

A la suite de la canicule de l'été 2003, des moyens supplémentaires financés essentiellement par suppression d'un jour férié remplacé par une journée de travail non payé abondent une Caisse nationale de solidarité autonomie. Elle est chargée de veiller au financement des prestations et notamment de l'APA. En définitive, la caractéristique dominante du dispositif chargé de répondre aux problèmes médico-sociaux du grand âge notamment à la dépendance, est la fragmentation des prestataires [6]. Les multiples professions intervenant ont chacune leur propre formation, leur statut, qui fixent leurs modes d'exercice et de rémunération. Il s'y ajoute de nombreuses personnes employées sans ou avec une très faible formation, sans véritable reconnaissance professionnelle. Chaque organisme prestataire ou mandataire est administré séparément, relève d'une législation et réglementations différentes (par exemple sanitaire ou sociale) qui définit plus ou moins précisément les champs d'activité et les modes de financement. En témoigne la persistance d'un double secteur d'hébergement collectif ayant des clientèles voisines, la multiplicité des sources d'aide à domicile. On ne compte pas moins de six possibilités pour l'aide à la toilette d'une personne dépendante en fonction du statut juridique du financeur et de la personne qui aide et non de la sévérité de la dépendance. Cette grande variété est source d'inégalité en matière de contribution financière et de qualification des intervenants. Une des conséquences de cette fragmentation est l'extrême difficulté de coordination entre les divers prestataires professionnels, bénévoles et entourage. Ceci explique les efforts répétés de coordination de la part de l'État, depuis près de trente ans, sans grand succès au niveau local. Il s'y ajoute une fragmentation des responsabilités en matière d'organisation et de financement (État déconcentré, départements, communes, caisses d'assurance sociale).

Une deuxième caractéristique du dispositif est l'insuffisance de moyens du secteur médico-social et en son sein, du secteur du domicile où vit la majorité des personnes dépendantes. Cette insuffisance est liée principalement au non-développement d'un dispositif financier clair et suffisant pour allouer les ressources nécessaires [6]. Les sommes allouées restent toujours trop faibles pour financer les aides et soins [5] en particulier aux personnes lourdement dépendantes. Les familles restent les pourvoyeurs principaux. Ce qui pose parfois le problème du fardeau de l'aide en particulier lorsqu'elles prennent soin d'une personne atteinte de démence.

Cette simple description du dispositif français d'aide et de soins aux personnes du grand âge montre son incapacité à répondre aux besoins des personnes dépendantes. Il est le fruit de réformes successives et parcellaires qui n'ont pas réussi à créer un véritable système médico-social intégré. Ce dispositif apparaît de plus en plus fragmenté et complexe par empilement de nouvelles prestations sur les anciennes. Il en résulte la quasi-impossibilité de réponses globales nécessaires pour répondre aux cas médico-sociaux complexes. Il s'y ajoute le maintien d'un déséquilibre entre secteur de soins. Les acteurs du secteur sanitaire ont toujours bloqué les redéploiements de moyens en faveur du secteur médico-social. Le secteur de l'aide à domicile n'a jamais connu une véritable expansion malgré les déclarations répétées des pouvoirs publics sur sa priorité. Enfin, les personnels travaillant en gérontologie outre leur insuffisance quantitative, souffrent d'un déficit de formation et de professionnalisation.

#### Références

- [1] Dogan M, Pelassy D. Sociologie politique comparative : problèmes et perspectives. Economica, Paris, 1981.
- [2] Dutheil N. Les aides et les aidants des personnes âgées. Dress, Etudes et résultats, novembre 2001, n° 142.
- [3] Kerjosse R, Weber A. Aides techniques et aménagement du logement : usages et besoins des personnes âgées dépendantes. Dress, Etudes et résultats, septembre 2003, n° 262.
- [4] Tugores F. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2002 : activité et personnel. Premiers résultats de l'enquête enquête Ehpa 2003. Dress, Études et résultats, février 2005, n° 379.
- [5] Cour des Comptes. Les personnes âgées dépendantes. Rapport public particulier. Les éditions de Journaux Officiels, novembre 2005.
- [6] Henrard JC, Ankri J. Vieillesse, Grand âge et Santé Publique. Editions de l'ENSP, 2003.
- [7] Perben M. L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2005. Dress, Etudes et résultats, octobre 2005, n° 434.
- [8] Bechtel J, Caussat L. Peut-on estimer les dépenses sociales liées à la perte d'autonomie ? Solidarité et Santé 2004, n° 1:7-16.

