être pas nécessaire d'avoir un certificat d'aptitude pour rendre le service. La bonne volonté, la relation de confiance semblent même bien souvent primer pour l'utilisateur sur la compétence certifiée par un diplôme ou une formation.

Au terme de l'expérimentation territoriale, plusieurs autres problèmes étaient posés. Tout d'abord, celui de la sortie de la phase instituante. Comment prolonger l'investissement ? Comment faire en sorte que les partenaires continuent de se mobiliser alors que les apprentissages attendus pour faire évoluer les pratiques des travailleurs sociaux, par exemple, ont eu lieu ? Quels moyens trouver pour maintenir le maximum de qualité dans la coordination de l'offre de soins ? Comment également faire évoluer les réponses du côté des établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes, dont on mesure bien que cet élargissement du dispositif aux personnes en établissement pose de façon accrue le problème du coût ?

Un autre problème posé est celui de l'équité territoriale. Ne risque-t-on pas de promouvoir de très importantes disparités territoriales en demandant aux partenaires locaux de s'engager dans de telles mises en œuvre ? Dans certains sites, comme c'est manifestement le cas en Ile et Vilaine, la tradition de collaboration étant forte, on a assisté à une mobilisation, certes inégale, mais productive de ces partenaires, mais il est évident que dans d'autres départements les conditions d'une telle mobilisation sont beaucoup plus problématiques, voire inatteignables. Toutes ces questions étaient jusqu'à il y a peu suspendues à la décision du gouvernement, avec un risque fort de démobilité des acteurs territoriaux.

**La loi en attendant la loi : le rendez-vous manqué ?**

La création d'une nouvelle allocation pour les personnes âgées dépendantes était une des promesses du candidat Chirac lors de la dernière campagne présidentielle. Ce fut aussi l'un des points de la déclaration de politique générale d'Alain Juppé le 23 mai 1995, lors de sa prise de fonction. Sans même attendre les résultats des évaluations locales et nationales de l'expérimentation, un projet de loi a été préparé par le gouvernement, sous l'égide de Mme Codaccioni, alors ministre de la Solidarité entre les générations. Le calendrier politique a donc eu raison de la rationalité mise en avant lors de l'expérimentation, qui voulait faire de ces mises en œuvre territoriales une préfiguration et une occasion d'apprentissage avant de concevoir le dispositif national. Du fait des annonces répétées de l'imminence de la loi, les expérimentations territoriales se sont trouvées déstabilisées, ralenties, et parfois même stoppées dans certains sites. A quoi bon expérimenter et évaluer un dispositif mort-né, déjà obsolète ?

Dès l'origine, ce projet de loi a suscité de vives critiques, non seulement de la part du Conseil économique et social saisi par le Premier ministre en juillet 1995, mais aussi de parlementaires (Long, 1997). Hubert Brin, rapporteur pour avis de la section des affaires sociales du CES a émis en septembre 1995 les critiques et recommandations suivantes : il lui semblait utile d'ouvrir cette prestation dès l'âge de la retraite et non pas à partir de 70 ans, non seulement pour les personnes âgées à domicile, mais aussi pour celles qui sont hébergées en établissements ; de mettre en place une grille d'évaluation qui tienne mieux compte des aspects sociaux ; de prévoir un dispositif de congé d'aide à la dépendance à l'instar du congé parental d'éducation ; de prévoir un dispositif d'évaluation nationale à trois ans permettant de réviser la loi, comme ce qui avait été instauré à l'occasion de la mise en œuvre du RMI. Mais la critique essentielle portait sur le financement. M. Brin préconisait la création d'un "fonds national autonomie", géré à l'échelle régionale avec l'ensemble des partenaires impliqués : Départements, Caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, Mutualité sociale agricole, avec un financement provenant à la fois d'un prélèvement sur l'ensemble des revenus (professionnels, financiers, fonciers, etc.) et de la contribution des départements.

