

CENTRE TECHNIQUE NATIONAL
D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS
2, rue Auguste-Comte 92173 VANVES

Jean-Claude
HENRARD

SOINS ET AIDES AUX PERSONNES AGÉES

**description,
fonctionnement
du système français**

Avec la collaboration de :

Joël ANKRI
Bernard CASSOU
Jean-Dominique LAW-KOUNE

**Centre de Gériatrie
Sainte Péline**

**Université René Descartes
Paris**

VIENT DE PARAITRE

- LE SOUTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES
L'aide aux familles
CNIDFF/CTNERHI
- L'ECHEC SCOLAIRE
*Processus d'identification et prise
en charge spécialisée*
G. COTTIN, CH. CUIN, J.C. GUYOT, P. LOUBET, C. RIOUAL
- FOYER POUR ADULTES HANDICAPES MENTAUX
Choix d'un lieu de vie ?
G. HAINAUD, J. LE MEN, A. MOREL, P. VIOSSAT
- TELEALARME AUJOURD'HUI, TELECONTACT DEMAIN
Michèle CONTE
- REPRESENTATIONS DES SITUATIONS DE HANDICAPS ET D'INADAPTATIONS
*chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service social
et les enseignants spécialisés, en formation (2 Tomes)*
Jean-Sébastien MORVAN

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 1
PREMIERE PARTIE : LA POPULATION AGEE.....	p. 5
Chapitre I : Caractéristiques socio-démographiques.....	p. 9
. Structure démographique et évolution.....	p. 9
. Caractéristiques sociales.....	p. 13
- Etat matrimonial.....	p. 13
- Composition des ménages.....	p. 13
- Lieu de vie en institution.....	p. 17
- Statut et confort du logement.....	p. 20
- Activité professionnelle.....	p. 23
- Revenus des personnes âgées.....	p. 29
Chapitre II : La santé des personnes âgées.....	p. 37
. Données épidémiologiques.....	p. 38
- Mortalité.....	p. 38
- Morbidité.....	p. 38
- Incapacités et handicaps, conséquences de la morbidité.....	p. 41
- Espérance de vie sans incapacité.....	p. 44
. Evaluation de l'autonomie.....	p. 44
- Cadre conceptuel.....	p. 46
- Construction et choix des indicateurs mesurant l'incapacité.....	p. 48
- Application à une enquête de population régionale.....	p. 50
- Prévalence des incapacités chez les sujets âgés de 60 ans et plus.....	p. 51

- Les conséquences sur la mobilité, les occupations, l'indépendance physique.....	p. 53
- Rôle de l'environnement selon la dépendance chez les personnes âgées de 60 ans et plus	p. 53
- Retour à l'autonomie.....	p. 55
. La capacité à faire face aux événements de vie	p. 57
. Les liens entre le vieillissement, la santé et la maladie.....	p. 58
- Différenciation du vieillissement normal et pathologique.....	p. 58
- La diminution du pouvoir prédictif des facteurs de risque avec l'avance en âge.....	p. 60
- Les conséquences du vieillissement dans le domaine de la santé	p. 62

DEUXIEME PARTIE : LES SERVICES DE SOINS ET D'AIDES p. 65

Chapitre III : Organisation générale et financement des services de santé et des service sociaux..... p. 69

Organisation générale des services de santé.....	p. 69
- A l'échelon national	p. 69
- A l'échelon régional.....	p. 72
- A l'échelon départemental.....	p. 72
- A l'échelon local.....	p. 73
. Financement de la production des soins de santé.....	p. 73
. Organisation générale des services sociaux	p. 75
- A l'échelon national	p. 75
- A l'échelon régional.....	p. 77
- A l'échelon départemental.....	p. 77
- A l'échelon local.....	p. 78
. Financement des prestations sociales	p. 78

Chapitre IV : Gestion et prestations des soins et aides	p. 79
. Gestion et production des soins de santé	p. 79
- Les établissements de soins.....	p. 79
- Les professions de santé et les soins ambulatoires.....	p. 82
- Les services de long séjour.....	p. 84
- Les filières d'accès et les recours aux services sanitaires	p. 85
- Le financement des prestations de soins	p. 90
. Les services et établissements sociaux pour personnes âgées	p. 90
- Les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement	p. 93
- Les services de soutien à domicile.....	p. 95
- Les professionnels des services sociaux	p. 98
- Le recours aux établissements d'hébergement et aux services d'aide à domicile	p. 98
. Avantages en espèces et dépenses collectives pour les différentes prestations.....	p. 100
- Les pensions de retraite	p. 100
- Le minimum vieillesse	p. 104
- Les prestations diverses.....	p. 106
- Les dépenses collectives selon le type de prestations.....	p. 107
 TROISIEME PARTIE : LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES POUR PERSONNES AGEES.....	 p. 109
Chapitre V : Le fonctionnement du système de soins et d'aides aux personnes âgées	p. 113
. Caractéristiques de la population âgée et conséquences sur le fonctionnement des services	p. 113

. Caractéristiques des prestataires de soins et d'aide et conséquences dans la délivrance des services à la population âgée	p. 115
- Des dysfonctionnements exemplaires	p. 119
. Caractéristiques des organismes chargés de l'organisation et du financement de service et conséquences dans la mise en oeuvre de la politique médico-sociale destinée aux personnes âgées.....	p. 124
. Les facteurs externes qui peuvent affecter le système de soins et d'aides aux personnes âgées	p. 127
Annexe au chapitre V :	
. Comparaison des dépenses collectives pour une personne âgée dépendante selon le lieu de vie	p. 131
. Conséquences des inégalités dans la prise en charge financière de la dépendance et quelques propositions pour y remédier	p. 136
CONCLUSION	p. 139
ANNEXE GENERALE	p. 141
BIBLIOGRAPHIE	p. 147

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- Tabl. n° I A p. 10 : Structure par classe d'âge et par sexe de la population française âgée de 65 ans et plus, de 1950 à 1982.
- Tabl. n° I B p. 11 : Projections alternatives de la structure d'âge de la population française âgée de 1985 à 2020.
- Tabl. n° II p. 14-15 : La population française âgée selon l'état matrimonial, le sexe et l'âge au recensement général de la population, 1982.
- Tabl. n° III A p. 16 : Composition des ménages âgés français au recensement général de 1982.
- Tabl. n° III B p. 18 : Evolution de la composition des ménages âgés de 60 ans et plus de 1962 à 1982.
- Tabl. n° IV p. 19 : La population française âgée de 60 ans et plus vivant en institution d'hébergement au recensement général de 1982.
- Tabl. n° V A p. 21 : Statut d'occupation des résidences principales des ménages âgés par rapport à l'ensemble de la population de 1967 à 1982.
- Tabl. n° V B p. 22 : Statut d'occupation des résidences principales de la population française âgée par groupe d'âge du chef de ménage, au recensement général de la population, 1982.
- Tabl. n° V C p. 24 : Evolution des éléments du confort du logement des ménages âgés de 65 ans et plus et de l'ensemble de la population de 1967 à 1982.
- Tabl. n° V D p. 25 : Eléments de confort pour deux générations de personnes âgées différentes entre 1973 et 1982.

Tabl. n° VI A p. 26 :	Evolution du taux d'activité par groupe d'âge et par sexe au-delà de 55 ans, de 1962 à 1982.
Tabl. n° VI B p. 27-28 :	La population française âgée active (selon l'âge et le sexe) en 1982.
Tabl. n° VII A p. 30 :	Structure du revenu des ménages dont le chef est inactif, 1979.
Tabl. n° VII B p. 31:	Répartition des ménages inactifs suivant le montant de leur revenu fiscal.
Tabl. n° VII C p. 32 :	Revenu fiscal moyen des ménages inactifs et retraités, 1982.
Tabl. n° VII D p. 34-35 :	Revenu moyen des foyers fiscaux dont le chef ou le conjoint est âgé de plus de 60 ans.
Tabl. n° VII E p. 36 :	Revenu fiscal moyen par ménage selon la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage et son âge.
Tabl. n° VIII p. 39 :	Evolution des données de mortalité chez les personnes âgées.
Tabl. n° IX p. 40 :	Evolution des données de morbidité chez les personnes âgées.
Tabl. n° X A p. 42 :	Restriction de mobilité dans la population âgée de 75 ans et plus vivant à domicile.
Tabl. n° X B p. 43 :	Dépendance pour effectuer les soins personnels chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile.
Tabl. n° XI p. 45 :	Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité en France en 1982 à 60 ans et 75 ans par sexe.
Tabl. n° XII p. 52 :	Incapacités au sein de la population âgée d'Aquitaine.
Tabl. n° XIII p. 54 :	Handicaps au sein de la population âgée d'Aquitaine.
Tabl. n° XIV p. 81 :	Etablissements d'hospitalisation en 1984.
Tabl. n° XV p. 83 :	Les professionnels de santé en 1984.

- Tabl. n° XVI p. 87 : Recours aux soins chez les personnes âgées en 1980.
- Tabl. n° XVII A p. 88 : Les personnes âgées dans les établissements hospitaliers en 1983-84.
- Tabl. n° XVII B p. 89 : Les recours aux soins hospitaliers chez les personnes âgées en 1983.
- Tabl. n° XVIII p. 91 : Principaux taux de remboursement selon la nature des prestations.
- Tabl. n° XIX p. 99 : Les établissements sociaux d'hébergement pour personnes âgées, 1984.
- Tabl. n° XX p. 101 : Les services de maintien à domicile, 1984.
- Tabl. n° XXI p. 103 : Les régimes légaux de base d'assurance vieillesse et leurs prestations en 1985.
- Tabl. n° XXII p. 105 : Avantages en espèces pour les personnes âgées, 1984.
- Tabl. n° XXIII p. 108 : Les dépenses collectives selon le type de prestations.
- Tabl. n° XXIV p. 134-135 : Comparaison des dépenses collectives selon les lieux de prestations de soins.
-
- Fig. n° 1 p. 70 : Organisation générale des services de santé en France.
- Fig. n° 2 p. 74 : Le financement des différentes activités médicales en 1985.
- Fig. n° 3 p. 76 : Organisation générale de l'action sociale.
- Fig. n° 4 p. 86 : Principales filières des services de santé suivies par les personnes âgées.
- Fig. n° 5 p. 92 : Principales filières des services sociaux suivies par les personnes âgées.
- Fig. n° 6 p. 112 : Le système de soins et d'aides aux personnes âgées.

Fig. n° 7 p. 132 : Comparaison des dépenses collectives par source de financement selon le lieu des prestations.

INTRODUCTION

Depuis le début des années 60, une nouvelle conception de la vieillesse est apparue : celle du troisième âge, nouveau départ dans la vie, tourné vers l'autonomie et la participation sociale.

Cette conception a donné lieu à la formulation d'une politique sociale centrée sur le maintien à domicile. Définie en 1962, dans le rapport de la Commission d'Etude des Problèmes de la Vieillesse, présidée par Pierre Laroque, initiée par une coalition d'innovateurs sociaux issus de milieux divers (hauts fonctionnaires, élus locaux, administrateurs de caisses de Sécurité Sociale, animateurs d'associations privées, médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux et quelques chercheurs et universitaires) en une gamme de projets variés mais ponctuels dont le dénominateur commun était une autre conception des besoins, de l'organisation et de la façon de donner les soins ou aides, tournant le dos à la conception traditionnelle de l'assistance aux vieux pauvres, cette politique a été formalisée et développée par l'Etat à partir du VIème Plan de développement économique et social (1971-1975) et dans les plans suivants sous forme de programme individualisé.

En devenant le troisième âge, la vieillesse n'en a pas pour autant disparu mais elle a été refoulée (plus ou moins consciemment) vers un âge plus avancé, où les conséquences du vieillissement dans les domaines physique et intellectuel s'extériorisent en termes de réduction de capacité. Ces réductions de capacité peuvent perturber l'accomplissement des activités de la vie courante et compromettre ainsi le maintien à domicile d'autant plus si l'environnement physique (habitat) et social est défaillant. On comprend ainsi que les mesures de maintien à domicile lorsqu'elles s'avèrent, quelqu'en soient les raisons, insuffisantes, rendent

nécessaire le recours à l'hébergement collectif. Tel est le cas en particulier pour un bon nombre de personnes âgées plus ou moins dégradées. Une politique d'hébergement collectif adapté aux problèmes du grand âge a donc été également formalisée. La loi hospitalière de décembre 1970 a tout d'abord retiré les hospices du champ des établissements sanitaires. La loi sur les institutions sociales et médico-sociales a prévu leur transformation en maisons de retraite ou en services hospitaliers de long séjour. Des décrets d'application ont permis la médicalisation réglementaire des établissements sociaux par la création de sections de cure médicale.

Cette adaptation des établissements d'hébergement s'est menée avec un certain décalage par rapport au développement technique des hôpitaux. Ce développement fort coûteux pour l'Assurance Maladie, a entraîné de la part de l'Etat une organisation de la rareté des équipements les plus coûteux : par la classification des établissements hospitaliers en fonction de leur équipement technique et l'établissement de la carte sanitaire. Cette politique visant à contenir l'inflation des coûts hospitaliers a rendu malaisé le financement par l'Assurance Maladie de moyens supplémentaires permettant les soins en établissement social ou à domicile.

Le développement de la médecine technique a conduit à des réponses parcellisées mal adaptées aux problèmes complexes et variables des personnes âgées invalides. Des réponses plus globales à domicile ou en hôpital ont été proposées par des groupes d'innovateurs de composition identique aux précédents auxquels s'ajoutent des médecins revendiquant la gériatrie comme spécialité. Elles sont restées ponctuelles.

Pour résumer, la politique formulée à travers de nombreux rapports d'experts et de représentants des partenaires sociaux a été formalisée par de nombreux textes réglementaires ne suivant pas toujours les propositions initiales. Rappelons par exemple les recommandations de l'Inter-groupe chargé de préparer le VIème Plan, de ne pas scinder les moyens relevant du sanitaire et ceux relevant du social et la dichotomie formalisée par la loi sociale de 1975 entre ces deux secteurs.

Quant aux réalisations concrètes, elles ont connu d'importants décalage par rapport aux intentions affichées et par rapport aux réglementations mêmes. La loi de 1975 ne prévoyait-elle pas la disparition des hospices en 1985 ? Non seulement ils n'ont pas été

transformés architecturalement (il reste au moins 70 000 lits à rénover ou à reconstruire) mais ils persistent juridiquement.

Quoiqu'il en soit, les différentes mesures prises ont abouti à un ensemble de prestations en espèces ou en nature sous forme de services et établissements sanitaires et sociaux spécifiques pour les personnes âgées, se surajoutant à ceux utilisés par la population dans son ensemble.