<sup>7</sup> Environ 17,2 milliards € dans le secteur sanitaire curatif pour les personnes âgées de 75 ans et plus [5] contre 4,8 milliards € de prestations sociales, et 9,4 milliards € de dépenses de l'Assurance maladie spécifiques.

## La contribution et le vécu de l'aide informelle

Alain Grand, Sandrine Andrieu, Sandrine Kopel

Université Toulouse 3

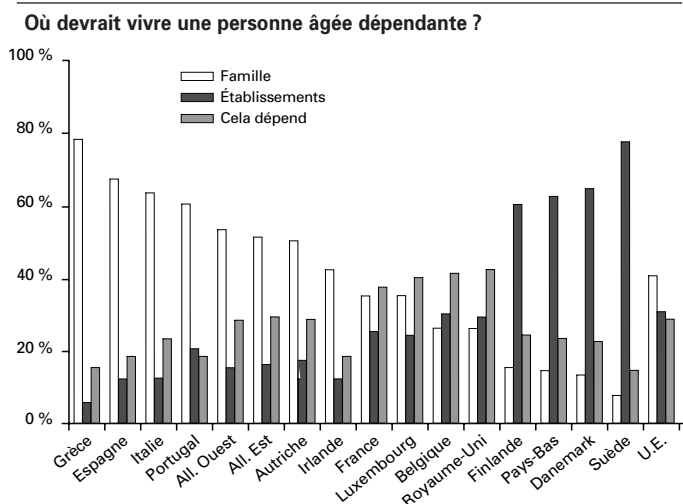
La crise sanitaire liée à la canicule d'août 2003 a réactivé une représentation de la vieillesse centrée sur l'image d'un abandon des personnes âgées par leur entourage, et plus singulièrement par leur famille. Or, depuis les années 80, les études sociologiques s'accordent sur un point [1] : les relations intergénérationnelles ont certes connu une importante évolution, elles n'en restent pas moins très solides et se manifestent par de multiples échanges dont font partie l'aide et le soutien aux personnes âgées dépendantes. On l'appelle l'aide informelle, par opposition à l'aide formelle assurée par les professionnels. L'aide informelle s'inscrit donc dans un système de relations entre les générations dont il est important de dénouer les fils. Les deux dernières décennies ont été marquées par l'affirmation de l'autonomie comme valeur cardinale de nos sociétés. Cela a profondément influencé les relations intergénérationnelles qui ne peuvent désormais s'instaurer et s'exprimer que dans le respect de l'autonomie de chacun. L'autonomie financière des personnes âgées a été assurée par la généralisation des retraites. Quant à l'autonomie des enfants, elle s'est manifestée par une tendance lourde à la décohabitation, y compris dans les zones traditionnellement marquées par une forte cohabitation intergénérationnelle. Le mouvement de « décohabitation de proximité » traduit la volonté de maintenir un certain niveau relationnel tout en préservant l'autonomie.

### Du familialisme à la délégation : deux conceptions de l'exercice des solidarités

On observe une évolution dans le rôle exercé par l'aidant informel qui apparaît, dans les générations actuelles, de moins en moins comme un prestataire direct de soins et de plus en plus comme un gestionnaire du réseau de soutien. Cette évolution est plus ou moins marquée selon un certain nombre de paramètres : genre, milieu socioculturel, état de santé, etc. Elle traduit, par rapport aux générations précédentes, une plus grande disposition à recourir aux services professionnels. On peut ainsi retrouver deux types de profil : un profil « familialiste », caractérisé par une volonté affichée d'assurer l'aide en totalité au sein de la famille et un profil de « délégation », marqué par le recours aux professionnels, tout en assumant la gestion/coordination du dispositif [2].

