

Les dossiers du

# Snitem info

Hiver 2009 N°176



## 5<sup>e</sup> risque : nouveau champ de la protection sociale

**SOMMAIRE** ▶ 5<sup>e</sup> risque, vers un droit universel d'aide à la dépendance ▶ Les partenaires institutionnels du 5<sup>e</sup> risque ▶ Le 5<sup>e</sup> risque et les assureurs ▶ Le point de vue d'industriels et de prestataires

# 5<sup>e</sup> risque, vers un droit

**Nouveau champ de la protection sociale, le projet de 5<sup>e</sup> risque, également appelé « risque dépendance » ou « risque perte d'autonomie » s'ajouterait aux branches couvrant la maladie, la famille, les accidents du travail et les retraites. Quels sont ses objectifs ? Comment va-t-il être financé et géré ? Alors que le gouvernement poursuit ses consultations avant le dépôt d'un projet de loi prévu courant 2009, Snitem Info fait le point.**

ENTRETIEN  
avec...

Valérie LÉTARD,  
SECRÉTAIRE D'ÉTAT À LA SOLIDARITÉ

**Quelle forme va prendre la mise en place d'un Risque Dépendance ? Quelles en seront les limites ?**

SNITEM INFO : **POURRIEZ-VOUS NOUS EN DIRE PLUS SUR CETTE RÉFORME EN TERME DE CALENDRIER ET DE PÉRIMÈTRE ?**

**VALÉRIE LÉTARD :** Le 5<sup>e</sup> risque représente un engagement du Président de la République. A côté des quatre risques de protection sociale existants (maladie, accidents du travail, famille et vieillesse) il s'agit de répondre au défi de la perte d'autonomie quel que soit l'âge, qu'il s'agisse de personnes handicapées ou de personnes âgées avec dans tous les cas un lien entre les soins et un projet de vie individualisé.

Sur un sujet aussi complexe, aussi essentiel pour nos concitoyens les plus fragiles, nous avons choisi de nous donner le temps de la concertation. C'est pourquoi Xavier Bertrand et moi-même avons mis en place plusieurs groupes de travail depuis juillet pour préciser les contours du 5<sup>e</sup> risque. Ces groupes de concertation travaillent sur cinq thèmes : le contenu du droit universel à la compensation, la gouvernance, la prise en charge à domicile, la prise en charge en établissement d'hébergement, la place de la prévoyance - ce que nous appelons le partenariat public/privé.

**C**ompenser la perte d'autonomie physique ou psychique, quel que soit l'âge et personnaliser la réponse selon les spécificités de chaque situation, tels sont les fondements de ce 5<sup>e</sup> risque. Ce droit universel comprendrait :

- une évaluation des besoins d'aide à l'autonomie selon chaque cas,
  - l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation intégrant les prestations, biens et services nécessaires.
- Lors de ses vœux à la presse, début janvier 2009, Xavier Bertrand, alors ministre du travail, déclarait que ce 5<sup>e</sup> risque devait « permettre le maintien à domicile des personnes qui le souhaitent et surtout diminuer le reste à charge, en priorité pour les classes moyennes, éternelles

« Permettre le maintien à domicile des personnes, (...) en priorité pour les classes moyennes, éternelles oubliées de la solidarité. »

oubliées de la solidarité ». La gestion du financement serait confiée à Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les sources de financement ne sont pas encore arrêtées. Toutefois, on se dirigerait vers un financement mixte reposant sur les capacités contributives des personnes dépendantes, la solidarité nationale, la prévoyance individuelle et collective, ainsi que la responsabilité individuelle.

# universel d'aide à la dépendance



© DR

Comme vous le voyez, le périmètre du 5<sup>e</sup> risque intégrera l'ensemble des déterminants de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie qu'il s'agisse des soins, de la prise en charge à domicile et en établissement, de l'organisation des dispositifs ou de leur financement. Ces groupes de travail sont composés des acteurs du secteur médico-social qui siègent au conseil d'orientation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et en particulier, l'ensemble des associations de personnes âgées et handicapées, des fédérations d'établissements et les partenaires sociaux. C'est sur la base de ces travaux que nous souhaitons mettre sur la table un projet de texte au début d'année 2009, dans la perspective d'un examen par le Parlement courant 2009.