Nous voudrions, dans cet ouvrage, confronter les problèmes des personnes âgées avec les moyens qui sont fournis pour y répondre. Pour ce faire, dans une première partie, nous présenterons les principales caractéristiques socio-démographiques et de la santé des personnes âgées ; dans une seconde partie nous ferons une description de l'ensemble des prestations en espèces ou en nature destinées ou utilisées par les personnes âgées ; dans une troisième partie nous aurons une approche analytique du fonctionnement des services *

* Ce travail a été effectué dans le cadre d'un projet international de recherche intitulé "Age Care Research Europe" qui bénéficie d'un soutien de la Commission de la Communauté Economique Européenne. Il constitue le développement d'un Contrat de Recherche Externe financé par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

PREMIERE PARTIE

- LA POPULATION AGEE -

Dans cette partie, nous envisagerons successivement les caractéristiques socio-démographiques de la population âgée et son état de santé exprimé à travers les données épidémiologiques provenant du recueil systématique de données et d'enquêtes plus spécifiques. Un développement particulier sera consacré à trois aspects : l'évaluation de l'autonomie, la capacité à faire face aux événements de vie, les liens entre le vieillissement, la santé et la maladie.

L'autonomie est un problème central pour les gens très âgés. Trop souvent elle est réduite par les professionnels à la notion d'autonomie physique, l'atteinte de celle-ci devant donner lieu à une aide qui est trop souvent substitutive. L'aide aggrave alors la dépendance de ceux qui la reçoivent alors qu'elle devrait tendre à la diminuer pour leur permettre de retrouver une certaine autonomie, c'est-à-dire un choix dans la gestion de leur vie.

La capacité à faire face est un concept qui permet d'entrevoir la capacité d'adaptation des personnes âgées à des stress de nature diverse. Elle permet donc d'apprécier leur santé si l'on retient la définition proposée par René Dubos : "la santé est l'adaptation à son milieu et la capacité d'y fonctionner au mieux".

Les liens entre le vieillissement et la maladie ne sont pas simples : il est essentiel de distinguer le vieillissement normal et le vieillissement pathologique, c'est-à-dire modifié par les phénomènes morbides dont la fréquence augmente avec l'âge. Le vieillissement démographique soulève la question de l'état de santé de la population âgée dans les années à venir, compte tenu des progrès de la biologie et de la médecine.

- CHAPITRE I -

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Elles concernent :

- la structure démographique depuis 1950 jusqu'en 2020 ;
- les caractéristiques sociales telles que l'état matrimonial, la composition des ménages, le lieu de vie, les taux d'activité, les ressources financières.

. STRUCTURE DEMOGRAPHIQUE ET EVOLUTION

Elle porte sur la période 1950-2020 à partir des données des recensements nationaux effectués par l'INSEE et des projections établies à partir du dernier recensement de 1982.

. *Le tableau I A* montre la structure par classe d'âge et sexe de la population française âgée de 65 ans et plus, de 1950 à 1982. L'étude de la répartition et l'évolution de la population âgée de plus de 65 mettent en évidence :

- une augmentation de la population âgée plus importante que l'augmentation de la population globale. Ce groupe d'âge n'est pas homogène : il y a une prépondérance démographique de femmes qui s'accroît avec l'âge, le taux de féminisation passant de 0,60 dans le groupe d'âge 65 ans + à 0,75 dans le groupe d'âge des 85 ans et plus ;

- un vieillissement de la population par le sommet de la pyramide démographique, c'est-à-dire qu'il y a de plus en plus de personnes âgées. Ce vieillissement démographique est un phénomène ancien puisqu'à partir du début du XIXème siècle la proportion des personnes âgées n'a cessé de croître en France. La

**TABLEAU I A : Structure par classe d'âge et par sexe
de la population française âgée de 65 ans et plus, de 1950 à 1982**

AGE (N en milliers)		HOMMES					
		1950	1960	1970	1975	1980	1982
65 ans +	N	1 893	1 975	2 515	2 741	2 857	2 861
	%	9,3	8,9	10,1	10,6	10,9	10,8
75 ans +	N	601	685	746	849	970	1 192
	%	3,0	3,1	3,0	3,3	3,7	4,5
85 ans +	N	62	86	112	129	131	185
	%	0,3	0,4	0,4	0,5	0,7	0,7
POPULATION FRANÇ. TOTALE	N	20 206	22 279	24 926	25 768	26 212	26 492
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

AGE (N en milliers)		FEMMES					
		1950	1960	1970	1975	1980	1982
65 ans +	N	2 903	3 372	4 765	4 308	4 481	4 497
	%	13,3	14,2	15,6	15,9	16,4	16,2
75 ans +	N	1 019	1 317	1 651	1 807	1 940	2 276
	%	4,6	5,6	6,3	6,6	7,1	8,2
85 ans +	N	139	204	311	376	437	527
	%	0,6	0,9	1,2	1,4	1,6	1,9
POPULATION FRANÇ. TOTALE	N	21 804	23 625	26 087	26 832	27 321	27 762
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : INSEE (1,2)

**TABLEAU I B : Projections alternatives de la structure d'âge
de la population française âgée de 1985 à 2020**

AGE (N en milliers)		1985	1990	1995	2000	2005	2010	2005	2010
60 ans +	N	9 974	10 710	11 391	11 800	12 053	13 256	14 396	15 307
	%*	18,1	19,1	20,0	20,4	20,6	22,6	24,5	26,1
	%**	18,1	19,0	19,7	20,0	20,0	21,7	23,3	24,5
65 ans +	N	7 057	7 816	8 493	9 113	9 458	9 600	10 609	11 581
	%*	12,8	13,9	14,9	15,7	16,2	16,3	18,0	19,7
	%**	12,8	13,9	14,7	15,4	15,7	15,7	17,1	18,5
75 ans +	N	3 464	3 777	3 352	3 950	4 464	4 850	4 912	4 835
	%*	6,3	6,7	5,9	6,8	7,6	8,3	8,4	8,2
	%**	6,3	6,7	5,8	6,7	7,4	7,9	7,9	7,7
85 ans +	N	684	840	967	1 059	843	1 171	1 345	1 405
	%*	1,2	1,5	1,7	1,8	1,4	2,0	2,3	2,4
	%**	1,2	1,5	1,7	1,8	1,4	1,9	2,2	2,2
POPULATION	N*	55 064	56 091	57 061	57 883	58 451	58 766	58 821	58 664
TOTALE	N**	55 064	56 301	57 731	59 114	60 252	61 146	61 886	62 589

* Hypothèse de travail : taux de fécondité = 1,8

** Hypothèse de travail : taux de fécondité = 2,1

Source : INSEE (3)

première cause du vieillissement démographique est le déclin continu de la fertilité interrompu par le "baby boom" de la période 1946-1964.

Depuis vingt ans environ s'y ajoute une augmentation régulière de l'espérance de vie pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

. *Le tableau I B* montre les projections alternatives de la structure d'âge de la population française âgée de 60 ans et plus pour la période de 1985-2020. Ces projections tiennent compte :

- des mouvements naturels et des migrations ;
- d'un taux de mortalité qui est un ajustement des taux constatés entre 1975 et 1983 ;
- des taux de fécondité 1,8 ou 2,1.

La tendance au vieillissement général de la population demeure : ainsi, de 10 millions en 1985, la population de plus de 60 ans passera en l'an 2000 à 11,8 millions, soit un accroissement de 18 % en 15 ans alors que la population totale ne connaîtra qu'un accroissement de 3 %.

Cependant, non distingue bien deux périodes :

- jusque dans les années 2000, la part des personnes très âgées (85 ans et plus) est celle qui augmentera le plus avec une accalmie entre 2000 et 2005 du fait des classes creuses de la première guerre mondiale ;

- à partir de 2005, on observera une forte augmentation des personnes de plus de 60 ans dans la population correspondant aux générations du baby-boom. Mais à partir de 2025, ce mouvement s'atténuera du fait de la diminution du taux de fécondité à partir de 1965.

La population très âgée continue à augmenter en nombre absolu : c'est le vieillissement par le sommet.

Il faut noter que le monde rural est plus touché par le vieillissement que le monde urbain : c'est le résultat de l'exode des jeunes générations vers les villes, renforcé par le retour en zone rurale de citadins retraités. Un sexagénaire sur quatre change de domicile lors de son départ en retraite, soit pour se rapprocher du berceau familial, soit pour s'installer dans sa résidence secondaire ou au bord de la mer. La migration des retraités provoque, dans

certaines zones, un vieillissement sensible ; l'exemple le plus typique est le littoral des Alpes Maritimes et l'arrière pays.

. CARACTERISTIQUES SOCIALES

Elles sont obtenues à partir des données du recensement de 1982 et des enquêtes de revenus, la dernière disponible datant de 1979.

- Etat matrimonial

. *Le tableau II* montre la répartition de la population âgée selon l'état matrimonial, le sexe et l'âge au recensement général de la population de 1982.

On observe l'augmentation du veuvage avec l'avance en âge et l'importante surmortalité masculine qui traduit le fait qu'il y ait 5 fois plus de veuves que de veufs (les veuves sont plus nombreuses que les femmes mariées alors que les hommes mariés sont 6 fois plus nombreux que les veufs).

- Composition des ménages

. *Le tableau III A* montre la composition des ménages âgés en 1982. Globalement, plus de 95 % des personnes âgées vivent en hébergement individuel. Parmi elles, un peu plus du quart vit seul, la majorité étant des femmes.

Si le fait de vivre seul croît avec l'âge, il faut souligner qu'à partir de 85 ans, le pourcentage de femmes vivant seules diminue ; la cohabitation hors couple augmente avec l'âge dans les deux sexes.

Cependant, les données ne permettent pas de dire avec qui les personnes âgées cohabitent (s'agit-il des enfants ou d'une personne de même génération ?).

TABLEAU II : La population française âgée selon l'état matrimonial, le sexe et l'âge au recensement général de la population, 1982

ETAT MATRIMONIAL (N en milliers)	HOMMES			
	60 ans +		dont 75 ans +	
	N	%	N	%
Célibataire	321	7,8	84	6,9
Marié	3 132	76,4	788	64,7
Veuf	543	13,3	325	26,7
Divorcé	103	2,5	21	1,7
Population totale	4 100	100,0	1 218	100,0

ETAT MATRIMONIAL (N en milliers)	FEMMES			
	60 ans +		dont 75 ans +	
	N	%	N	%
Célibataire	525	8,9	235	10,0
Mariée	2 502	42,2	499	21,3
Veuve	2 698	45,5	1 550	66,2
Divorcée	199	3,4	58	2,5
Population totale	5 924	100,0	2 342	100,0

**TABLEAU II : La population française âgée selon l'état matrimonial,
le sexe et l'âge au recensement général de la population, 1982
(suite)**

ETAT MATRIMONIAL (N en milliers)	ENSEMBLE			
	60 ans +		dont 75 ans +	
	N	%	N	%
Célibataire	846	8,5	319	9,0
Marié	5 634	56,2	1 287	36,2
Veuf	3 241	32,3	1 876	52,7
Divorcé	302	3,0	79	2,2
Population totale	10 024	100,0	3 560	100,0

Source : INSEE (4)

**TABLEAU III A : Composition des ménages âgés français
au recensement général de 1982**

COMPOSITION DU MENAGE PERSONNE VIVANT (N en milliers)		60 ans +		65 ans +		75 ans +		85 ans +	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Seule	N	556	2 096	451	1 827	239	1 050	46	222
	%	14,0	35,0	15,5	40,0	20,0	45,0	25,0	40,0
En couple avec époux seul	N	2 292	1 971	1 681	1 334	638	408	62	28
	%	56,0	33,0	57,5	29,0	52,0	17,0	34,0	5,0
En couple + enfant et/ou autre	N	817	516	443	259	132	75	16	7
	%	20,0	9,0	15,0	5,5	11,0	3,0	9,0	1,0
Hors couple 2 personnes ou +	N	293	1 006	231	855	133	555	37	181
	%	7,0	17,0	8,0	18,5	11,0	24,0	20,0	33,0
Hébergement collectif (y compris communauté)	N	142	335	119	312	75	250	22	117
	%	3,0	6,0	4,0	7,0	6,0	11,0	12,0	21,0
POPULATION TOTALE	N	4 100	5 924	2 925	4 587	1 217	2 340	183	555
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : INSEE (4)

L'hébergement collectif augmente également avec l'âge mais il faut noter que le nombre d'hommes et de femmes de 60-64 ans vivant en hébergement collectif est identique. Ensuite, le poids des femmes s'accroît d'une part du fait de leur plus grande longévité mais également du fait qu'elles ont plus recours à ce mode d'hébergement de sorte qu'au delà de 84 ans, il y a 5 fois plus de femmes que d'hommes en hébergement collectif.

. *Le tableau III B* montre l'évolution de la composition des ménages âgés pour la période 1962-1982.

La population de personnes âgées vivant seules a augmenté de 50 % sur une période de vingt ans. En 1982 l'isolement touche essentiellement les femmes, surtout après 75 ans (4). Ce groupe représente 40 % des personnes seules. Bien que l'isolement des personnes âgées grandisse, elles ne sont pas pour autant désireuses de cohabiter avec leurs enfants. En effet, la cohabitation avec les enfants a beaucoup diminué, ce dont témoigne la chute du pourcentage des personnes qui vivent dans des ménages hors couples (5).

Si la grande majorité des personnes âgées réside dans son logement, des changements notables peuvent être soulignés en ce qui concerne l'hébergement collectif en établissement sanitaire et social.

Si l'on ajoute les personnes résidant en foyer-logement (88 000 en 1982), il y a près d'un demi-million de personnes âgées de 60 ans et plus qui vivent en institution sanitaire et sociale, soit plus d'un doublement en vingt ans. Mais il faut souligner que la répartition des groupes d'âges parmi la population âgée a beaucoup changé. L'accroissement des très âgés peut rendre compte de l'augmentation de l'hébergement collectif et de la part importante jouée maintenant par les établissements sanitaires.

- Lieu de vie en institution

. *Le tableau IV* précise le type d'institution dans lequel vivent des personnes âgées hébergées collectivement.

**TABLEAU III B : Evolution de la composition des ménages
âgés de 60 ans et plus de 1962 à 1982**

COMPOSITION DU MENAGE PERSONNE VIVANT (N en milliers)	1962		1975		1982	
	N	%	N	%	N	%
Seule	1 757	20,9	2 377	23,9	2 653	26,5
En couple (± enfant et (ou) autre)	4 431	52,8	5 479	55,1	5 595	55,8
Hors couple : (famille même génération enfant < 25 ans)	1 865	22,3	1 624	16,3	1 299	13,0
Hébergement collectif	335	4,0	466	4,7	475	4,7
POPULATION TOTALE AGEE 60 ANS +	8 389	100,0	9 947	100,0	10 023	100,0

Source : INSEE (4)

TABLEAU IV : La population française âgée de 60 et plus vivant en institution d'hébergement au recensement général de 1982

TYPE D'HEBERGEMENT (N en milliers)	60 ans +		75 ans +		85 ans +		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Hospice et maison de retraite	N	88	214	54	180	18	90
	%	2,1	3,6	4,4	7,7	9,8	16,2
Hôpital *	N	18	41	44	20		
	%	0,4	0,7	1,2	2,7		
Hôpital psychiatrique*	N	11	22	17	4		
	%	0,3	0,4	0,5	0,5		
Logement foyer	N	19	69	13	50	3	14
	%	0,5	1,2	1,1	2,1	1,6	2,5
TOTAL INSTITUTION D'HEBERGEMENT	N	136	346	358	149		
	%	3,3	4,8	5,8	10,1	20,3	
TOTAL POPULATION AGEE	N	4 100	5 924	1 217	2 340	183	555
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Seuls sont pris en compte les placements

Source : INSEE (4, 5)

Globalement, le pourcentage de personnes âgées vivant en institution augmente avec l'âge, passant de moins de 2 % pour le groupe des 60-74 ans à dix fois plus pour les plus âgées.