Ces deux profils se distribuent en Europe selon un gradient nord-sud, comme en témoignent les résultats de l'enquête Eurobaromètre réalisée en 1995 dans tous les pays membres de l'Union Européenne [3]. A la question : « où devrait vivre une personne âgée dépendante ? », les citoyens du sud répondent majoritairement « en famille », alors que les citoyens du nord répondent majoritairement « en institution » (figure 1).

Figure 1



Source : Eurobaromètre 1995.

On voit ainsi apparaître un véritable continuum allant :  
 - du modèle familialiste, dans lequel les valeurs dominantes et le faible niveau d'offre et d'état-providence mettent au premier plan la solidarité familiale ;  
 - au modèle individualiste, dans lequel la quête d'autonomie et le haut niveau d'offre et d'état-providence mettent au premier plan la responsabilité individuelle, secondée, le cas échéant, par une solidarité collective développée.

Chaque pays se situe donc quelque part sur ce continuum, en fonction de son niveau socio-économique, de ses valeurs culturelles dominantes et de son histoire politique [4]. La France est en position intermédiaire.

### Des solidarités toujours solides

Les solidarités à l'égard des personnes âgées dépendantes perdurent en France : elles se traduisent notamment par une contribution dominante de l'aide informelle dans le soutien. C'est ce que montre l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendances (HID 1999)<sup>1</sup> ; ainsi 28 % de la population des 60 ans ou plus bénéficient d'une aide régulière en raison d'un handicap ou d'un problème de santé [5]. Pour 50 % des personnes aidées, l'aide provient uniquement de l'entourage et pour 29 % une aide professionnelle est associée à cette aide non professionnelle. Les aidants non professionnels sont dans 9 cas sur 10 des membres de la famille, principalement le conjoint ou les enfants (ou les conjoints des enfants). Toutefois, les amis ou les voisins sont également présents, en particulier auprès des personnes vivant seules à leur domicile. Les trois quart des aidants non professionnels sont des femmes, dont 45 % de filles ou belles-filles et 27 % d'épouses.

Le nombre d'activités réalisées auprès de la personne âgée diffère selon que l'aidant est la fille ou le fils. Parmi les 10 tâches citées dans le cadre de l'enquête handicaps-incapacités-dépendance (HID 1999), près des deux tiers des filles en réalisent cinq ou plus contre la moitié des fils. Les filles s'occupent plus fréquemment des soins personnels que les fils (37 % des filles contre 20 % des fils) et des tâches ménagères (43 % contre 17 %).

Lorsque l'aide est prodiguée par des membres de la famille ou des amis n'habitant pas le logement, le temps d'aide moyen s'établit à 4,5 heures par semaine. Ce temps d'aide est plus élevé en cas d'hébergement de la personne âgée et dans le cas où elle vit seule.