**S.I. : QUELS MOYENS FINANCIERS SERONT CONSACRÉS AU RISQUE « DÉPENDANCE » ?**

**V.L. :** Je n'ai jamais caché, pour ma part, mon souhait de voir le financement de la dépendance s'appuyer

principalement sur un socle de solidarité nationale. Mais celui-ci sera très certainement complété par des outils innovants. Compte tenu de la croissance rapide des besoins, il est indispensable de rechercher toutes les solutions de financement possibles.

D'ores et déjà le Gouvernement a retenu l'idée du libre choix pour chacun de nos concitoyens en ce qui concerne les modalités de financement. Par exemple, on peut réfléchir à un mécanisme qui fait appel à un système assurantiel facultatif ou encore à une contribution patrimoniale – décidée du vivant de la personne. Mais encore une fois, de nombreux paramètres vont être définis suite aux conclusions et propositions des groupes de concertation.

**S.I. : QUELLE EST LA PLACE DE LA DÉPENDANCE DANS LE CONTINUUM DE SOINS ?**

**V.L. :** Nous avons la chance de voir, d'année en année, notre espérance de vie augmenter. Les chiffres sont éloquentes. En effet, aujourd'hui déjà la France compte un million de personnes âgées de plus de 85 ans et ce nombre aura doublé d'ici 2015. Mais sur l'ensemble des personnes de plus de 65 ans, on considère que 1 100 000 d'entre elles sont dépendantes.

Plus d'un million de personnes sont ainsi aidées dans leur quotidien grâce à la fois à la solidarité familiale et à la solidarité collective (APA, service à la personne, EHPAD...). On craint cependant que la solidarité familiale

ne s'amoindrisse dans les prochaines années car les spécialistes supposent que le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée dépendante va diminuer. La solidarité collective devra alors plus que jamais être irréprochable et ce au tout au long de la vie de la personne dépendante. C'est pour ces raisons que la dépendance prend une place toute particulière dans le continuum de soins et dans les politiques que nous menons à tous les niveaux du parcours de soin.

Je pense par exemple à la consultation longévité que nous allons expérimenter en 2009 avec Roselyne Bachelot-Narquin. Ces consultations préventives concerneront toutes les personnes de 55 à 70 ans qui ont cessé leur activité et permettra, entre autres, de prévenir tout risque de perte d'autonomie du patient et de mettre en place si nécessaire un programme personnalisé de prévention. Je pense également à l'amendement 45 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, article que j'ai défendu avec conviction et qui vise essentiellement à lutter contre la iatrogénie médicamenteuse ainsi qu'à la surconsommation de

## Les partenaires

médicaments dans les EHPAD. Cette expérimentation sera aussi l'occasion de mettre au point une meilleure coordination de soins pour la personne âgée dépendante. Cette expérimentation est importante car il n'est pas acceptable que 20 % des hospitalisations des personnes de plus de 80 ans soient dues à la iatrogénie médicamenteuse. Qui dit assurer une meilleure qualité de soins pour tous dit des moyens supplémentaires, et c'est exactement ce que le Gouvernement a fait pour l'année 2009. En effet, pour la seule année 2009, les crédits d'Assurance maladie en faveur du médico-social progressent de 6,3 % soit 922 M€ de plus par rapport à 2008, dont 566 M€ pour le secteur des personnes âgées et 356 M€ pour le secteur du handicap. Dans le contexte de crise actuel, il s'agit là d'un effort spectaculaire. Il permettra notamment de créer 10 000 emplois soignants supplémentaires dans les maisons de retraite et de créer 16 500 places nouvelles en établissement et à domicile pour donner un contenu concret à ce principe du libre choix.

Enfin je rappelle une chose primordiale : être en situation de perte d'autonomie ne veut pas dire perdre le droit de choisir sa vie ; le choix de vieillir à la maison ou en établissement, par exemple. Ainsi, l'Etat se doit de proposer une offre de services médico-sociaux variés selon les cas et coordonnés pour accompagner les changements de mode de vie qui ne manquent pas d'intervenir pour une personne âgée dépendante.