Seize pour cent de la population âgée de 85 ans et plus hébergée, sont hospitalisés (hôpital général et hôpital psychiatrique) alors que dans le groupe des 60-74 ans, ce pourcentage est de 25 % (placement de plus de six mois). Cependant les données ne permettent pas de préciser quel est le type de service hospitalier utilisé. On peut noter également la part prédominante des 75 ans et plus dans les foyers-logements et des personnes très âgées dans les hospices et maisons de retraite.

- Statut et confort du logement

Leur évolution est obtenue à partir des enquêtes logements de l'INSEE de 1967, 1973 et des recensements généraux de la population de 1975 et 1982.

Le statut d'occupation des logements est intéressant à considérer car il a une incidence sur le confort : lorsqu'on est propriétaire d'un logement on investit beaucoup plus facilement dans la recherche du confort. Le *tableau V A* montre qu'il y a de plus en plus de personnes âgées qui sont propriétaires de leur logement.

Par ailleurs, du fait que la proportion des propriétaires augmente pour l'ensemble des ménages, le nombre de propriétaires parmi les gens âgés continuera d'augmenter. Si les personnes âgées sont plus souvent propriétaires que la moyenne des ménages, leur proportion diminue avec l'avance en âge (*tableau V B*).

Concernant les éléments de confort proprement dits, l'ancienneté du logement, en particulier la distinction entre ceux achevés avant et après 1949, donne une idée du confort général de ces logements. D'après le recensement général de la population de 1982, 20 % des premiers sont dépourvus de toute installation sanitaire, seule l'arrivée d'eau existe. Ces logements fréquents en zone rurale et dans l'agglomération parisienne restent majoritairement occupés par des ménages âgés de 65 ans et plus (plus des 2/3 de ceux de 75 ans et plus y résident), bien que leur importance décroisse, passant de 90 % en 1967 à 62 % en 1982 (5, 9). Ces logements se caractérisent aussi par leur exigüité avec alors des

**TABLEAU V A : Statut d'occupation des résidences principales
des ménages âgés par rapport à l'ensemble de la population de 1967 à 1982**

ANNEES	STATUT D'OCCUPATION					
	% PROPRIETAIRES		% LOCATAIRES		% LOGES GRATUITEMENT	
	65 ans +	Ensemble	65 ans +	Ensemble	65 ans +	Ensemble
1967	51	42	36	46	13	12
1973	54	44	33	46	13	10
1978	55	48	32	43	13	9
1982	58	51	32	41	10	8

Source : INSEE (5, 5 bis)

**TABLEAU V B : Statut d'occupation des résidences principales
de la population française âgée
par groupe d'âge du chef de ménage,
au recensement général de la population, 1982**

GROUPE D'AGE	STATUT D'OCCUPATION			
	PROPRIETAIRES %	LOCATAIRES %	AUTRES (1) %	PROP/LOCAT %
65 ans +	58	32	10	1,8
75 ans +	54	34	12	1,6
85 ans +	51	35	15	1,5
MOYENNE NATIONALE	51	41	8	1,2

(1) Habite chez les enfants, hébergement collectif

Source : INSEE (6)

conditions d'accès difficiles, parfois au contraire par de grandes surfaces (3, 4 pièces ou plus).

Le *tableau V C* montre que si globalement les logements des personnes âgées s'améliorent progressivement, ils restent encore inconfortables pour un bon nombre d'entre eux. A peine un peu plus de la moitié ont le chauffage central en 1982, ce qui n'est pas sans poser de problème pour le maintien à domicile en période hivernale. On peut noter toutefois que les personnes âgées ont bénéficié autant que le reste de la population de la diffusion du téléphone. Le manque de confort atteint surtout les générations les plus anciennes (*tableau V D*). En effet, il faut bien distinguer d'une part ceux qui en 1982 ont 75 ans et plus et les 65-74 ans. Les premiers, bien que leurs conditions de confort se soient améliorées en dix ans, continuent à avoir des logements inconfortables. Les seconds ont très majoritairement des logements plus confortables.

Si les conditions de logement des personnes âgées de plus de 74 ans sont plus défavorables que celles des générations moins âgées, c'est que les plus anciennes générations ont vécu une partie de leur vie actuelle dans un contexte de pénurie de logements, due au manque de construction entre les deux guerres, et à la crise du logement dans les années qui ont suivi la seconde guerre mondiale.

D'autre part, ayant des revenus plus faibles, elles n'ont pu améliorer leur habitat et ont été victimes de ce que certains proposent d'appeler la propriété pauvre.

En revanche, dans l'avenir les très âgées devraient bénéficier d'une parc de logements plus confortable et mieux adapté en cas de perte d'autonomie physique.

- Activité professionnelle

. Le *tableau VI A* montre l'évolution du taux d'activité au-delà de 55 ans, l'évolution de l'activité en fonction de l'âge. Depuis 1962, la cessation d'activité se fait de plus en plus tôt : avec une accélération du phénomène depuis 1975, la majorité de hommes cessant leur activité avant 65 ans bien que l'âge légal autorisant le départ à la retraite ait été abaissé à 60 ans en 1982. Chez les femmes, le phénomène est moins visible du fait antérieurement

**TABLEAU V C : Evolution des éléments de confort du logement
des ménages âgés de 65 ans et plus
et de l'ensemble de la population de 1967 à 1982**

ELEMENTS DE CONFORT	ANNEES DE REFERENCE					
	1967		1975		1982	
	Ménages âgés %	Ensemble %	Ménages âgés %	Ensemble %	Ménages âgés %	Ensemble %
Sans eau	19,0	10,0	2,9	1,3	1,2	0,7
Eau froide uniquement	38,5	31,0	28,0	16,0	18,0	11,0
Eau, W.C. Intérieur ou inst. sanitaire	19,0	15,0	16,0	10,0	17,0	10,0
Eau, W.C. et inst. sanitaire	23,5	44,0	53,0	73,0	64,0	79,0
Chauffage central	/	35,0	37,5	53,0	54,0	68,0
Téléphone	/	15,0*	10,0	24,0	73,0	76,0

* recensement de 1968

Source : INSEE (5, 5 bis)

**TABLEAU V D : Eléments de confort pour deux générations
de personnes âgées différentes entre 1973 et 1982**

ELEMENTS DE CONFORT	POPULATION AGEE DE 65 ANS ET +		POPULATION AGEE DE 75 ANS ET +	POPULATION AGEE DE 65 à 74 ANS
	en 1973 %	en 1982 %	en 1982 %	en 1982 %
Sans eau	5,9	1,2	1,8	1,1
Eau froide uniquement	36,3	18,0	21,0	15,0
Eau, W.C. intérieur ou inst. sanitaire	19,2	17,0	20,0	15,0
Eau, W.C. intérieur et inst. sanitaire	38,6	64,0	57,0	70,0
Chauffage central	37,5*	54,0	50,0	57,0
Téléphone	10,0	73,0	68,0	77,0

* recensement de 1975

Source : INSEE (6, 9)

**TABLEAU VI A : Evolution du taux d'activité par groupe d'âge
et par sexe au-delà de 55 ans, de 1962 à 1982**

GROUPE D'AGE	1962		1968		1975		1982	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
55 - 59 ans	85,3	42,8	82,4	42,3	81,8	41,9	76,8	47,1
60 - 64 ans	71,1	34,2	65,7	32,3	54,3	27,8	39,6	23,5
65 - 69 ans	42,4	19,8	30,5	14,7	19,0	10,0	9,4	5,0
70 - 74 ans	26,0	10,7	14,9	7,4	7,7	4,2	4,9	2,3
75 ans +	13,9	5,0	7,9	3,3	3,8	2,1	2,0	1,2

Source : INSEE (7, 8)

**TABLEAU VI B : La population française âgée active
(selon l'âge et le sexe) en 1982**

(N en milliers)	60 - 64 ANS			
	HOMMES		FEMMES	
	N	%	N	%
Population active ayant un emploi salarié	237	20,2	178	13,3
Population active ayant un emploi non salarié	190	16,2	97	7,3
Chômeurs	32	2,6	22	1,7
TOTAL POPULATION ACTIVE	460	39,0	297	22,3
TOTAL POPULATION AGEE	1 175	100,0	1 334	100,0

(N en milliers)	65 - 69 ANS			
	HOMMES		FEMMES	
	N	%	N	%
Population active ayant un emploi salarié	29	3,6	24	2,4
Population active ayant un emploi non salarié	45	5,6	25	2,5
Chômeurs	2	0,2	1	0,1
TOTAL POPULATION ACTIVE	76	9,4	50	5,0
TOTAL POPULATION AGEE	807	100,0	1 008	100,0

**TABLEAU VI B : La population française âgée active
(selon l'âge et le sexe) en 1982
(suite)**

(N en milliers)	70 ANS +			
	HOMMES		FEMMES	
	N	%	N	%
Population active ayant un emploi salarié	21	1,0	21	0,6
Population active ayant un emploi non salarié	48	2,3	29	0,8
Chômeurs	1	/	1	/
TOTAL POPULATION ACTIVE	70	3,3	51	1,4
TOTAL POPULATION AGEE	2 118	100,0	3 587	100,0

Source : INSEE (9)

d'un moindre travail féminin. Le plus fort taux d'activité dans la tranche d'âge 55-59 ans en 1982 en témoigne.

. *Le tableau VI B* montre la **population âgée active**. On constate que :

- de 60 à 64 ans, il y a plus de salariés que de non salariés alors que dans les tranches d'âges supérieures, le rapport s'inverse ;
- les chômeurs correspondent aux retraités qui déclarent chercher un travail.

- Revenus des personnes âgées

Le patrimoine et les ressources des personnes âgées sont très mal connus. Les données dont on dispose ne portent pas sur des populations homogènes, tantôt il s'agit des inactifs dont seulement 83 % ont 60 ans et plus, tantôt, il s'agit des personnes de 60 ans et plus dont certaines sont actives, tantôt il s'agit des retraités dont certains ont moins de 60 ans.

. *Le tableau VII A* montre les diverses sources du **revenu disponible des ménages inactifs**. On voit l'importance des revenus du capital et l'importance des transferts. Il faut souligner que les transferts liés à la santé représentent un tiers de ceux liés aux pensions vieillesse.

. *Le tableau VII B* montre la **répartition des ménages âgés inactifs selon leur revenu fiscal et non plus disponible**. Ce revenu n'intègre pas les ressources ne faisant pas l'objet de déclaration fiscale (livret A de caisse d'épargne par exemple) ni les transferts autres que les pensions. Le revenu fiscal moyen des ménages inactifs est inférieur à celui de l'ensemble des ménages (47 200 F contre 66 400 F).

La distribution montre qu'un petit pourcentage de ménage inactifs a des revenus supérieurs au double du revenu moyen.

. *Le tableau VII C* fournit les données les plus récentes concernant le **revenu fiscal moyen des ménages inactifs et retraités**. On peut observer que les retraités ont un revenu moyen supérieur à celui de l'ensemble des inactifs et que le revenu par personne d'un couple d'inactifs est inférieur à celui d'une personne seule mais pas de façon sensible.

**TABLEAU VII A : Structure du revenu des ménages dont le chef est inactif
(1979)**

REVENU DISPONIBLE		
PAR MENAGE (Francs)	68 370	
PAR PERSONNE (Francs)	36 820	
REVENU DISPONIBLE (%)		
REVENU DISPONIBLE (%)	100	
dont REVENU PRIMAIRE	36,8	
. Revenu du travail		12,2
. Revenu du capital		19,4
. Revenu de l'entreprise		5,2
TRANSFERTS	63,2	
. Santé		15,9
. Vieillesse		47,4
. Autres transferts reçus		6,2
. Impôts directs		- 6,3

Source : *Compte des ménages par C.S.P. (10)*

**TABLEAU VII B : Répartition des ménages inactifs
suivant le montant de leur revenu fiscal (1979)**

TRANCHES DE REVENUS	MENAGES INACTIFS %	ENSEMBLE DES MENAGES %
. Inférieur à 15 000 (y compris déficits)	9,0	5,4
. 15 000 à moins de 25 000	18,7	9,3
. 25 000 à moins de 35 000	21,8	14,0
. 35 000 à moins de 45 000	12,9	12,6
. 45 000 à moins de 60 000	13,5	16,2
. 60 000 à moins de 80 000	10,5	15,9
. 80 000 à moins de 100 000	5,7	10,4
. 100 000 à moins de 150 000	5,8	10,8
. 150 000 à moins de 200 000	1,3	2,9
. 200 000 et plus	0,8	5,5
ENSEMBLE	100,0	100,0

(1) Le revenu fiscal est le revenu déclaré au fisc ; c'est donc un revenu avant transferts

Source : INSEE (11)

**TABLEAU VII C : Revenu fiscal moyen des ménages inactifs et retraités,
1982**

TYPE DE MENAGE	NOMBRE DE MENAGES (milliers)	REVENU ANNUEL FISCAL MOYEN (milliers de francs)	
		PAR MENAGE	PAR PERSONNE
RETRAITES	5 726	68 300	
. PERSONNES SEULES INACTIVES	2 761	41 800	id.
. COUPLES A DEUX INACTIFS	2 743	80 700	40 350
. ENSEMBLE DES INACTIFS	6 442	67 000	36 000
. ENSEMBLE DE LA POPULATION	19 590	95 200	35 260

Source : INSEE (12)

. *Le tableau VII D* montre le revenu moyen de foyers fiscaux dont le chef ou le conjoint est âgé de plus de 60 ans.

Les femmes seules ont tous les types de ressources et les revenus les plus faibles.

Les couples gagnent moins que la somme de revenus obtenus par un homme et une femme séparément.

Les foyers fiscaux âgés ont des revenus inférieurs lorsqu'ils sont dans un ménage d'autres foyers fiscaux que lorsqu'ils sont le seul foyer fiscal.

. *Le tableau VII E* montre le revenu fiscal moyen par ménage selon la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage et de son âge. Ce tableau permet de constater que :

- le montant de ce revenu est largement déterminé par la profession ou l'ancienne profession du chef de ménage ;

- les actifs âgés ont des revenus fiscaux moyens supérieurs à l'ensemble des inactifs des différents groupes d'âges à l'exception des vieux employés et ouvriers.

Parmi les inactifs, les retraités anciens salariés ont dans l'ensemble des revenus plus élevés que les anciens indépendants. Les retraités du secteur public arrivent largement en tête alors que ce sont les anciens agriculteurs qui ont les revenus les plus bas (beaucoup sont au minimum vieillesse).