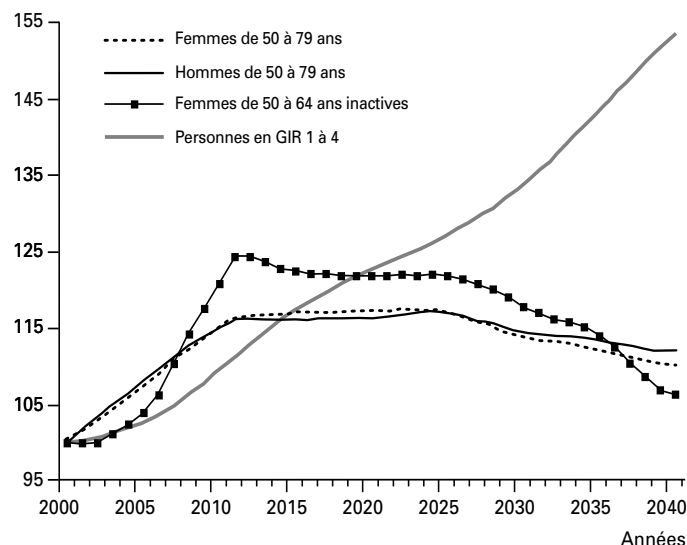
Les femmes âgées de 50 à 79 ans constituent plus de la moitié (55 %) des aidants informels. Les hommes du même groupe d'âges aident également leur conjointe ou leurs parents âgés dépendants : ils représentent, actuellement, un quart des aidants informels. Or, le nombre de personnes de 50 à 79 ans, qui aujourd'hui constituent la majorité des aidants devrait, d'après les projections démographiques de l'Insee, augmenter nettement moins (+ 10 % environ entre 2000 et 2040) que le nombre de personnes âgées dépendantes (+ 53 % entre 2000 et 2040) (figure 2). Ce constat, lié aux évolutions démographiques, pourrait être amplifié par l'accroissement de l'activité féminine, sachant que d'autres facteurs et arbitrages individuels pourront augmenter ou réduire le potentiel d'aidants [6].

<sup>1</sup> Champ de l'enquête : 3 230 000 personnes âgées de plus de 60 ans ou plus aidées à domicile.

GIR : Groupes iso ressources. Les personnes âgées sont classées en 6 groupes, des plus dépendants (GIR 1) aux plus autonomes (GIR 6) : les GIR 1 à 4 correspondent aux plus dépendants, pouvant bénéficier de l'Allocation personnalisée d'autonomie.

Figure 2

Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes et du potentiel d'aidants (base 100 en 2000)



Sources : Insee, enquêtes HID 1998 et 1999 et projections démographiques 2001 calculs Drees.

### Le retentissement de l'aide informelle

Mais l'exercice du soutien ne va pas sans retentissement sur la vie des aidants en termes d'organisation, mais aussi de bien être physique ou moral. L'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID) permet de mesurer ces conséquences auprès des aidants « principaux », ces derniers correspondant aux aidants désignés comme « les plus proches » par les personnes âgées. [5].

Environ 15 % de ces aidants déclarent que leur rôle a des incidences sur la liberté qu'ils ont de sortir au cours de la journée et, pour 40 % d'entre eux, sur la possibilité de partir quelques jours.

Lorsque la personne âgée est très dépendante, 55 % des aidants déclarent des incidences sur leurs sorties pendant la journée ; ils ne peuvent d'ailleurs sortir, pour 43 % d'entre eux, que si quelqu'un les relaie auprès de la personne aidée. 2 % des aidants sont contraints d'arrêter leur activité professionnelle et 11 % de l'aménager.

Près d'un tiers des aidants déclarent que leur tâche d'aidant a des conséquences négatives sur leur bien-être physique ou moral. En même temps, une proportion similaire d'entre eux déclare que cette activité a des conséquences positives sur leur bien-être. Il faut toutefois noter que près de 10 % des aidants déclarent des conséquences à la fois négatives et positives.

Afin de mesurer la charge qui pèse sur les aidants, un outil a été élaboré permettant de quantifier le « fardeau ».

Le concept de « fardeau » appliqué aux aidants a été défini comme « l'ensemble des problèmes physiques, psychologiques ou émotionnels, sociaux et financiers auxquels peuvent être confrontés les membres d'une famille s'occupant d'adultes plus âgés diminués » [7].

Des grilles de fardeau permettent ainsi de comparer la charge des aidants (dans l'espace et dans le temps) et d'identifier les facteurs (liés à l'aidant et liés à la personne aidée) qui pèsent sur cette charge.

Les travaux sur le fardeau ont débouché sur une évolution des représentations concernant les aidants. Ceux-ci sont en effet de plus en plus considérés comme les « victimes cachées » de la dépendance, notamment en cas de démence de type Alzheimer.