Suivant un certain nombre de ces recommandations, Alain Juppé a donc présenté en octobre 1995 un nouveau projet amendé, avec une entrée en vigueur prévue en janvier 1996, d'abord pour les personnes âgées à domicile, étendue dans un deuxième temps (en juillet 1997) aux personnes en établissements. C'est ce projet qui a fait ensuite l'objet de critiques de la part des parlementaires et notamment de responsables de la majorité. Ce projet n'a donc pas passé le cap de la première lecture devant le Sénat. Pour comprendre ces tensions nouvelles, il faut se rappeler que le "Plan Juppé" sur la protection sociale avec sa logique de maîtrise des dépenses est intervenu entre-temps. On comprend donc aisément que certains parlementaires aient pu souligner le paradoxe de vouloir créer une nouvelle prestation quand toute l'action gouvernementale semblait se concentrer sur la maîtrise des dépenses publiques.

Les problèmes de financement du projet et l'opposition de nombreux parlementaires, y compris de la majorité du moment, ont donc eu raison de ce projet. Les discontinuités de la vie politique n'ont pas permis de tirer les leçons de la mise en œuvre de la prestation expérimentale et ont conduit à l'adoption en janvier 1997 d'une loi qui se présente comme une réforme transitoire instituant un dispositif à minima : une "loi en attendant la loi". Dès sa publication, un recours a été déposé par quelques parlementaires de l'opposition auprès du Conseil constitutionnel, sur la base des inéquités territoriales inhérentes au dispositif choisi.

Cette nouvelle prestation spécifique dépendance, provisoire et en nature, vient en fait se substituer à l'ancienne Allocation compensatrice pour tierce personne. Il s'agit en quelque sorte d'une loi de basculement, sans aucun financement complémentaire de la part de l'Etat. La prestation est délivrée par les Conseils généraux aux personnes qui en font la demande et qui ont les caractéristiques suivantes : avoir plus de 60 ans, besoin d'une aide pour rester dans son domicile, un niveau de dépendance

---

correspondant aux GIR 1, 2 ou 3 de la grille AGGIR<sup>1</sup>, choisie comme grille nationale d'évaluation de la dépendance, et des ressources ne dépassant pas un certain plafond : 72 000 francs par an pour une personne seule, ou 120 000 francs pour un couple. Le montant maximum de cette prestation est d'environ 5 600 francs par mois. Il varie en fonction du degré de dépendance du bénéficiaire, du niveau de ressources et du département. Si la prestation n'est pas soumise à l'obligation alimentaire, elle donne lieu à une récupération sur succession de la part du département quand le montant global versé pour la personne âgée dépasse 300 000 francs.

Cette politique d'attente, qui se situe d'emblée en recul par rapport aux expérimentations mêmes, a suscité une insatisfaction profonde. La réponse est en effet bien en deçà des promesses et surtout des attentes. Les débuts de réaction des milieux professionnels spécialisés sont pour le moins critiques. Même l'Observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS), qui est loin d'être le plus sévère, compte tenu du fait qu'il travaille au profit des Conseils généraux, fait un "bilan mitigé" de ce nouveau dispositif provisoire dans un récent rapport. Les écarts entre les 25 Conseils généraux étudiés sont patents, du point de vue de la mise en œuvre : "Certains départements attribuent la PSD depuis six mois, d'autres n'en sont qu'au stade du recueil des dossiers" (Aulagnon, *Le Monde*, 1998). On connaissait déjà ce risque de disparité territoriale, qui avait d'ailleurs constitué l'argument du recours auprès du Conseil constitutionnel. L'ouverture de la prestation aux personnes âgées en établissement accentue cet enjeu d'inégalités territoriales, puisque 30 % des départements ne servaient plus depuis plusieurs années l'allocation compensatrice en établissement.

Mais d'autres problèmes sont soulevés : le fait de réserver cette prestation, modeste en montant (entre 3 000 et 4 000 francs en moyenne selon le GIR), aux personnes les plus dépendantes et les plus nécessiteuses, non seulement écarte une proportion considérable de personnes âgées sur la base du critère de ressources, mais ne règle pas la situation des bénéficiaires, qui doivent mobiliser des montants beaucoup plus substantiels pour répondre à leurs besoins (entre 10 000 et 15 000 francs par mois pour les cas de dépendance lourde). Cette prestation ne règle pas non plus la situation des personnes à dépendance moyenne : le GIR 4. Dans le cadre des expérimentations, les personnes évaluées en GIR4 pouvaient bénéficier de la PED et représentaient même près de 40 % des bénéficiaires. Cette exclusion de la dépendance moyenne exclut donc une grande proportion des besoins d'aide et de services. D'après l'ODAS, la moitié des demandeurs sont exclus sur cette base.