Enfin, le revenu des ménages dont le chef a exercé une profession salariée est plus faible pour les générations les plus anciennes. Cela tient à l'augmentation avec l'âge des ménages de femmes seules : celles-ci perçoivent des retraites très inférieures à celles des hommes, qu'il s'agisse de pensions de reversion ou de droits propres pour lesquels elles ont en général cotisé moins longtemps que les hommes et sur des bases moindres (13).

TABLEAU VII D : Revenu moyen des foyers fiscaux dont le chef ou le conjoint est âgé de plus de 60 ans

TYPE DE FOYER (en francs)	REVENU D'ACTI- VITE	RETRAITES ET ALLOCA- TIONS DE VIEILLESSE	REVENUS DE LA PROPRIETE	REVENU FISCAL (1979)	TRANS- FERTS* (1980)
Le foyer de personnes âgées est le seul foyer fiscal comprenant :					
- un homme seul âgé de plus de 60 ans	6 850	28 310	7 220	42 380	- 5 410
- une femme seule âgée de plus de 60 ans	2 730	23 910	3 490	30 130	- 1 020
- un couple de personnes âgées de plus de 60 ans	10 280	44 570	6 320	61 170	- 5 240
- un chef de foyer (ou son conjoint) âgé de plus de 60 ans et d'autres personnes à charge	27 680	32 460	6 550	66 690	- 7 550

Source : Enquêtes sur les revenus fiscaux des ménages en 1979 (12)

**TABLEAU VII D : Revenu moyen des foyers fiscaux
dont le chef ou le conjoint est âgé de plus de 60 ans
(suite)**

TYPE DE FOYER (en francs)	REVENU D'ACTI- VITE	RETRAITES ET ALLOCA- TIONS DE VIEILLESSE	REVENUS DE LA PROPRIETE	REVENU FISCAL (1979)	TRANS- FERTS* (1980)
Le foyer de personnes âgées constitue un ménage avec d'autres foyers fiscaux. Il comprend :					
- un homme seul âgé de plus de 60 ans	2 620	21 210	1 360	25 190	- 1 290
- une femme seule âgée de plus de 60 ans	2 160	17 740	3 360	23 260	- 1 480
- un couple de personnes âgées de plus de 60 ans	8 400	36 660	3 170	48 230	- 4 200
- un chef de foyer (ou son conjoint) âgé de plus de 60 ans et d'autres personnes à charge	23 490	25 520	3 710	52 720	- 5 060
ENSEMBLE	8 750	30 280	4 730	43 760	- 3 540

* Les "transferts" sont en francs 1980 et comprennent : allocation de logement, impôt sur le revenu, taxe d'habitation.

**TABLEAU VII E : Revenu fiscal moyen par ménage
selon la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage et son âge**

CATEGORIE SOCIO- PROFESSIONNELLE DU CHEF DE MENAGE (en Francs)	AGE DU CHEF DE MENAGE			ENSEMBLE	
	DE 61 à 65 ANS	DE 66 à 70 ANS	PLUS DE 70 ANS	DES PLUS DE 60 ANS	TOUS AGES
ENSEMBLE DES ACTIFS	83 050	118 890	101 680	95 630	75 360
. Exploitants agricoles	51 930	53 050		52 600	45 970
. Professions indépendantes	128 680	133 940		131 960	113 500
. Cadres	143 170	264 450		184 980	101 880
. Employés et ouvriers	49 780	47 900		49 310	57 410
ENSEMBLE DES INACTIFS	52 950	50 920	42 740	46 550	47 230
. Anciens agriculteurs	33 750	40 330	33 320	35 370	35 560
. Retirés des affaires	50 880	51 790	48 990	49 880	52 270
. Retraités du secteur public	63 540	59 630	51 120	56 020	58 020
. Anciens salariés du secteur privé	53 180	50 580	42 070	46 070	46 000
. Autres inactifs	34 970	43 610	37 680	37 730	40 610
ENSEMBLE DES MENAGES	61 990	57 730	45 230	51 920	66 380

Source : Enquêtes sur les revenus fiscaux des ménages en 1979 (12)

- CHAPITRE II -
LA SANTE DES PERSONNES AGEES

Les indicateurs utilisés pour l'étude de la santé des personnes âgées proviennent du recueil systématique des données de mortalité, des enquêtes nationales décennales de consommation de soins et d'enquêtes plus spécifiques et plus locales sur les conditions de vie et l'état de la population âgée.

Ils témoignent d'une évolution dans l'approche des problèmes de santé des personnes âgées. Partant de la conception classique de la santé, absence de maladie, on s'est orienté progressivement vers une conception centrée sur l'adaptation au milieu et la capacité d'y fonctionner au mieux ; la mauvaise santé devient dès lors l'incapacité fonctionnelle et le désavantage social qu'elle entraîne et aussi la mauvaise adaptation au milieu.

Cette double démarche tourne autour du concept d'autonomie et autour du processus du faire face à des événements de vie traumatisants.

On envisagera successivement les principales données épidémiologiques dont on dispose, les problèmes soulevés par l'évaluation de l'autonomie, la problématique du faire face aux événements de vie, les liens entre le vieillissement, la santé, la maladie.

. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Les données proviennent du recueil systématique :

- de la mortalité par l'INSEE et l'INSERM ;
- pour la morbidité, de l'enquête décennale 1980-1981 de l'INSEE et du Ministère des Affaires Sociales sur la consommation des soins médicaux ;
- pour l'incapacité et le handicap, des enquêtes de l'Unité 164 de l'INSERM avec l'Observatoire Régional de la Santé Ile-de-France et de l'extension régionale Aquitaine de l'enquête décennale ;
- pour l'espérance de vie sans incapacité, de l'enquête décennale.

- Mortalité

. *Le tableau VIII A* montre l'évolution des taux de mortalité entre 1970 et 1982, par sexe et âge. Il apparaît clairement une diminution des taux dans les deux sexes et les différentes décennies. La baisse est plus marquée chez les femmes et ce d'autant plus qu'elles sont plus jeunes.

. *Le tableau VIII B* montre l'augmentation de l'espérance de vie à 60 ans, entre 1950 et 1980. L'amélioration est constante chez les femmes, atteignant près de 25 % ; elle est moins marquée chez les hommes mais après la stagnation de 1960-1970, elle s'accroît plus nettement depuis dix ans. Cette baisse des taux de mortalité aux âges avancés contribue à l'augmentation prévisible du nombre des personnes âgées dans les vingt ans qui viennent, indépendamment des évolutions générationnelles.

- Morbidité

. *Le tableau IX* montre l'augmentation de la morbidité observée chez les personnes âgées entre les deux enquêtes décennales de consommation de soins effectuées entre 1970 et 1980. Les personnes âgées de 65 ans et plus déclarent environ une fois et demi plus de diagnostics que les sujets plus jeunes, mais le nombre de diagnostics déclarés croît un peu plus dans la population plus jeune.

**TABLEAU VIII : Evolution des données de mortalité
chez les personnes âgées**

**A - Evolution des taux de mortalité par sexe et âge
(pour 100 000 habitants) 1970-1982**

AGE	1970		1982		EVOLUTION 82/70	
	M	F	M	F	M	F
55 - 64 ans	1 946	836	1 615	626	0,83	0,75
65 - 74 ans	4 407	2 205	3 723	1 710	0,84	0,78
75 - 85 ans	10 061	6 688	8 489	5 271	0,84	0,79
85 ans et +	22 553	18 156	19 264	15 479	0,85	0,85

Source : INSERM (15)

**B - Evolution de l'espérance de vie à 60 ans
(en années) de 1950 à 1980**

SEXE	ANNEE			
	1950	1960	1970	1980
Masculin	15,2	15,9	16,2	17,3
Féminin	18,1	19,7	20,8	22,4

Source : INSEE (14)

**TABLEAU IX : Evolution des données de morbidité
chez les personnes âgées**

**Evolution de la morbidité déclarée
(enquête décennale sur les soins médicaux)**

AGE	NOMBRE DE DIAGNOSTICS DECLARES PAR PERSONNE EN		TAUX D'ACCROISSEMENT
	1970	1980	70/80
40 - 64 ans	2,35	4,12	75,3
65 ans et +	3,58	6,20	73,2
Tous âges	1,62	2,86	76,5

Source : CREDOC (16)

Cette augmentation relève de plusieurs phénomènes : augmentation des recours entraînant une plus grande connaissance de la pathologie par les usagers et une augmentation de diagnostics portés par les médecins du fait des progrès de la connaissance médicale et de la médicalisation de certains problèmes non pris en compte dix ans plus tôt.

Les maladies et troubles les plus fréquents, à partir d'une liste pré-établie, sont les maladies d'origine cardio-vasculaire, les troubles de la vue et les problèmes dentaires ; viennent ensuite les maladies rhumatismales et chez les hommes âgés de 80 ans et plus les troubles digestifs.

La morbidité déclarée ayant entraîné un recours aux soins est dominée par les maladies de l'appareil circulatoire, les symptômes et états morbides mal définis, les maladies de l'appareil digestif et les maladies rhumatismales (17).

- Incapacités et handicaps, conséquences de la morbidité

Depuis une dizaine d'années, l'accent est mis sur l'importance des conséquences des maladies ou infirmités chroniques. Cette approche a conduit à un nouveau cadre conceptuel distinguant en particulier l'incapacité ou retentissement fonctionnel et le handicap ou désavantage social.

Plusieurs enquêtes sur les conditions de vie et l'état de santé des personnes âgées ont utilisé des indicateurs d'incapacité et de handicaps.

. *Les tableaux X A et X B* montrent les restrictions de mobilité et la dépendance pour effectuer les soins personnels chez les personnes âgées de 75 ans et plus, à partir de deux enquêtes régionales. La différence est liée pour une part aux variations des conditions des enquêtes : base d'échantillonnage, formulation des questions : par exemple aide pour manger dans l'une et manger ou boire ou couper la viande dans l'autre ; pour une autre part, probablement à des différences dans l'état de santé de la population d'une région à l'autre.

TABLEAU X A : Restriction de mobilité dans la population âgée de 75 et plus vivant à domicile

DEGRE DE RESTRICTION	ENQUETE	
	AQUITAINE* %	ILE DE FRANCE** %
Confiné au lit	0,9	3,1
Confiné au domicile	2,5	9,0
Confiné au quartier	13,7	24,9

* Echantillon de 286 personnes représentant la population générale âgée de 75 ans et plus.

** Echantillon de 669 personnes représentant la population inscrite sur les listes électorales, âgée de 75 ans et plus.

Les pourcentages sont calculés après pondération.

**TABLEAU X B : Dépendance pour effectuer les soins personnels
chez les personnes âgées de 75 et plus vivant à domicile**

BESOIN DE L'AIDE D'1/3 POUR :	ENQUETE	
	AQUITAINE* %	ILE DE FRANCE** %
Sortir de chez soi	10,3	12,6
La toilette	8,0	7,1
S'habiller	4,6	7,9
Aller aux ou utiliser les W.C.	2,2	1,8
Manger, boire, couper la viande	4,8	/
Manger	/	1,5

* Echantillon de 286 personnes représentant la population générale âgée de 75 ans et plus.

** Echantillon de 669 personnes représentant la population générale âgée de 75 ans et plus.

Les pourcentages sont calculés après pondération.

Source : (18, 19)

- Espérance de vie sans incapacité

En prenant en compte simultanément les risques de mortalité et d'incapacité aux différents âges, on peut établir une espérance de vie en distinguant la part des années à vivre avec ou sans incapacité.

. *Le tableau XI* montre l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité en France, en 1982, aux âges de 60 et 75 ans, par sexe. On voit que si, à 60 ans, les hommes ont une espérance de vie inférieure de cinq années à celle des femmes, la plus grande longévité des femmes se traduit par une plus longue période d'incapacité. A 75 ans, l'espérance de vie sans incapacité est à peu près identique pour les deux sexes, ce qui traduit le même double phénomène.

. EVALUATION DE L'AUTONOMIE

Les conséquences du vieillissement et des maladies dégénératives de l'âge adulte s'ajoutent chez les personnes âgées, entraînant une diminution des capacités physiques et mentales. Une telle diminution peut retentir sur les activités de la vie quotidienne jusqu'à compromettre le maintien à domicile et ce d'autant plus que l'environnement est défaillant. On parle alors souvent de perte d'autonomie physique et mentale, donnant à cette notion la signification d'incapacité à accomplir les activités permettant le maintien à domicile.

Mesurer l'autonomie ou plutôt sa perte revient dans ce cas à mesurer un certain nombre de capacités physiques, mentales, voire comportementales au moyen de grilles. De nombreux auteurs ont effectué de telles mesures ; dans un ouvrage publié récemment (21), 35 grilles parmi les 145 recensées l'ont été sur ce sujet dont neuf françaises.

Ces différents travaux ont une vision par trop simplificatrice du problème de la perte d'autonomie dans la mesure où le concept d'invalidité utilisé pour l'exprimer ne permet pas de distinguer clairement les altérations biomédicales des conséquences sociales des

**TABLEAU XI : Espérance de vie (E.V.)
et espérance de vie sans incapacité (E.V.S.I.) en France
en 1982 à 60 et 75 ans par sexe**

AGE	E.V. (en années)		E.V.S.I. (en années)		E.V.S.I./E.V. %	
	SEXE M	SEXE F	SEXE M	SEXE F	SEXE M	SEXE F
60 ans	17,6	22,7	11,7	13,3	66,4	58,6
75 ans	8,5	10,9	4,4	4,3	51,8	39,4

Source : (20)

maladies grandement conditionnées par l'environnement et le vécu personnel.

L'évaluation de l'autonomie passe en fait par l'établissement d'un cadre conceptuel approprié. Il faut ensuite construire des indicateurs capables de mesurer différents niveaux de santé liés (ou non) au degré d'autonomie. L'élaboration des indicateurs soulève les problèmes du choix des dimensions à prendre en compte et le choix du système de graduation pour chacun des indicateurs utilisés.

Ce double choix est fonction des objectifs poursuivis et du type d'approche individuelle ou collective. Les objectifs sont essentiellement la détermination des besoins d'aide et l'évaluation des mesures prises pour répondre à ces besoins d'aide en termes d'efficacité et d'efficience. L'approche individuelle est l'évaluation chez des individus de leurs performances ou de leurs capacités à accomplir certaines fonctions physiques, mentales, comportementales ou les activités de la vie quotidienne. Ainsi, peut-on par exemple suivre la récupération ou non d'une certaine autonomie après des traitements ou des interventions sociales.

L'approche collective s'efforce d'identifier des groupes d'individus remplissant des critères prédéterminés (nombre de sujets ne pouvant manger seuls, sortir de chez eux, etc.). Ainsi peut-on par exemple mesurer la charge de travail pour les soins d'hygiène dans une institution à partir du nombre de personnes devant être aidées totalement ou partiellement pour manger, se déplacer, etc.

- Cadre conceptuel

Toute démarche visant à appréhender l'incapacité (et donc la perte d'autonomie) doit faire éclater ce concept de façon à saisir sa nature à la fois biomédicale et sociale. Wood, en proposant une classification des patients atteints de maladies au long cours, s'est efforcé de distinguer les chaînons d'une séquence continue allant du biologique au social (22). Il distingue trois principaux niveaux : la déficience, l'incapacité, le handicap.