### Un soutien des états encore hésitant

L'essentiel des moyens de l'état-providence dans les pays industrialisés est actuellement consacré à l'aide formelle, soit direc-

tement par un soutien au développement des services, soit indirectement par la solvabilisation de la personne âgée, sous la forme d'une prestation d'assurance ou d'assistance dépendance qui lui permet d'acheter ces services. Toutefois, une partie non négligeable des moyens alloués s'adresse à l'aide informelle et ce, selon diverses modalités : mise à disposition de services d'aide aux aidants, soutien financier direct (prestations) ou indirect (dégrèvements fiscaux). L'état peut donc influencer sur l'équilibre aide informelle – aide formelle, en modulant son soutien. On observe, surtout depuis la décennie 90, une tendance à développer le soutien à l'aide informelle. Cela résulte à la fois du constat objectif (fait par la recherche puis par les états) du caractère dominant de l'aide informelle dans la prise en charge et d'une pression croissante des associations d'aidants pour bénéficier d'un tel soutien. Ce développement est à double tranchant : s'il se fait au détriment du dispositif professionnalisé, il risque d'enfermer l'entourage dans son rôle d'aidant. C'est dans un juste équilibre, variable selon le contexte économique et socio-culturel, que l'état doit arbitrer entre les deux formes de soutien [8].

## Références

- [1] Attias-Donfut C, Les solidarités entre générations, Editions Nathan, Essais et Recherches, Paris, 1995.
- [2] Clément S, Lavoie JP. Prendre soin d'un proche âgé, les enseignements de la France et du Québec, Editions érès, Ramonville, 2005.
- [3] Valetas MF, Perception des politiques sociales publiques envers les personnes âgées dans l'Union européenne, Retraite et Société 2001, 34:116-29.
- [4] Grand A, Twigg J. Conceptions légales de l'obligation familiale et de la réciprocité financière en France et en Angleterre, in Personnes âgées dépendantes en France et au Québec, Henrard JC et al., Editions INSERM, Paris, 2001, 173-187.
- [5] Aliaga C, Dutheil N. Aider les personnes âgées à vivre à domicile : nature des aides et conséquences pour l'entourage INSEE, Données sociales 2002-2003, 2002, 635-640.
- [6] Kerjosse R. Personnes âgées dépendantes : dénombrement, projection et prise en charge, Retraite et Société, 2003, 39:14-35.
- [7] George LK, Gwyther L. Caregiver wellbeing: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults, The Gerontologist, 1986, 26:253.
- [8] Lavoie JP, Grand A, Guberman N, Andrieu S. Les dispositifs d'action sur l'aide de l'entourage en France et au Québec. Gérontologie et Société, n° 107, 2003, 109-129.

# Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ?

Dominique Polton<sup>1</sup>, Catherine Sermet<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris

<sup>2</sup> Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Paris

La question de l'impact du vieillissement de la population sur le coût des soins fait l'objet d'opinions contrastées. Selon certains, les évolutions démographiques des prochaines décennies seront insupportables pour les finances publiques et mettront inévitablement à mal le système d'assurance maladie. Pour d'autres au contraire, le vieillissement n'aura finalement qu'un impact limité et très supportable sur les dépenses de santé. Ce second point de vue est défendu par une bonne part de la communauté scientifique (ce que résume assez bien le titre malicieux d'un papier sur ce sujet de Robert Evans, économiste de la santé canadien : « Apocalypse No »), tandis que les acteurs du système de santé et les media ont des anticipations plus sombres.