- (1) Allocation personnalisée d'autonomie.  
(2) Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

### LE POINT DE VUE de...

**Bruno ARBOUET,**  
DIRECTEUR GÉNÉRAL  
DE L'AGENCE  
NATIONALE  
DES SERVICES  
À LA PERSONNE



© DR

### Quelle place peuvent occuper les services à la personne dans l'organisation du 5<sup>e</sup> risque ?

« Avec un doublement de son taux de croissance au cours des trois dernières années et la création de 100 000 emplois chaque année depuis 3 ans, le secteur des services à la personne connaît une explosion significative de son développement. Il est devenu un secteur économique à part entière, répondant notamment aux enjeux liés au 5<sup>e</sup> risque. L'offre croît quantitativement mais aussi qualitativement, apportant aux personnes âgées et à leur entourage un choix d'acteurs compétents capables de satisfaire leurs besoins. Nous sommes ainsi en résonance avec une politique publique d'accompagnement de la dépendance.

Nous voyons également apparaître, dans ce champ, de nouveaux acteurs des services à la personne avec notamment les assureurs et les banques qui se sont lancés dans cette nouvelle dynamique. Ce secteur se professionnalise, tant dans la sphère publique que privée. Tous ont compris que la différence ne se fera pas que sur le prix mais surtout sur la qualité de service. Chacun entend donc prendre de l'avance.

Lorsque nous avons incité ces acteurs à s'inscrire dans une démarche « qualité », nous avons enregistré de leur part un fort engouement. Ce qui va faciliter le référencement et la labellisation des prestataires par les organismes de prévoyance qui vont devoir structurer une offre dans le cadre du 5<sup>e</sup> risque. »

# institutionnels du 5<sup>e</sup> risque

## L'INTERVIEW de...

### Bernadette MOREAU

DIRECTRICE DE LA COMPENSATION ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE, CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)



© DR

**SNITEM INFO :** QU'EST-CE QUE LA PERTE D'AUTONOMIE POUR LA CNSA ?

**BERNADETTE MOREAU :** Pendant longtemps, le concept de dépendance a été réservé aux seules personnes âgées. Nous parlons désormais de perte d'auto-nomie, une notion élargie qui concerne également les personnes handicapées. La perte d'autonomie est la difficulté à accomplir les gestes du quotidien et de la vie sociale, à tout âge de la vie.

**SI :** COMMENT AIDER LES PERSONNES QUI EN SONT ATTEINTES ?

**B. M. :** De deux façons. D'une part avec des éléments de compensation, soit individuels sous forme d'aides techniques comme les prothèses auditives par exemple pour les malentendants, soit collectifs, avec la possibilité d'une prise en charge dans des établissements adaptés par exemple. N'oublions pas non plus la mise en accessibilité de la société comme les boucles magnétiques

pour la transmission d'information dans les lieux publics ou encore le sous-titrage.

**SI :** POURQUOI CRÉER UN 5<sup>E</sup> RISQUE ?

**B. M. :** Le risque de perte d'autonomie viendrait s'ajouter à ceux identifiés par la Sécurité sociale qui recouvrent les dépenses liées à la famille, à la vieillesse, au travail, et à la maladie. Ce 5<sup>e</sup> risque ne porte pas sur le volet « soins » de la perte d'autonomie. Il ne faut pas y voir une Sécurité sociale bis pour les personnes âgées ou handicapées qui continueront à bénéficier de l'Assurance maladie pour leurs soins médicaux. Mais il s'agit bien plus de l'amélioration des réponses financières apportées par les dispositifs actuels (l'Aide personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH)) qui répondent aux besoins d'aide à l'autonomie des personnes âgées et handicapées. L'APA finance presque exclusi-