La déficience se définit par une quelconque perturbation des structures ou fonctions de l'organisme, qu'elle soit d'ordre anatomique, physiologique ou psychologique. Cette perturbation peut

être permanente ou temporaire, congénitale, accidentelle ou secondaire à une maladie.

L'incapacité est une limitation des performances (et non des aptitudes) fonctionnelles et parfois des restrictions d'activités secondaires à une déficience.

En cas de mauvais état de santé, les réductions des capacités rendent difficile ou impossible l'accomplissement de certains actes ou de certains comportements fondamentaux pour le maintien de la vie de chacun en tant qu'être social. La socialisation d'un problème de santé peut être définie par le concept de handicap. Le handicap est le désavantage social conféré par l'incapacité et la déficience mais aussi par un environnement défaillant. Le handicap résulte pour chaque individu des altérations de l'état de santé physique et mental et des conditions d'environnement personnel (relations sociales, logement, ressources économiques) et collectif (habitat, services sanitaires et sociaux existants). Il traduit une déviation par rapport aux normes habituelles pour l'âge et le sexe.

Déficience et handicap sont les deux face d'une même réalité : la première renvoie à la réalité physique objectivable et mesurable en termes de réduction de capacité ; la seconde à la réalité sociale objectivable à travers la perte des rôles sociaux de groupes d'individus ou d'un individu du fait d'une déficience. Cette distinction implique que deux types d'intervention doivent toujours être envisagées pour diminuer le handicap (23) : tenter de réduire la déficience et d'améliorer les capacités fonctionnelles de l'individu ou agir sur l'environnement social qui à déficience égale augmente ou diminue le handicap.

Il faut remarquer que l'une des faiblesses du concept de handicap, c'est sa relativité liée aux discordances entre l'état de santé ou les performances de l'individu considéré comme handicapé et les attentes de l'entourage ou de la société. On attend par exemple des personnes âgées qu'elles aient des activités voisines de celles de adultes. Ces normes dominantes ont plusieurs conséquences, d'une part elles génèrent la peur de s'en écarter chez les sujets vieillissants (peur de la dépendance et de la mort), d'autre part elles constituent des obstacles à la lutte contre le handicap. Dans la mesure où les solutions sont plus sociales que techniques, l'organisation du cadre de vie et des conditions de travail faites pour personnes sans incapacité contribuent à aggraver les handicaps

par les barrières architecturales existantes. Il est fondamental de développer des stratégies qui visent à améliorer la santé publique par une organisation du cadre de vie et des conditions de travail plus faciles pour les handicapés.

Certains aménagements pourraient être tels qu'ils rendent la vie des handicapés identique à celle des non-handicapés : transports publics, accès des lieux publics, aménagement des logements, etc. En levant un certain nombre de barrières architecturales, les différences entre les deux groupes seraient atténuées et la ségrégation évitée.

En recourant à des normes, on se réfère aux valeurs reconnues par l'organisation sociale. Il est difficile d'avoir des normes universelles définissant le handicap quel que soit le système social. Cependant, l'on peut admettre que l'accomplissement de certains actes ou que certains comportements sont fondamentaux pour le maintien de la vie de tout humain en tant qu'être social. Ils sont communs à tous les individus, quelle que soit la culture. Ce sont :

- . l'accomplissement des activités de soins personnels et de la vie courante (indépendance physique) ;
- . les déplacements dans l'environnement habituel ;
- . l'exercice des occupations habituelles à son âge et à son sexe : travail, éducation, loisirs, tâches ménagères, etc. ;
- . l'orientation dans le temps et dans l'espace ;
- . l'entretien de relations sociales avec autrui ;
- . la suffisance économique obtenue par le travail ou d'autres ressources.

Toute personne ayant une réduction portant sur l'une de ces six dimensions a un désavantage par rapport à ses pairs. Ces six dimensions peuvent être définies comme les fonctions permettant la survie. Elles sont universelles et la seule valeur reconnue est celle du maintien de la vie, ce qui ne souffre guère de justification dans le domaine qui nous concerne, c'est-à-dire la santé.

- Construction et choix des indicateurs mesurant l'incapacité

D'une façon générale, la construction d'indices soulève deux sortes de problèmes. Le premier est le choix des dimensions servant à mesurer les incapacités. Le second est le choix du système de graduation pour chacun des indicateurs utilisés (24).

Le choix des indices dépend des objectifs poursuivis et du contexte dans lequel l'incapacité doit être appréciée : enquête de population, institution ou cas individuel. Les enquêtes de population ont pour objet le plus fréquent d'évaluer les besoins en services ou établissements ou l'évaluation de programmes : il s'agit alors essentiellement d'une aide à la planification.

Au niveau d'une institution, la mesure de l'incapacité permet d'apprécier l'état de la population pour évaluer la charge de travail et suivre l'évolution de son état pour apprécier l'efficacité des actions et traitements entrepris.

Au niveau individuel, l'évaluation des capacités se fait pour poser des indications de traitements ou d'actions, orienter vers telle ou telle structure de soins, suivre l'évolution sous traitement, poser des indications de rente ou pension, reconnaître une aptitude à exercer certaines fonctions.

Quoiqu'il en soit, la mesure de l'incapacité effectuée par de nombreux auteurs s'est faite selon deux approches (25). La première est l'évaluation chez des individus de leurs capacités à accomplir certaines fonctions physiques, mentales, comportementales ou les activités de la vie quotidienne. Citons à titre d'exemple l'indice de mesure des activités de la vie quotidienne élaboré par Katz portant sur les six activités suivantes : se laver entièrement, s'habiller, aller et utiliser les toilettes, se lever et se coucher ou s'asseoir, s'alimenter, la continence sphinctérienne (26) et qui a le mérite d'avoir été validé. Il apparaît que l'évaluation des incapacités pour des tâches plus complexes telles que par exemple les tâches ménagères est moins fiable (27).

La seconde approche est l'identification de groupes d'individus répondant à des critères d'incapacité prédéterminés : nombre de sujets ne pouvant manger seuls, sortir de chez eux, etc. Les individus sont alors classés par exemple en sujets indépendants, semi-indépendants. La dépendance est conçue comme un désavantage pour l'individu atteint et aussi pour la collectivité dans la mesure où celle-ci doit trouver les moyens nécessaires pour assurer la satisfaction des besoins biologiques des individus dépendants. Citons dans cette catégorie le travail l'Isaacs et Neville sur les besoins des personnes âgées qui ont classé leurs sujets en fonction de l'intervalle de temps pouvant séparer deux interventions visant à répondre aux besoins des personnes âgées (28). Ils introduisent ainsi

le concept d'intervalle de temps pour graduer les besoins et la dépendance.

Ce recours au temps comme unité de mesure permet de construire une échelle dont l'intervalle entre les barreaux (ou classes) peut être connu. Il est bien rare que de telles échelles soient utilisées et pourtant elles paraissent particulièrement intéressantes pour apprécier les besoins d'aide.

Plus souvent les auteurs utilisent une échelle ordinale dont le système de graduation combine les différents descripteurs selon une approche intuitive telle Harris (29) dans l'enquête nationale sur les handicaps en Grande-Bretagne. Les techniques d'analyse de données, telle que l'analyse hiérarchique de Guttman (24) permettent une hiérarchisation des items en fonction de leur fréquence. De telles techniques ont un grand intérêt pour simplifier les échelles en évitant les items redondants par exemple, permettent leur validation et donc la comparaison d'une étude à l'autre.

- Application à une enquête de population régionale

Une extension de l'enquête nationale sur la santé et les soins médicaux conduite par l'INSEE en 1980-1981, dans la région Aquitaine, avait entre autres objectifs de prendre en compte, pour la première fois de façon détaillée, le retentissement fonctionnel et social des problèmes de santé. Un questionnaire complémentaire a donc été inclus dans cette extension.

La classification proposée par l'O.M.S. sur les déficiences, incapacités et handicaps ne s'accompagne d'aucune recommandation pour son utilisation opérationnelle. Les informations recueillies sur les incapacités et les handicaps se sont efforcées de procurer des définitions opérationnelles pour être utilisées dans une enquête de population et son analyse.

Les déficiences recherchées ont été la présence de troubles sensoriels (vue, audition), locomoteurs (rhumatismes, arthrose, paralysie), cardio-respiratoires, de dépression ou d'autres troubles non précisés. L'étude des incapacités a porté sur cinq activités de soins personnels (s'habiller et se déshabiller, se laver entièrement, manger et boire, utiliser les W.C., se couper les ongles de pieds), quatre activités de déplacement (sortir ou entrer dans le lit, sortir

de chez soi, circuler dans le quartier, prendre les transports en commun), trois activités domestiques (préparer les repas, faire les courses, autres activités), la communication avec l'entourage.

La recherche du handicap conçu comme désavantage social a porté sur la réduction de la mobilité, des occupations habituelles, de l'indépendance physique et des relations sociales.

Les questionnaire sur les incapacités et les handicaps était initié par des questions filtre sur la présence dans le ménage d'une personne gênée de façon permanente pour effectuer les soins et activités de la vie courante, les déplacements, les occupations habituelles du fait d'une maladie ou une infirmité.

En cas de réponse affirmative on interrogeait sur la responsabilité éventuelle de troubles pathologiques et on explorait la sévérité des incapacités et des handicaps.

Le questionnaire a porté également sur les conditions de confort du logement, sur la proximité des équipements collectifs par rapport au domicile. Ainsi a-t-on pu analyser les relations entre le degré de dépendance d'une part, l'environnement physique et le réseau socio-familial d'autre part.

- Prévalence des incapacités chez les sujets âgés de 60 ans et plus (Tableau XII)

Plus d'une personne sur dix a déclaré avoir des difficultés pour se déplacer, effectuer les soins personnels de la vie courante ou les tâches ménagères. Les activités les plus souvent perturbées sont : se couper les ongles des pieds, utiliser un moyen de transport, les autres tâches ménagères que les courses ou les repas, puis viennent la sortie de chez soi, faire les courses et se laver entièrement. Toutes les incapacités croissent notablement avec l'âge. Globalement les personnes âgées de 75 ans et plus sont 2,5 à 4,5 fois plus souvent gênées ou limitées que le groupe moins âgé pour onze activités sur les douze étudiées.

TABLEAU XII : Incapacités au sein de la population âgée d'Aquitaine

TYPE D'INCAPACITE	AGE		
	60 - 74 ans %	75 ans + %	Ensemble 60 ans + %
Communication	2,4	8,3	4,5
Soins personnels	7,4	22,4	12,6
Déplacements	6,5	25,7	13,2
Tâches ménagères	6,8	16,9	10,3
EFFECTIF DE L'ECHANTILLON	N 477	N 256	N 733

Source : INSEE-SESI-INSERM (18)

- Les conséquences sur la mobilité, les occupations, l'indépendance physique (Tableau XIII)

La mobilité analysée à partir du degré de confinement éventuel est diminuée chez une personne sur huit et ces difficultés croissent avec l'âge et ont été trouvées plus fréquemment chez les femmes. Un quart de la population âgée inactif professionnellement a une restriction d'au moins une occupation habituelle. La fréquence varie selon le type d'occupation.

La dépendance physique, définie selon la fréquence pluri-quotidienne ou pluri-hebdomadaire du besoin d'aide pour accomplir les tâches de la vie courante (soins personnels, déplacements et tâches ménagères), concerne une personne sur huit.

Les personnes de 60-74 ans, bien que quatre fois moins souvent dépendantes que les personnes plus âgées, représentent cependant un tiers de la population dépendante du fait de leur plus grand nombre dans la population.

- Rôle de l'environnement selon la dépendance chez les personnes âgées de 60 ans et plus

Lorsque l'on prend en compte les données de l'environnement physique en fonction de la dépendance physique, on constate que les différents éléments de l'habitat varient peu. Les sujets dépendants et semi-dépendants n'ont pas un habitat plus favorable qui permettrait de corriger leur handicap : commerces à plus d'un kilomètre, chauffage non satisfaisant sont les facteurs les plus fréquemment défavorables. Les personnes dépendantes ou semi-dépendantes qui ont au moins un inconvénient dans leur environnement physique représentent 8,2 % de la population totale.

Plus de 20 % des personnes âgées vive seules, la proportion atteignant près du tiers chez les plus âgées. Parmi les personnes vivant seules, un faible pourcentage d'entre elles ont de rares visites (2,9 % de la population) ; ce sont elles aussi qui n'ont ni enfant ni famille ni amis à proximité. Les personnes dépendantes ou semi-dépendantes vivant seules représentent 5,1 % de la population, les proportions étant de 10,9 % et 2 % respectivement pour les groupes le plus âgé et le moins âgé.

TABLEAU XIII : Handicaps au sein de la population âgée d'Aquitaine

TYPE DE HANDICAP	AGE		
	60 - 74 ans %	75 ans + %	Ensemble 60 ans + %
Mobilité	6,5	25,7	13,2
Occupations	16,4	33,9	25,7
Dépendance physique*	6,2	23,2	12,7
EFFECTIFS	N 477	N 256	N 733

* Semi-dépendants et dépendants selon la fréquence pluri-hebdo ou pluri-quotidienne du besoin d'aide.

Source : INSEE-SESI-INSERM (18)

Les personnes dépendantes vivant seules (1,9 % de la population) ont dans près de la moitié des cas des visites dont la fréquence n'est pas quotidienne alors que famille et enfants sont le plus souvent à proximité (quatre fois sur cinq) et elles n'ont pas le téléphone quatre fois sur dix. Les personnes semi-dépendantes vivant seules (3,2 % de la population) ont le plus souvent des visites dont la fréquence est au moins hebdomadaire (plus de quatre fois sur cinq) alors que famille et enfants ne sont pas à proximité une fois sur deux ; elles n'ont pas le téléphone dans près d'un tiers des cas. Ces personnes dépendantes ou semi dépendantes vivant seules sont celles qui risquent d'être mises en institution à l'occasion d'un problème de santé mineur intercurrent, celles ayant un réseau de soutien insuffisant étant les plus exposées.

- Retour à l'autonomie

Une telle enquête a un mérite, celui de quantifier les besoins d'aide des personnes à capacités réduites. Il reste à les croiser avec les solutions offertes par l'environnement de voisinage et les services professionnels. La perte d'autonomie est ici assimilée à celle de perte fonctionnelle mais l'on ne peut se contenter d'une telle vision et ce pour trois raisons : elle entretient la confusion entre dépendance et perte d'autonomie, elle assimile toute dépendance à un désavantage, elle considère toute personne dépendante comme ne pouvant être autonome, ce qui incite à la mettre en institution.

Autonomie et dépendance ne sont pas le contraire l'une de l'autre. L'autonomie est le fait de se gouverner selon ses propres lois. Le besoin, comme le dit Memmi (30), est la clef de la dépendance. La dépendance physique, dans le domaine de la santé, peut être définie comme le besoin d'aide pour accomplir les activités usuelles de la vie, que cette dépendance soit due à des incapacités physiques ou mentales, ou à un environnement insuffisant pour pallier ces incapacités.