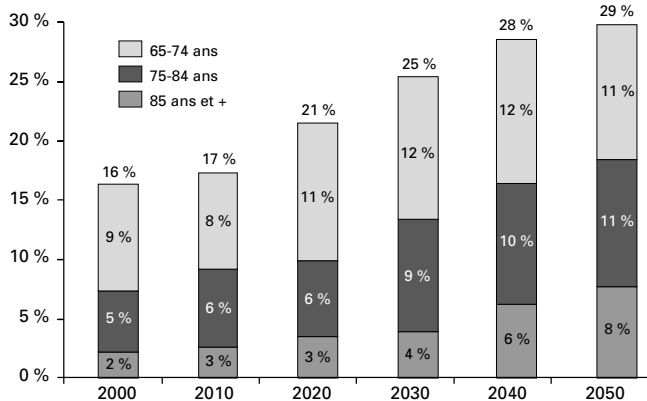
Pour éclairer ce décalage des points de vue, cette revue de la littérature synthétise l'état actuel des connaissances et dégage les incertitudes, les points de débat et les questions encore en suspens que la recherche devra explorer.

## Un effet de l'âge qui augmente mais reste limité

La part des personnes âgées dans la population va augmenter sensiblement : selon les dernières projections de l'Insee, le poids démographique des plus de 65 ans passerait de 16 % en 2000 à 25 % en 2030 et 29 % en 2050 ; celui des 85 ans et plus de 2 % à 4 % et 8 % respectivement. Comme les dépenses de soins s'élèvent logiquement avec l'âge, cette évolution a pour conséquence d'accroître mécaniquement la dépense moyenne de santé.

Figure 1a

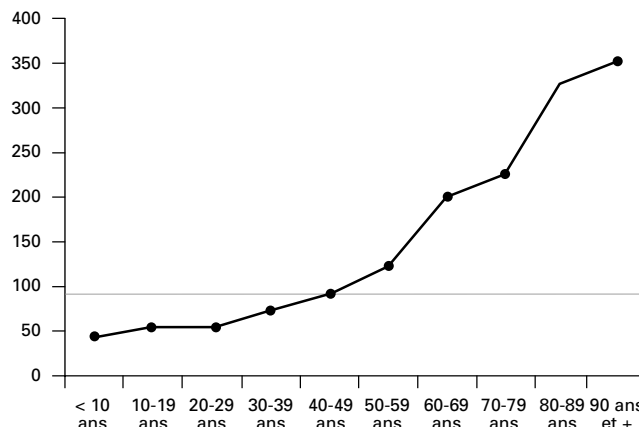
Projection de la part des personnes de plus de 65 ans dans la population totale



Source : Insee [1]

Figure 1b

Dépenses de santé selon l'âge, 2004



Source : Échantillon permanent d'assurés sociaux, exploitation CnamTS

Mais cet effet mécanique, contrairement à une idée assez répandue, reste modéré, même s'il augmente par rapport aux décennies passées. Les premières estimations, réalisées à partir des enquêtes santé de l'Insee, l'ont chiffré à 0,2 % par an sur la période 1970-1990, 0,3 % sur la période 1990-2000 et 0,5 % sur la période 2000-2010 [2]. Des simulations plus récentes, utilisant les profils de dépenses par âge tels qu'ils ressortent des remboursements de l'assurance maladie, concluent à un impact de l'ordre de 0,5 % par an sur la décennie 1990 et de 0,7 % par an sur la période 2000-2020. Cette croissance représenterait 1,5 point de PIB en 20 ans et de l'ordre de 3 points à l'horizon 2050 [3 à 6].

La pression liée au vieillissement de la population va donc s'accroître dans les prochaines décennies : néanmoins, elle ne représentera encore qu'une fraction de ce qu'a été la croissance effective des dépenses de santé dans le passé. Pour mémoire, la consommation de soins et de biens médicaux a augmenté annuellement de 3,9 % en volume de 1980 à 2000, sa part dans le PIB a crû de 2 points sur la période. Ceci signifie, à tout le moins, qu'il sera possible, si l'on garde le rythme d'évolution antérieur, de garantir le même niveau de soins qu'aujourd'hui à une population vieillissante. En revanche, il est vrai qu'à croissance donnée, ce qui restera disponible (notamment pour de nouveaux développements technologiques) sera restreint d'autant.