## LE PÔLE "SANTÉ À DOMICILE" DU SNITEM

### COMPREND LES ENTREPRISES SUIVANTES

- > BAXTER SAS
- > BECTON DICKINSON FRANCE SAS
- > BREAS MEDICAL
- > B. BRAUN MEDICAL SAS
- > CONVATEC (LABORATOIRES)
- > DIFFUSION TECHNIQUE FRANÇAISE (LA)
- > HANDIFLOW
- > HEMODIA
- > HILL-ROM Industries SA
- > HNE MEDICAL
- > HOSPIRA
- > INVACARE POIRIER
- > LABODIAL
- > Laboratoire KCI Médical
- > MEDTRONIC FRANCE SAS
- > NARVAL Laboratoires
- > NOVALAB
- > NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE
- > PAUL HARTMANN
- > PHARMAQUEST
- > RESPIRONICS FRANCE
- > RIVADIS LABORATOIRES
- > ROCHE DIAGNOSTICS
- > SLEEPINNOV TECHNOLOGY
- > SMITH & NEPHEW SAS
- > SMITHS MEDICAL FRANCE
- > SOTEC MEDICAL
- > SYST'AM
- > TELEFLEX MEDICAL
- > THUASNE
- > VILLARD
- > VYGON
- > WEINMANN

vement des aides humaines et la PCH est plafonnée à 60 ans. Comment faire pour les personnes handicapées de plus de 60 ans ? Sans compter les situations de reste à charge (RAC) élevées pour toute personne en perte d'autonomie. Le 5<sup>e</sup> risque tend donc à lever certaines inégalités de prise en charge entre les personnes âgées et handicapées.

**SI :** QUE PRÉCONISE LA CNSA ?

**B. M. :** Le Conseil de la CNSA mène une réflexion prospective depuis 2006. Il défend ainsi l'idée que toute personne en perte d'autonomie, quelle qu'en soit la cause et sans barrière d'âge, a un droit à compensation. Les prestations doivent être personnalisées en fonction de l'âge et de la situation de la personne, en privilégiant les réponses de proximité. La difficulté tient aujourd'hui au niveau de financement de cette prise en charge. Se pose notamment la question de la contribution des personnes âgées disposant de ressources propres. Peuvent-elles bénéficier d'un financement public ? Les assurances privées ont-elles un rôle à jouer dans ce financement ? A quelle hauteur et dans quel cadre ?

# Le 5<sup>e</sup> risque et les assureurs

Comment se positionnent les assureurs dans la perspective de mise en œuvre d'un 5<sup>e</sup> risque ?



© DR

## INTERVIEWS CROISÉES de...

**Claudine BROM,**  
DIRECTRICE DÉPENDANCE  
D'AXA ENTREPRISES

« Aujourd'hui il est encore trop tôt pour connaître le périmètre et les modalités de financement du 5<sup>e</sup> risque. Sans attendre, nous proposons déjà deux modes de couverture « dépendance » selon deux logiques distinctes. D'une part nous avons développé en direction des entreprises de plus de 100 salariés une formule d'aide aux aidants permettant à des salariés confrontés à la dépendance de leur parent de bénéficier de prestations et d'un large bouquet de services d'assistance. Cette approche bénéficie également à l'entreprise en prévenant le possible absentéisme de ces salariés fatigués ou stressés faute d'aide extérieure. D'autre part, nous proposons aux entreprises des contrats collectifs fondés sur la mutualisation des cotisations entre employeurs et salariés. En quittant l'entreprise, ces derniers conservent le bénéfice des cotisations émises et peuvent poursuivre avec un contrat individuel, sans sélection médicale. Dans une démarche d'anticipation, selon les informations que nous pouvons recueillir sur la création d'un 5<sup>e</sup> risque, nous savons que nous pourrions facilement adapter nos offres, notamment pour permettre aux souscripteurs de bénéficier d'éventuels avantages fiscaux. Nous sommes convaincus, en tant qu'assureur, qu'il ne faut pas faire comme avec les retraites. L'Etat a pris conscience tardivement que la prise en charge des retraites ne pouvait pas reposer uniquement sur la solidarité intergénérationnelle. De plus, avec la dépendance, nous sommes bien dans une problématique assurantielle où il s'agit de couvrir un risque. Alors, plus on incitera à adhérer tôt à ce type de contrat, plus les primes pourront être modiques. En effet, si vous souscrivez à un âge se rapprochant de celui de la réalisation probable d'un risque, les cotisations mécaniquement augmentent. »