Dépendance physique et perte d'autonomie ne sont pas synonymes. Une personne qui est dépendance pour ses déplacements peut ne plus être autonome, c'est-à-dire qu'elle ne peut se déplacer là où elle le désire. Que l'aide qu'on lui apporte soit suffisante, elle reste dépendante mais redevient autonome.

La notion de dépendance ne saurait être réduite aux seuls besoins physiques élémentaires, nous sommes tous dépendants des autres en ce qui concerne notre affectivité, nos occupations, nos relations sociales, notre suffisance économique. Ces interdépendances psychologiques et sociales, loin d'être des désavantages, sont positives car elles permettent l'existence de la société mais aussi l'autonomie de chacun.

Evaluer l'autonomie de chacun ne saurait être fait par une approche quantitative mieux adaptée à la démarche de santé publique. L'évaluation individuelle passe plutôt par une approche qualitative prenant en compte non seulement les capacités physiques et mentales, les données environnementales, les prestations offertes par les services de voisinage mais aussi la nature réversible ou non des déficiences, leur évolutivité, la présence d'états pathologiques associés, les désirs de la personne qu'elle n'est pas toujours capable d'exprimer. C'est par une telle démarche que l'on pourra seulement savoir si l'on peut maintenir ou restaurer l'autonomie.

Malheureusement, les personnes âgées, du fait d'une fragilité psychique, de ressources insuffisantes sur le plan de l'environnement physique, socio-familial et sur le plan financier aggravées par la survenue de la dépendance, recherchent bien souvent avant tout la sécurité. Quand elles ne le font pas, ce sont les familles qui exercent des pressions pour qu'elles le fassent.

En s'abandonnant aux mains des professionnels, les personnes âgées dépendantes perdent toute autonomie, adoptant un comportement hétéronome. Les experts de la santé et de l'action sociale ont trop tendance à renforcer ce besoin de sécurité aux dépens de l'autonomie, ce qui conduit à de mises en institution non désirées par la personne âgée. Si la restauration de l'autonomie est un but que s'assignent les professionnels de la santé, ce but ne peut être atteint que si leurs patients le recherchent également faute de quoi ils risquent de verser dans l'activisme, insécurisant des personnes à la recherche de la sécurité et de maternage. Nous voyons ainsi combien le problème de l'autonomie remet en cause de façon fondamentale la pratique médicale et les relations malades-médecins.

. LA CAPACITE A FAIRE FACE AUX EVENEMENTS DE VIE

Les problèmes soulevés par l'évaluation de l'autonomie ont permis une avancée importante pour analyser les besoins d'aide des personnes âgées. Cette approche est néanmoins trop statique et mécanique : à une incapacité donnée correspondrait un besoin d'aide potentiel, si l'environnement y répond le besoin est satisfait, s'il n'y répond pas ou que partiellement, le besoin devient réel.

En fait le besoin d'aide est plus complexe faisant intervenir probablement plus les interactions entre les différentes ressources de la personne âgée exprimées en termes de capacités fonctionnelles, économiques, relationnelles, etc., que leur sommation et aussi sa structure psychologique et les expériences passées.

Il nous paraît aujourd'hui particulièrement prometteur de se centrer sur une approche plus dynamique faisant référence au processus du faire face à des événements de vie traumatisants (ou non) afin de juger de la capacité d'adaptation des personnes âgées et de mettre en évidence différentes façons de faire face : par exemple, et schématiquement, régression (psychologique), adaptation plus ou moins complète à la situation créée par l'événement en faisant appel à ses seules ressources psychologiques, en sollicitant et en recourant éventuellement à l'entourage et/ou aux professionnels.

Une telle démarche nécessite de mettre au point différents types d'outils : ceux permettant l'étude des structures psychologiques ; ceux permettant de bien dissocier réseau relationnel et réseau des personnes aidantes ; de définir ce qui est événement de vie pour la personne âgée et d'en différencier des types tels que ceux prévus ou non, ponctuels ou chroniques ; de décomposer les différents temps du processus (difficulté éprouvée, sollicitation de l'aide, mise en oeuvre de l'aide), pour chacun d'eux les dimensions où il intervient (émotionnel, matériel, informatif) et pour chacune d'entre elles enfin son type (par exemple difficulté émotionnelle de type relationnel ; sollicitation d'une aide par la parole, etc.).

Une telle démarche nous paraît particulièrement adaptée à la population très âgée (au-delà de 75 ans) car elle est confrontée sur une période brève à de multiples événements de vie (Taylor, 20) et reste majoritairement à domicile (pour plus de 90 %). C'est pourquoi nous développons actuellement une telle approche à partir

d'une enquête longitudinale de 18 mois auprès de 300 personnes âgées de 75 ans et plus suivies dans notre Centre de Gériologie.

Nous espérons ainsi contribuer à la compréhension de ce qu'est la santé chez les personnes très âgées porteuses de nombreuses maladies, régulièrement suivies par des médecins et subissant de nombreux événements traumatisants auxquels elles font le plus souvent face pendant la plus grande partie de leur vieillesse.

. LES LIENS ENTRE LE VIEILLISSEMENT, LA SANTE ET LA MALADIE

Trois questions nous semblent devoir retenir plus particulièrement l'attention : la distinction entre vieillissement normal et pathologique, le rôle des facteurs de risque chez les personnes âgées, les conséquences du vieillissement dans le domaine de la santé. L'épidémiologie permet de répondre partiellement aux deux premières questions.

- Différenciation du vieillissement normal et pathologique

Il ne faut pas prendre pour des modifications liées au vieillissement (faux vieillissement) d'une part des faits en rapport avec un effet cohorte et d'autre part une augmentation des contraintes exercées sur les personnes âgées.

Dans le premier cas, on ne prendra pas pour une perte de savoir-faire ou de connaissance une non-acquisition à la période de formation (introduction de nouvelle technologie à une certaine période).

Dans le second cas, il s'agit par exemple de la qualité de l'environnement physique souvent moindre chez les personnes âgées. Leurs capacités d'adaptation étant réduites, un logement mal chauffé par exemple aggrave leur moindre résistance au froid. Certains services rendus sont parfois de qualité moindre que chez des gens plus jeunes, indemnes de certaines déficiences : tel fut le cas pour des personnes âgées atteintes de détérioration intellec-

tuelle : leur prise en charge en cas de fracture du col était de qualité inférieure, du fait d'un biais de sélection, dans un service orthopédique où la densité d'infirmières était plus faible (étude de Newcastle, Angleterre).

Si le vieillissement endogène est considéré aujourd'hui comme essentiellement d'ordre génétique pour chaque espèce, le petit nombre de gènes responsables de la durée de vie rend envisageables des modifications des processus de vieillissements endogènes par des moyens biochimiques.

Au fur et à mesure que les individus se rapprochent de cette durée maximale, la part des phénomènes morbides augmente, influencée par des facteurs environnementaux.

Trop souvent les modifications liées à l'âge ont été considérées par les médecins, les personnes âgées, les décideurs comme d'origine intrinsèque. De nombreux travaux épidémiologiques ont progressivement identifié comme extrinsèques au vieillissement différents changements liés à l'âge. Tel fut le cas pour la tension artérielle, l'axe électrique du coeur, l'audition.

Les hypothèses actuelles de l'évaluation de la tension artérielle avec l'âge en rendent responsable une interaction entre une prédisposition génétique et des facteurs extrinsèques dans le régime alimentaire tels que des modifications du rapport sodium/potassium, une baisse de calcium. La plus grande fréquence d'un axe électrique cardiaque gauche paraît absente dans les populations n'ayant pas d'augmentation de la tension artérielle avec l'âge et ayant généralement un faible risque d'insuffisance coronarienne. La diminution de l'audition des fréquences aiguës ne semble pas un phénomène de vieillissement intrinsèque dans la mesure où ce phénomène ne s'observe pas chez les Masaïs par exemple.

De même, plusieurs travaux ont montré que lors des complications des ostéoporoses corticales, le processus est identique à l'ostéoporose physiologique du vieillissement (seule l'intensité diffère) alors que l'ostéoporose vertébrale post-ménopausique est réellement pathologique (atteignant l'os spongieux vertébral).

- **La diminution du pouvoir prédictif des facteurs de risque avec l'avance en âge et sa quasi disparition aux âges très avancés est un problème qui mérite attention**

Ce phénomène fut noté pour la première fois en ce qui concerne le pouvoir prédictif du taux de cholestérol total sanguin pour les maladies coronariennes qui, dans les premiers résultats de l'enquête de Framingham, sembla disparaître après l'âge d'environ 50 ans. Des facteurs de risque tels que le cholestérol et le tabac n'apparaissent prédictifs d'accident vasculaire cérébral que chez les adultes jeunes et non plus aux âges où, étant donné l'incidence croissante, ils seraient les plus utiles. Dans une vaste étude pratiquée dans le nord-est de l'Angleterre, Evans a montré qu'une simple prise de la tension artérielle n'est pas prédictive d'accident vasculaire cérébral pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Il en est de même pour une petite étude pratiquée en Ecosse.

Une première explication est la différence d'environnement qu'a connu la population âgée par rapport à une population de contemporains plus jeunes d'où une moindre exposition à certains facteurs nocifs, tel que le tabac par exemple. Un effet de sélection peut également être envisagé ; par exemple, si le cholestérol sanguin n'est plus prédictif à partir d'un certain âge c'est que les sujets pour lesquels le cholestérol a provoqué ses effets nocifs sont décédés à des âges plus jeunes. Mais si l'explication statistique des différences de survie aux âges moyens et au-delà est rarement satisfaisante, il faut avoir présent à l'esprit l'interaction des facteurs intrinsèques et extrinsèques dans le vieillissement. Dans ce cas, plus les individus avancent en âge, plus les facteurs extrinsèques peu importants seront en concurrence avec les facteurs intrinsèques les plus importants à l'origine de la mort. Ainsi les causes de mortalité et de morbidité deviennent de plus en plus uniformes avec l'avance en âge et les différences interindividus sont effacées par les conséquences intrinsèques au patrimoine génétique de notre espèce en terme de durée de vie.

Un autre type d'explication est que nous sommes en présence d'un modèle multifactoriel de maladies telles que la maladie coronarienne. Ces maladies sont la voie terminale commune d'une grande variété de chaînes causales différentes. Il est très concevable que l'importance relative des différentes chaînes causales varie avec l'âge.

Un troisième et dernier groupe de mécanismes est celui des problèmes de mesure liés à l'avance en âge. Dans le cas de la prise de la tension artérielle, on est frappé par la plus grande dispersion des mesures entre les individus et pour un même individu. L'augmentation de la variance individuelle s'explique peut-être par l'augmentation des erreurs de mesures par le tensiomètre chez les sujets âgés et il faut une augmentation de la tension artérielle à plusieurs mesures chez le sujet âgé pour que cette élévation ait une valeur prédictive alors qu'une seule mesure suffirait chez les sujets plus jeunes. Plus frappant encore est le fait qu'une hypertension décelée lors d'un examen ou qu'une obésité aient peu de valeur prédictive chez un sujet âgé de 60 ans alors que des antécédents d'hypertension, de traitement hypotenseur ou d'obésité - en particulier dans le jeune âge - sont communément retrouvés chez les sujets de plus de 60 ans ayant fait un accident vasculaire cérébral.

Il semble que les variables à un âge avancé ne puissent plus prédire l'apparition de maladies parce que leurs valeurs ne rendent pas compte de celles de périodes antérieures où la vulnérabilité était plus importante. Ceci suggère que les mesures de prévention de l'apparition de phénomènes morbides à un âge relativement avancé ne sont opérantes qu'à un âge moyen ou précoce. Ceci implique également que nous devons être très prudents lorsque nous extrapolons les résultats de mesures préventives à des âges précoces, aux âges plus avancés. Ceci ne veut pas obligatoirement dire que nous ne pouvons pas prévenir les maladies à un âge avancé mais probablement en agissant plutôt pour interrompre les mécanismes physio-pathologiques que pour supprimer les facteurs de risque : ainsi agira-t-on au niveau des lésions artérielles pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux plutôt qu'au niveau des facteurs tels que la tension artérielle ou le diabète.

**- Les conséquences du vieillissement dans le domaine de la santé
(32)**

L'accroissement régulier du nombre de personnes âgées est lié à la baisse constante depuis cent ans de la mortalité, en particulier dans les premières années de la vie, du fait de l'amélioration des conditions de vie, des progrès de l'hygiène, de traitements efficaces vis-à-vis des grandes maladies bactériennes. Il s'ensuit une prédominance progressive des maladies dégénératives chroniques apparaissant à la maturité ou plus tardivement. Depuis les années 1970, on assiste à une baisse importante de la mortalité entre 55 et 75 ans en particulier par maladie cérébro-vasculaire.

Cet accroissement important de la population âgée soulève une question fondamentale : quel sera globalement son état de santé ? Toute augmentation de la population âgée se traduit aujourd'hui par trois phénomènes : plus grand nombre de personnes atteintes des effets pathogènes du vieillissement (surdité, ostéoporose, insuffisance cardiaque par myocardie sénile) ; plus grand nombre de maladies liées à la diminution de la résistance due à l'avance en âge (maladies infectieuses, cancers de la prostate, de la peau, etc.) ; plus grand nombre des maladies dégénératives apparues à l'âge adulte, encore évolutives ou laissant des séquelles et des maladies apparues plus tardivement (hypertension, rhumatisme, athérome, démence sénile, etc.).

Que peut-on attendre des progrès de la biologie et de la médecine ? Tout d'abord, en ce qui concerne le vieillissement proprement dit, une meilleure connaissance de ses mécanismes normaux et des facteurs qui l'accélèrent, une plus grande différenciation entre les effets du vieillissement normal et des maladies peuvent être attendues.

A partir de là, on pourra assurer un meilleur contrôle de certains phénomènes générateurs d'effets pathogènes (une meilleure prise en charge de la ménopause devrait permettre de prévenir ou retarder l'apparition des effets pathologiques de l'ostéoporose par exemple). Certains traitements devraient également corriger les troubles sensoriels (cristallin artificiel en cas de cataracte) améliorant la qualité de vie des sujets atteints.

Du fait de la survie de certains sujets fragiles, le nombre de maladies liées à cette fragilité devrait augmenter. Si certaines sont

susceptibles de guérir, d'autre nécessiteront des thérapeutiques plus agressives soulevant la question de leur opportunité chez des personnes très âgées.

Quant aux maladies dégénératives, il est probable que certaines n'apparaîtront pas du fait de changements précoces dans les habitudes de vie de certains groupes ; d'autres seront dépistées et traitées précocement et très longtemps ; un troisième groupe pourra bénéficier de traitements radicaux (prothèses articulaires par exemple) ; un quatrième enfin sera probablement au-dessus de toute ressource thérapeutique (démence sénile).