En somme, l'exclusion de l'accès à la prestation fonctionne de multiples manières : exclusion des niveaux de dépendance moyens et faibles, seuils de ressources très bas, perspective de récupération sur succession. Ce dernier phénomène exclut de fait une autre catégorie de bénéficiaires potentiels, qui se refusent à cette perspective.

---

<sup>1</sup> Les niveaux les plus lourds de la grille AGGIR qui en compte 6.

---

L'ODAS signale encore la complexité des dossiers (un sur cinq demandés seulement sont remplis)<sup>1</sup>.

Si l'on se réfère aux échos donnés par les organisations professionnelles, le bilan est beaucoup plus négatif encore. "Gigantesque cafouillage" aux dires de Pascal Champvert, directeur de l'Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées. Pour Alain Villez, conseiller technique chargé des personnes âgées à l'UNIOPSS, "la PSD est un redéploiement de l'ACTP en moins bien, les montants accordés étant sensiblement inférieurs" (*Journal de l'action sociale*, 1997). On peut même parler de climat d'hostilité. En établissement, l'attribution de la PSD est catastrophique, avec des écarts de niveau de prestation pouvant aller de un à trois pour une situation analogue, selon que l'on est par exemple dans un établissement des Hauts de Seine ou de l'Yonne.

Enfin, pour ce qui concerne les effets en termes d'emploi, selon Christiane Martel, Présidente de l'Union nationale des services de soins à domicile (UNASSAD), "cette politique déstabilise le secteur de l'aide à domicile et va à l'encontre de l'emploi. La politique du prix le plus bas pratiquée par de nombreux Conseils généraux, qui privilégient le gré à gré, conduit inévitablement à ce que les personnes les plus dépendantes soient aidées par les personnels les moins formés et les moins encadrés" (Bouillet, 1997). La grille AGGIR fait également l'objet de critiques au sens où, comme le souligne Bernard Ennuyer, directeur d'un service d'aide à domicile à Paris, "elle est trop souvent le seul élément d'évaluation de l'incapacité et du besoin d'aide. Or, si cette grille, qui est un outil médical, est adaptée à la mesure de 'l'incapacité à faire', elle ne l'est absolument pas lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin d'aide, celui-ci étant essentiellement subjectif, d'ordre affectif ou psychologique" (*Journal de l'action sociale*, 1997). Dans ce contexte, le débat sur le 5ème risque pourrait reprendre.

Quelles leçons retenir des difficultés rencontrées pour définir une politique de prise en charge de la dépendance en France dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques et de restructuration du système de protection sociale ?

Tout d'abord, des leçons sur le processus de définition même de cette politique et sur l'affrontement entre plusieurs logiques d'action publique. Dans ce modèle, la dimension territoriale est tout à fait centrale. Cet exemple illustre les insuffisances d'une opposition trop simpliste entre un modèle "top-down" et un modèle "bottom-up" d'action publique (Sabatier, 1986). Nous avons ici affaire à un montage différent où l'important réside dans les oscillations et les affrontements entre différentes logiques, du fait des acteurs en présence, des effets de calendrier politique, de la part d'aléatoire lié à ce calendrier, etc. Le territoire occupe une place centrale, dans la mesure où il est le cadre dans lequel s'élabore l'action, se définit le problème public, et se négocient les procédures. Mais ce processus s'apparente plus à un "bricolage" qu'à

---

<sup>1</sup> Au 30 juin 1998, on dénombrait seulement 32 000 bénéficiaires de la PSD à domicile.

---

une construction conforme aux étapes de la définition d'une politique publique (voir Thoenig, 1985 ; Jobert, 1985).