© DR

**Dr Marcel GARNIER,**  
DIRECTEUR MÉDICAL,  
DIRECTION DE LA STRATÉGIE  
GROUPE MALAKOFF MEDERIC

« Les assureurs ne doivent pas limiter leur réflexion au seul aspect financier de complémentaire mais ils doivent faire évoluer leurs produits en intégrant à l'assurance la prévention et les services d'accompagnement. La perspective du 5<sup>e</sup> risque est l'occasion d'une réflexion avec l'État pour une nouvelle gouvernance. Il faut que ce dernier, représenté par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, travaille étroitement avec les assureurs pour construire un observatoire national des risques. Nous disposons, en effet, avec les réassureurs d'une base de données de gestion du risque de trente ans alors que celle de la CNSA n'a que quelques années d'antériorité. Nous devons également travailler ensemble à l'élaboration d'une grille commune d'évaluation de la perte d'autonomie globale de la personne, au-delà de la grille AGGIR (1), ceci en prenant

# Le point de vue d'industriels et de prestataires

en considération les grilles d'évaluation établies par nos voisins européens. Il faut aussi parvenir à redéfinir un véritable métier d'évaluation de la dépendance multidisciplinaire qui ne concerne pas uniquement l'aspect médical mais doit prendre, également, en considération le volet familial, social ainsi que l'habitat des personnes en perte d'autonomie. Les modalités de cette évaluation devraient être les mêmes sur tout le territoire. Un diplôme national devrait être envisagé. Enfin, les assureurs doivent aider l'Etat à créer une école pour les aidants familiaux mais également à offrir aux aides à domicile un véritable parcours professionnel qui permette aux jeunes de s'y engager, en allant du domicile aux EHPAD en passant par les SSR et les différents accueils de jour. Au-delà de la valorisation financière de ces métiers de service et d'une protection sociale accrue, ce parcours professionnel permettra de maintenir la qualité auprès des personnes âgées fragiles en perte d'autonomie. Le but principal est de traiter, d'une manière coordonnée, l'ensemble des services médico-sociaux appuyés sur des outils de géronto-technologie pour permettre le maintien de l'autonomie et retarder l'entrée en dépendance lourde en restant au domicile. ”

(1) Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources.

**Emmanuel CORDONNIER,**  
PRÉSIDENT D'ETIAM, ÉDITEUR  
DE LOGICIELS POUR L'ÉCHANGE  
D'IMAGES ET DE DOCUMENTS  
MÉDICAUX NUMÉRIQUES



© DR

” Pour permettre une prise en charge efficace de la dépendance directement au domicile des patients, il faut au préalable rendre interopérables les systèmes d'information de santé. C'est la condition pour pouvoir échanger des données sur l'état d'un patient en faisant le lien avec l'hôpital, le généraliste ou encore une plate-forme de coordination. Nous travaillons actuellement au déploiement de solutions permettant ces échanges. Il y a urgence à s'occuper des problèmes d'interopérabilité pour pouvoir développer le maintien du patient dépendant à domicile. Ainsi les missions d'accompagnement pourront glisser de la sphère médicale à celle davantage sociale et familiale. Le patient, au lieu d'être dans un établissement, bénéficiera en plus d'une surveillance médicale à distance d'un accès à des ressources de proximité : voisin, parents, etc. Ce qui est de nature à réduire le coût de prise en charge de la dépendance. Pour que cette économie soit possible il faut prendre en compte plusieurs paramètres :

- la nécessité d'assurer un continuum technique avec un transfert progressif de prise en charge financière de l'assurance maladie aux mutuelles puis aux assurances,
- l'adaptation des techniques et technologies aux besoins réels, avec une interopérabilité sur toute la chaîne.