Quoiqu'il en soit, globalement, le nombre de personnes traitées devrait augmenter et pendant une période plus longue qu'actuellement. De nombreux phénomènes morbides déstabilisés apparaîtront plus tardivement, de nature et de site différents des phénomènes actuels et se traduiront vraisemblablement par des retentissements fonctionnels importants gênant la vie quotidienne. Bref on est en droit de penser que le nombre de "bien portants médicalement traités" ira croissant, que la période d'autonomie sera plus longue mais que les dernières années de vie (au-delà de 85-90 ans) seront le plus souvent accompagnées d'incapacités retentissant sur la vie quotidienne.

Une telle évolution soulève des problèmes d'ordre socio-culturel et économique.

Le fait que les maladies et leurs conséquences fonctionnelles s'observeront surtout chez les vieillards risque de renforcer l'image négative de la vieillesse en faisant confondre vieillesse et maladie. Il risque de s'ensuivre des tensions entre le "devoir de guérison" qui imprègne idéologiquement nos sociétés et les incapacités ou handicaps irréversibles. Les vieux incurables seront encore plus exposés qu'actuellement à l'enfermement où ils seront mis complètement à l'écart de la population des bien-portants.

L'apparition d'un nombre croissant de malades âgés soulève le problème de l'utilisation des thérapeutiques lourdes et coûteuses que la société peut refuser de vouloir financer pour des personnes dont l'espérance de vie est faible. Inversement se posent les problèmes d'un certain acharnement thérapeutique d'autant moins justifié qu'il concerne des personnes en fin de vie et du droit pour la personne âgée de choisir sa mort.

Enfin, l'augmentation des malades chroniques d'une part, les progrès de la technologie d'autre part, auront des conséquences dans la distribution des soins. L'accroissement des suivis techniques chez des personnes atteintes de maladies chroniques accroîtra leur participation dans la thérapeutique. A côté de soins techniques se développera un recours aux médecines douces.

DEUXIEME PARTIE



- LES SERVICES DE SOINS ET D'AIDES -

Dans cette deuxième partie, on envisagera successivement les responsabilités en termes d'organisation et de financement des services de santé et des services sociaux ; puis la gestion et la prestation des soins et aides dans le domaine sanitaire et dans le domaine social, avec pour chacun les filières d'accès et les recours. On terminera par le passage en revue des avantages en espèces et par le chiffrage des dépenses collectives à la charge des différents financeurs.

Il s'agit là d'une approche purement descriptive.

- CHAPITRE III -

ORGANISATION GENERALE ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

L'organisation et le financement des services de santé ne sont pas spécifiquement conçus pour les personnes âgées. Leurs principales caractéristiques sont : le poids de l'Etat dans l'organisation générale des services et par la tutelle qu'il exerce sur les hôpitaux publics au niveau départemental et sur les caisses de Sécurité Sociale au niveau national et régional ; l'importance de la Sécurité Sociale dans le financement du fonctionnement des soins hospitaliers tant publics que privés et des soins ambulatoires.

Dans le domaine social, le Conseil Général Départemental a, depuis les lois de décentralisation, un rôle essentiel dans l'organisation des établissements publics et des services à domicile. Le financement des différentes prestations est, quant à lui, beaucoup plus éclaté entre les différentes caisses de Sécurité Sociale, l'Aide Sociale départementale et un peu l'Etat.

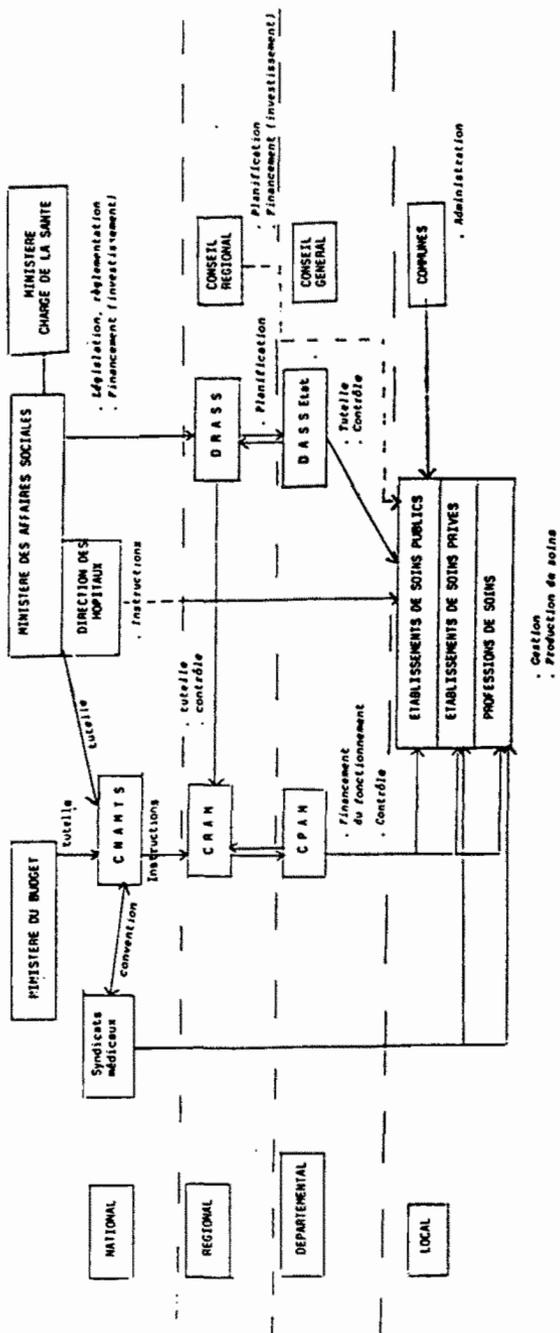
. ORGANISATION GENERALE DES SERVICES DE SANTE

L'organisation générale des services de santé est la suivante (figure 1) :

- A l'échelon national

. Le Ministère des Affaires Sociales et le Ministère chargé de la Santé ont pour fonctions :

Figure 1 : Organisation générale des Services de Santé en France



- la préparation des textes législatifs et réglementaires ;
- la tutelle administrative des établissements d'hospitalisation publique en particulier par l'intermédiaire de ses services extérieurs locaux ;
- la coordination des équipements ;
- dans le domaine financier, la détermination dans le cadre budgétaire annuel : de subventions d'équipements (à hauteur de 40 % par opération), du nombre de créations d'emplois dans les établissements publics, du taux directeur fixant l'augmentation des budgets des établissements publics par rapport à ceux de l'année antérieure, des tarifs des actes inscrits à la nomenclature de la Sécurité Sociale (consultations, visites, actes de biologie, radiologie, etc.).

La Direction des Hôpitaux du Ministère est responsable de la gestion des personnels médicaux et non médicaux des hôpitaux, assure des fonctions techniques (établissement de normes) et de contrôle ; elle gère les carrières des directeurs des hôpitaux nommés par le Ministre chargé de la Santé.

Le Ministère exerce sa tutelle (avec le Ministère chargé du Budget) sur les caisses nationales de Sécurité Sociale en particulier la Caisse Nationale d'Assurance Maladie du régime général des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.).

. La C.N.A.M.T.S. (elle représente environ deux tiers des personnes actives et leurs ayants droit). Organisme public, autonome ayant son propre conseil d'administration composé de représentants élus des salariés, de représentants du patronat et des mutuelles.

Elle établit la réglementation pour les caisses régionales (C.R.A.M.T.S.) et primaires (C.P.A.M.T.S.) qu'elle inspecte et contrôle. Elle répartit les dotations des différentes caisses (les cotisants pouvant ne pas habiter là où ils sont consommateurs de prestations).

Elle négocie en même temps que les caisses centrales de la Mutualité Sociale Agricole et les caisses de régimes autonomes des professions non salariées non agricoles les conventions nationales avec les syndicats nationaux des professions de santé. Ces conventions imposent les tarifs conventionnels aux praticiens et assurent les taux de remboursement aux clients/usagers.

. Les syndicats médicaux nationaux signent la convention nationale.

- A l'échelon régional :

s'effectue essentiellement la planification des établissements et équipements sanitaires en particulier après avis d'une commission régionale présidée par le représentant de l'Etat où siègent les représentants des caisses de Sécurité Sociale, des professionnels, des gestionnaires de la santé, des élus.

. La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.) est un service extérieur du Ministère des Affaires Sociales. Elle est placée sous la responsabilité du Commissaire de la République de Région et est dirigée par le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales. Elle a pour mission :

- la planification régionale et la programmation annuelle des équipements dans le secteur de la santé ;

- le contrôle de la gestion et la tutelle administrative de la C.R.A.M.T.S. ;

- l'aide technique des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.).

. La C.R.A.M.T.S. sous double contrôle de la D.R.A.S.S. et de la C.N.A.M.T.S. effectue les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires, participe à la planification sanitaire, conventionne les établissements privés.

. Le Conseil Régional, organe politique, intervient par son Etablissement Public Régional dans la planification ; il subventionne des équipements d'intérêt régional.

- A l'échelon départemental

. La D.D.A.S.S. Etat est un service extérieur du Ministère. Elle est placée sous la responsabilité du Commissaire de la République du Département et est dirigée par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales. Elle a pour mission :

- la tutelle et le contrôle des établissements qui fournissent des prestations sanitaires d'ordre publique avec l'aide technique de la D.R.A.S.S. ;

- l'organisation administrative des professions de santé ;
- les nominations, promotions et répartitions des personnels hospitaliers.
- la préparation des plans d'équipements.

. La (ou les) caisse(s) primaire(s) de Sécurité Sociale assure(nt) les prestations en espèces (fixées par la loi) et le remboursement des soins. Elle(s) contrôle(nt) la justification de certaines hospitalisations et prestations et établit(ssent) des tableaux statistiques des activités des praticiens (T.S.A.P.) avec les représentants des syndicats médicaux départementaux.

. Le Conseil Général organe politique a peu de rôle dans le domaine sanitaire. Il assure le paiement des prestations de soins pour les très rares personnes (moins de 1 %) n'étant pas couvertes par une assurance maladie et résidant dans le département (aide médicale générale).

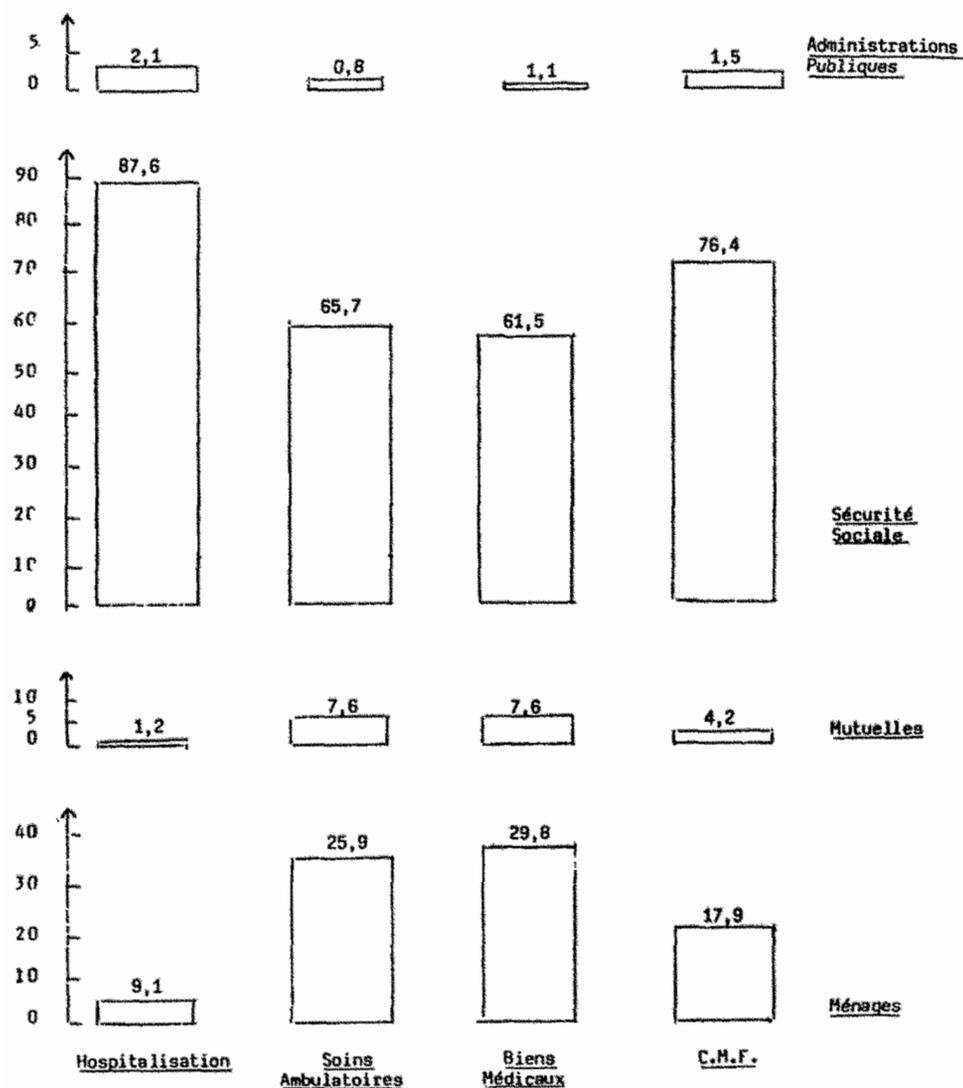
- A l'échelon local (commune et inter-commune)

exercent les "producteurs" de soins ambulatoires et des soins hospitaliers publics ou privés.

. FINANCEMENT DE LA PRODUCTION DES SOINS DE SANTE

Plus de 99 % de la population bénéficie en théorie des assurances sociales. Les dépenses médicales sont assurées pour l'essentiel par un financement collectif provenant des cotisations versées (à raison de 12,5 % et de 5,6 % du salaire respectivement par l'employeur et l'employé dans le régime général) à la branche Assurance Maladie de la Sécurité Sociale, des mutuelles, de l'Etat et des collectivités locales. Ces dernières financent l'aide médicale générale sur les fonds d'aide sociale départementale pour les personnes non protégées par la Sécurité Sociale.

Figure 2 : Le financement des différentes activités médicales en 1985



Source : MAS (39)

La part du financement collectif varie selon les types de soins (figure 2). On voit que 82 % des activités médicales sont financées collectivement ; l'apport des ménages est important pour les soins ambulatoires et les biens médicaux.

Il faut rappeler l'existence d'une double organisation du paiement de la production des soins : dotation globale prédéterminée par l'Etat et financée par la Sécurité Sociale, pour les hôpitaux publics ; système conventionnel entre les caisses et les praticiens libéraux pour les remboursements d'honoraires et d'actes techniques en ambulatoire ou en clinique privée.