Une autre question concerne la spécificité ou non de ce modèle, en regard d'autres secteurs de l'action publique. La dépendance pose-t-elle des problèmes si spécifiques que nous puissions conclure à un montage tout à fait original ? Probablement pas. On peut même trouver là une confirmation de ce que Jacques Commaille (1996) a décelé récemment à propos d'un autre secteur de la protection sociale : celui des politiques familiales, à savoir le passage d'un référentiel universel global autour de ce qu'était la bonne famille (à l'instar du bon pauvre), permettant de structurer à la fois les politiques, les catégories du droit civil et social et les pratiques d'intervention, à un référentiel catégoriel, tenant compte de plus en plus de la singularité des situations. Le scénario d'action publique qui se dégage de ces divers exemples pourrait être qualifié de "case management" (à l'instar de ce qui se passe au Royaume-Uni), au sens où est privilégiée la logique du cas par cas, avec une accentuation considérable du rôle des opérateurs de terrain, qui détiennent l'accès à cette complexité/singularité et qui doivent la manager.

Ce modèle d'action publique est-il en passe de s'imposer à tout le secteur des politiques sociales ? On est tenté de le penser si l'on rapproche ce qui se passe en matière de prise en charge de la dépendance, des politiques comme le RMI ou la politique de la ville<sup>1</sup>. Le recours à la notion de "contrat" avec l'utilisateur est tout à fait significatif. L'important n'est peut-être pas tant d'ailleurs le fait d'avoir recours formellement à un contrat, ici, un "contrat d'aide", là, un "contrat d'insertion", dont il est secondaire de savoir s'il a véritablement la valeur d'un contrat juridiquement parlant, mais le fait de faire usage d'un vocabulaire de contrat qui sert autant à produire chez l'utilisateur que chez l'opérateur le sentiment de responsabilité et d'engagement. A la lumière d'un tel exemple, nous sommes invités à penser ce type de dispositif, non plus en référence aux modèles classiques de régulation, top-down et bottom-up, mais plutôt en terme de bricolage politique.

Autre leçon : l'imbrication des finalités politiques de ces montages territoriaux. Avec la prise en charge de la dépendance est posée explicitement la question des frontières entre différents secteurs et finalités de l'action publique. En structurant une réponse aux problèmes posés par la dépendance, les pouvoirs publics locaux et nationaux poursuivent des objectifs multiples qui peuvent obscurcir, rendre peu lisibles ou confuses les logiques d'action publique : répondre aux besoins des personnes du quatrième âge (une politique de la vieillesse), répondre aux besoins des familles (une politique familiale), répondre à un nouveau type de besoins de soins de longue durée (une politique de santé), développer un secteur d'emplois de services directs aux personnes (une politique d'emploi). Cette multiplicité des objectifs poursuivis ne semble guère propice à la construction de l'action publique.

---

<sup>1</sup> Voir même l'ensemble du secteur de l'action sociale, voir Le Gall et Martin, 1985.

---

BIBLIOGRAPHIE

- ATTIAS-DONFUT C. (Eds) (1995), *Les solidarités entre générations. Vieillesse, famille, Etat*, Paris, Nathan.
- AULAGNON M. (1998), "Premier bilan mitigé pour l'aide aux personnes âgées dépendantes", *Le Monde* du vendredi 16 janvier.
- BORGETTO M., LAFORE R. (1998), *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Paris, Montchrestien, (2e édition).
- BOUILLET M-N. (1997), "Dépendance en France. Un an de test pour la nouvelle prestation", *Espace social européen*, 7 au 13 novembre 1997, p. 15-19.
- COMMAILLE J. (1996), *Misères de la famille, question d'Etat*, Paris, Presses de sciences po.
- DURAN P., THCENIG J-C. (1996), "L'Etat et la gestion publique territoriale", *Revue française de science politique*, vol. 46, n° 4, pp. 580-623.
- EVERS A., LEICHSENRING K. (1994), "Paying for informal care", *Ageing International*, vol XXI, n° 1, pp. 29-40.
- EVERS A., PIJL M., UNGERSON C. (Eds) (1994), *Payments for care. A comparative overview*, European Center, Vienna, Avebury.
- FRINAULT T. (1997), *La réforme de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées : des logiques départementales distinctes face à un Etat en retrait. Comparaison entre l'Ille et Vilaine et le Maine-et-Loire*. Mémoire de DEA "Action publique et territoire en Europe", IEP de Rennes.
- GLENDINNING C., MCLAUGHLIN B. (1993), *Paying for care : Lessons from Europe*, London, HMSO (Social Security Advisory Committee, Research Paper 5).
- HINRICHS K. (1996), "L'assurance soins de longue durée : une innovation institutionnelle de la politique sociale allemande", in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, MIRE "Rencontres et recherches", vol. 2, Rencontre de Berlin, pp. 299-330.
- IGL G. (1994), "La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les discussions et les solutions en Allemagne", in F. Kessler (Ed) (1994), *La dépendance des personnes âgées : un défi pour le droit de la protection sociale*, Presses universitaires de Strasbourg, pp. 9-17.