Nous parviendrons à un système économiquement intéressant du maintien à domicile des personnes fragilisées uniquement si ce dernier est suffisamment bien organisé pour qu'au moindre problème le patient ne soit pas automatiquement renvoyé sur l'hôpital. Cela nécessite de la part des acteurs du service à la personne une réflexion de fond. ”

## Le point de vue d'industriels et de prestataires (suite)



© DR

**Alain SAINT-JOANIS,**  
DIRECTEUR COMMERCIAL,  
MEMBRE DU DIRECTOIRE GROUPE  
PAUL HARTMANN FRANCE  
ET PRÉSIDENT DU PÔLE « SANTÉ  
À DOMICILE » AU SNITEM

« En tant qu'industriels, nous avons pour le moment peu de visibilité sur la manière dont sera organisée cette nouvelle branche de la sécurité sociale. Nous sommes à l'écoute.

Nous savons toutefois que la collectivité n'est pas en capacité d'assumer le coût croissant de la dépendance chez les personnes âgées parce que le système de protection sociale est en crise :

- la sécurité sociale est en déficit depuis près de 30 ans et l'assurance vieillesse en est maintenant en grande partie la cause,

- l'évolution de la courbe démographique remet en cause la solidarité entre générations,

- le système actuel n'a pas été conçu pour répondre au risque de dépendance qui n'avait pas été imaginé lors de sa création.

Aussi les pouvoirs publics, conscients des enjeux, semblent vouloir par la mise en place de ce nouveau risque, changer les habitudes et le faire prendre en charge par des assurances privées selon le principe : « protégez vous et le système de protection sociale vous aidera ».

Il ne semble pas que nous soyons directement concernés en tant

qu'industriels par cette nouvelle donne sauf si bien sûr cela se traduit par une augmentation des charges sociales pour nos entreprises. Nous sommes des concepteurs et fabricants de dispositifs médicaux qui sont ou non déjà pris en charge et la mise en place de ce nouveau risque ne devrait pas changer les choses, sauf si les assureurs décident dans leur offre, de rembourser certains produits et pour cela lancent des appels d'offre « géants » qui pourraient modifier sensiblement la physionomie du marché. Il nous semble que le 5<sup>e</sup> risque doit avant tout porter sur les services et l'aide sociale, dont ont besoin les personnes concernées, plus que sur les produits.

Toute la problématique est de savoir comment les jeunes, les plus rentables pour les assureurs, vont vouloir cotiser pour un risque qui leur paraît bien lointain et comment les plus âgés, plus exposés au risque de dépendance, pourront assumer le coût de cotisations forcément élevées car le risque sera plus proche. Nous serons attentifs aux éventuels changements apportés par ce 5<sup>e</sup> risque dans l'organisation des marchés sachant que nos entreprises ont besoin de visibilité pour investir et se développer. »



© DR

**Dr Paul VERDIEL,**  
PRÉSIDENT D'H2AD,  
PLATE-FORME MÉDICALISÉE  
POUR LE MAINTIEN À DOMICILE

« La France accuse un retard dans la prise en charge à domicile des personnes fragiles dont la dépendance peut être totale, partielle, temporaire ou définitive. Nous sommes confrontés, notamment pour les personnes âgées, à une baisse mécanique du nombre d'aidants liée au baby-boom. Or, plus de 90 % des personnes âgées souhaitent rester à domicile. Notre rôle est donc de suppléer à ces manques et d'apporter une alternative à l'hospitalisation par des aides médico-techniques. Nous pouvons, grâce à des plates-formes de coordination fonctionnant 24 h/24 h permettre par exemple le suivi à distance de la tension artérielle ou encore d'appareils d'aérosolthérapie, en les rendant communiquant dans les deux sens avec des relevés d'information pour les professionnels de santé et une transmission d'information pour les patients. Nous militons pour une plus grande place du secteur privé dans l'aide aux personnes dépendantes, en prenant en considération des critères médico-économiques. Reste à savoir qui paie quoi. Si des moyens sont alloués dans le cadre du 5<sup>e</sup> risque, quels seront-ils ? Qui va les gérer ? Nous regrettons par exemple qu'il n'y ait pas de fongibilité entre les enveloppes destinées à l'aide sociale et celles pour l'aide médicale. »