- 
- JOBERT B. (1985), "Les politiques sociales et sanitaires", in M. GRAWITZ et J. LECA (Eds), *Traité de science politique*, PUF, pp. 301-342.
- JOBERT B. (1993), "Une non-décision exemplaire : les pouvoirs publics et la politique de dépendance des personnes âgées", in O. KUTY et M. LEGRAND (Eds), *Politiques de santé et vieillissement*, Actes de colloque AISLF, pp. 41-51.
- JOËL M-E. (1995), "Dépendance et protection sociale", in B. Cochemé et F. Legros (Eds), *Les retraites. Genèse, acteurs, enjeux*, Paris, Armand Colin, pp. 132-151.
- JOËL M-E., MARTIN C. (1994), "Payment for care : The case of France", in EVERS A. PIJL M., UNGERSON C. (Eds) (1994), *Payments for care. A comparative overview*, European Center, Vienna, Avebury, pp. 165-189.
- JOËL M-E., MARTIN C. (1997), "La part des arbitrages économiques et familiaux dans l'organisation du soutien à domicile des personnes âgées dépendantes", *Revue française des affaires sociales*, n° hors série, oct. 1997, pp. 95-107.
- Journal de l'action sociale* (1997), "La PSD dans l'impasse", décembre 1997, pp. 9-15.
- KERSCHEN N. (1997), "La reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale : le modèle allemand et le projet luxembourgeois", *Revue française des affaires sociales*, n° hors série, oct. 1997, pp. 205-214.
- KERSCHEN N., MERCAT-BRUNS M. (1993), "Towards Reform of Long Term Care in France", *Ageing International*, vol XX, n° 2, pp. 20-26.
- KESSLER F. (Ed) (1994), *La dépendance des personnes âgées : un défi pour le droit de la protection sociale*, Presses universitaires de Strasbourg.
- KESSLER F. (1995a), "Quelles prestations pour les personnes âgées dépendantes ? Panorama des propositions de réforme", *Droit social*, n° 1, pp. 85-94.
- KESSLER F. (1995b), "Dépendance des personnes âgées : premier commentaire de "l'expérimentation", *Revue de droit sanitaire et social*, n° 31 (1), pp. 216-224.
- KINGDOM J.W. (1984), *Agendas, alternatives and public policies*, Boston, Brown.
- LAROQUE P. (1962), *Politique de la vieillesse*. Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse.
- LE GALL D., MARTIN C. (1985), *Pas de social sans bricolage*, Centre de publication de l'Université de Caen.

LESEMANN F., MARTIN C. (Eds) (1993), *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, Paris, La Documentation française.

LEWIS J., GLENDINNING H. (1996), *Implementing the New community Care*, Open University Press.

LONG M. (1997), "La prestation d'autonomie : une nécessité reportée", *Revue française des affaires sociales*, n° hors série, oct. 1997, pp. 247-261.

MARTIN C., JOURDAIN A., MOHAER F., SCHWEYER F-X. (1996), *La prestation expérimentale dépendance en Ille et Vilaine. Leçons d'un apprentissage*, LAPSS/ENSP, éditions ENSP.

SABATIER P.A. (1986), "Top-down and bottom-up approaches to implementation research", *Journal of Public Policy*, 6, pp. 21-48.

THCENIG J-C. (1985), "L'analyse des politiques publiques", in M. GRAWITZ et J. LECA (Eds), *Traité de science politique*, PUF, pp.1-60.