. ORGANISATION GENERALE DES SERVICE SOCIAUX (Figure 3)

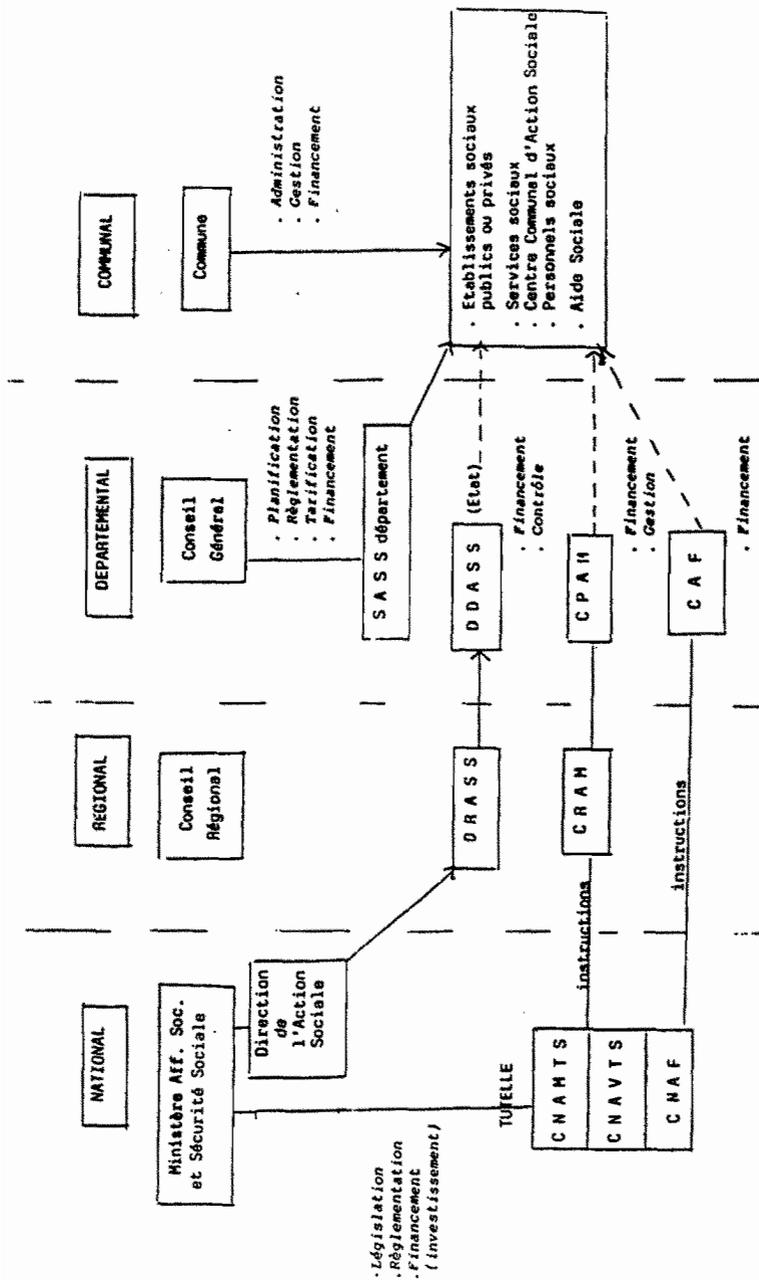
Les récentes lois de décentralisation (1983, 1984, 1985) ont conféré l'essentiel des responsabilités à l'organe politique départemental, le conseil général, la gestion des services restant soit publique et communale, soit privée et associative. L'Etat a transféré une masse financière importante au département (20,4 milliards de francs en 1984).

- A l'échelon national

. Le Ministère des Affaires Sociales et le Ministère chargé des Personnes Agées conservent la fonction législative, financent sur le budget de l'Etat certaines prestations de solidarité nationale (Fonds National de Solidarité contribuant au minimum vieillesse, certaines allocations aux adultes handicapés, etc.) conservent un pouvoir incitatif par des subventions pour certains services ou établissements (par le biais de la Direction de l'Action Sociale), les collectivités locale apportant un financement complémentaire.

Certains ministères ont une politique sociale qui leur est propre, soit qu'elle soit destinée à certains groupes - travailleurs handicapés pour le Ministère du Travail ou agriculteurs -, soit

Figure 3 : Organisation générale de l'action sociale



qu'elle concerne des actions qui interfèrent dans la vie de la population âgée - logements sociaux développés sous l'impulsion du Ministère de l'Urbanisme et du Logement par exemple.

. **Caisses Nationales de Sécurité Sociale** : les caisses d'Assurance Vieillesse, d'Assurance Maladie, d'Allocations Familiales ont un rôle réglementaire vis-à-vis des caisses régionales ou départementales dans les secteurs où elles servent des prestations en espèces ou un financement de prestations en nature. Elles ont la possibilité, du fait de leur autonomie de gestion de leurs fonds d'action sanitaire et sociale, de développer certains services ou établissements. Tel est surtout le cas pour les caisses de retraite complémentaire.

- A l'échelon régional :

. **La D.R.A.S.S.** conserve son pouvoir de tutelle sur la Sécurité Sociale ;

. **La C.R.A.M.T.S.** sous double contrôle de la D.R.A.S.S. et de la C.N.A.M.T.S. effectue les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires, participe à la planification sanitaire.

. **Le Conseil Régional et ses caisses** jouent un rôle dans la planification des équipements.

- A l'échelon départemental

. **Le Conseil Général** (et plus particulièrement le président) a un pouvoir réglementaire, de tarification des services et hébergements publics ; il exerce un pouvoir de tutelle et de contrôle ; il établit un schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux. En matière d'aide sociale (prise en charge de non assurés sociaux et des dépenses insuffisamment couvertes par la Sécurité Sociale chez des personnes ayant des ressources inférieures à un certain plafond), le département fixe les conditions d'attribution et finance les prestations. Ces prestations ont un caractère subsidiaire et d'avance (recours au légataire ou à la succession dans le cadre de l'obligation alimentaire).

. Le service départemental de l'Action Sanitaire et Sociale, né de la partition des D.D.A.S.S. de par les lois de décentralisation, est la structure technique et administrative qui contrôle l'application des directives du Conseil Général pour les services et établissements.

. La D.D.A.S.S. Etat conserve l'attribution de certaines prestations d'aide sociale faisant appel à la solidarité nationale et de prestations de subsistance.

. Les caisses de Sécurité Sociale financent les prestations qui relèvent de leur compétence pour leurs assurés (allocation logement par la Caisse d'Allocations Familiales) (service d'aide ménagère par la C.P.A.M. représentant la Caisse Vieillesse) sous certaines conditions de ressources. Parfois, elles gèrent directement certains établissements.

- A l'échelon local

. Les prestataires de service : ce sont les établissements d'hébergement, les services d'aide à domicile.

. FINANCEMENT DES PRESTATIONS SOCIALES

On ne peut que rappeler l'éclatement des financements entre l'Etat (Fonds National de Solidarité, Aide à la Rénovation de l'habitat), les départements (Aide Sociale), les municipalités (subventions à des établissements...) et les caisses de Sécurité Sociale. Celles-ci versent les différentes pensions de retraite et financent allocation logement (Caisse d'Allocations Familiales), aide ménagère (Caisse Vieillesse), soins infirmiers à domicile, en section de cure des établissements sociaux et soins en long séjour hospitalier (Caisse Maladie).

- CHAPITRE IV -

GESTION ET PRESTATIONS DES SOINS ET AIDES

Dans le domaine sanitaire, on retrouve un double pluralisme entre soins hospitaliers et soins ambulatoires d'une part, entre secteur public et privé non lucratif essentiellement hospitalier et secteur libéral ou privé lucratif essentiellement ambulatoire, auquel s'ajoutent les cliniques privées.

Dans le domaine social, on assiste à une fragmentation plus grande entre institutions et professions, tant sur le plan de la gestion que de la prestation. On peut néanmoins distinguer les établissements, les services contribuant au maintien à domicile, les prestations en espèces.

. GESTION ET PRODUCTION DES SOINS DE SANTE

- Les établissements de soins

Qu'ils soient publics ou privés, il relèvent de la loi hospitalière de 1970.

. Organisation des établissements hospitaliers publics

Chaque hôpital public est une entité juridique dotée de la personnalité morale, ce qui lui donne une certaine autonomie de gestion et de décision mais sous le contrôle de l'autorité de tutelle (D.D.A.S.S.).

Le directeur de l'hôpital est responsable de la gestion quotidienne, prépare le budget.

L'organe délibératif est le conseil d'administration (C.A.) composé de représentants des collectivités locales (commune(s)), des caisses de Sécurité Sociale et de personnels médicaux et non médicaux. Le président du C.A. est le maire de la commune. Les délibérations du C.A. doivent être approuvées par la D.D.A.S.S.

Le budget annuel est proposé par le directeur d'après les instructions ministérielles, approuvé ou refusé par un vote du C.A., le refus n'entraînant pas de conséquence particulière si le représentant de l'Etat l'approuve.

Le financement du budget est obtenu selon le principe de la dotation globale, calculée à partir du budget de l'année antérieure majorée du taux directeur fixé par le Ministère en fonction de paramètres économiques. Cette dotation est versée par douzième chaque mois, à l'hôpital par une seule caisse de Sécurité Sociale : c'est la caisse pivot qui est habituellement la caisse primaire du régime général. Pour ses investissements, l'hôpital peut recevoir des subventions de l'Etat, de la Région, des communes et recourir à l'emprunt. La loi hospitalière a classé les établissements hospitaliers publics en fonction de l'importance de la population desservie et des types de services fournis (plus ou moins spécialisés et équipés). Les hôpitaux sont classés en centres hospitaliers : de secteur (soins de médecine, chirurgie, maternité, urgences, laboratoire de biologie et radiologie) et généraux (comprenant en outre des services de spécialités médicales) ; centres hospitaliers régionaux (donnent des soins très spécialisés et jouent un rôle de référence vis-à-vis des centres hospitaliers généraux). Existents en outre des hôpitaux spécialisés en particulier psychiatriques, des hôpitaux locaux (avec essentiellement une section hospice ou maison de retraite et quelques lits de médecine), des centres de moyen séjour qui assurent réadaptation, convalescence ou post-cure.

. **Les établissements hospitaliers privés.** Un tiers sont à but non lucratif ; ils sont associés au service public et comprennent des hôpitaux de court et de moyen séjour. Deux tiers des cliniques privées sont à but lucratif. L'extrême majorité a passé convention avec les caisses régionales d'Assurance Maladie, ce qui leur permet d'accueillir les assurés sociaux qui obtiennent les remboursements des actes effectués.

TABLEAU XIV : Etablissements d'hospitalisation en 1984

DISCIPLINE	NOMBRE D'ETABLISSEMENTS		LITS (EN MILLIERS)			INDICE LIT/POPULATION TAUX POUR 1000	
	PUBLIC	PRIVE	PUBLIC	PRIVE		CARTE SANITAIRE	EXISTANT
				LUCRATIF	NON LUCRATIF		
Médecine			118	13	16	2,3	3,0
Chirurgie			69	43	15	2,3	2,6
Gynéco-obstét.			18	9	2,5	0,5	0,5
Total court séjour	865	1 314	205	65	33,5	5,1	6,1
Lutte contre le cancer		20			4,5		
Lutte contre maladies mentales et toxicomanes	/	169	17	9,5	4,5	/	0,6
Centres : moyen séjour	610	920	42	19	39	/	/
long séjour		43	53	0,5	3	/	/
Hôpitaux psychiatriques	101 (+23)*	/	82 (+18)*	/	/	/	2,0
TOTAL HOPITAUX	1 081 (+23)	2 295	399 (+18)	94	84,5		10,2

* Etablissements privés faisant fonction d'établissements publics.

Source : Enquête Nationale H 76 et EHP 83 (33, 35)

Les cliniques sont classées en fonction des services rendus et des conditions de confort par la Sécurité Sociale et le Ministère. Le fonctionnement financier de ces établissements repose sur un double mode de paiement : un prix de journée qui ne prend en compte que l'hôtellerie. Ce prix est fixé et revalorisé chaque année par les services extérieurs du Ministère ; les honoraires qui sont rémunérés à l'acte et les prescriptions dont les tarifs sont fixés à partir de conventions nationales.

. *Le tableau XIV* montre le parc hospitalier et la répartition entre le secteur public et privé lucratif et non lucratif. On voit qu'il y a suréquipement de lits de court séjour par rapport aux normes fixées par la carte sanitaire.

- Les professions de santé et les soins ambulatoires

. Les médecins sont pour un peu plus de la moitié des généralistes (55 %) et des spécialistes. Ils se distinguent par leur formation, plus longue pour les seconds et les tarifs accordés à leurs activités (les actes de spécialistes sont cotés environ 60 % de plus que ceux des généralistes).

La moitié des médecins installés, seuls ou en cabinet de groupe, exerce une activité salariée complémentaire en dispensaire, centre de santé, structure de prévention ou à l'hôpital.

Quatre-vingt-dix-huit pour cent des médecins installés sont conventionnés. Leur activité libérale est alors rétribuée à l'acte (il faut rappeler qu'un tiers des médecins est uniquement salarié, la majorité à l'hôpital).

. Les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...) installés en activité libérale sont organisés comme les médecins. Les tarifs conférés à leurs actes le sont par convention.

. Effectifs

Le tableau XV montre les chiffres des professionnels de santé en 1984. Parmi les 41 000 médecins salariés plein temps, près de la

TABLEAU XV : Les professionnels de santé en 1984

PROFESSIONS	EFFECTIFS	DENSITE POUR 100 000 HABITANT	POPULATION PAR PRATICIEN
<u>MEDICALES</u>			
Médecins en activité (dont libéraux)	125 000 (84 000)	221 (146)	440 (654)
Chirurgiens dentistes	34 000	62	1 116
Pharmaciens (dont en officine)	45 000 (22 000)	(41)	(2 500)
<u>PARA-MEDICALES</u>			
Infirmiers en activité (dont libéraux)	221 000 (24 000)	402 (43)	247 (2 280)
Infirmiers psychiatriques	60 000	110	908
Kinésithérapeutes en activité (dont libéraux)	34 000 (22 300)	(41)	1 616 (2 410)
Autres	15 500		

Source : Ministère des Affaires Sociales, CNAMTS (36)

moitié exerce à l'hôpital public, un quart en clinique ou hôpitaux privés, un quart dans des structures de prévention ou administrative.

Parmi les 84 000 médecins exerçant en clientèle privée, la moitié a une activité salariée complémentaire.

Dix pour cent des infirmières exercent en activité libérale et deux tiers des kinésithérapeutes.

Les services ambulatoires et hospitaliers s'occupent de la population âgée tout comme de la population générale. Il n'y a pas de système de soins particulier.

- **Les services de long séjour** relevant de la loi hospitalière méritent d'être individualisés

. La mission des longs séjours est définie par la loi de janvier 1978 : hébergement des personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état de santé requiert des soins médicaux constants (?).

. Les services de long séjour peuvent faire partie d'un hôpital de court séjour, d'un centre de moyen et long séjour ou être autonomes ; ce dernier cas rare est le fait d'anciens hospices ou hôpitaux ruraux transformés en centres de long séjour. Ils doivent alors être proches d'un plateau technique hospitalier. Un certain nombre de services de longs séjours ont été construits sur le mode industriel correspondant aux V120 et V240.

. Le financement du long séjour repose sur un double forfait (loi du 4 janvier 1978) : hébergement à la charge des pensionnaires, de leurs familles ou de l'aide sociale (1/2 à 2/3 du prix global) et soins à la charge de l'assurance maladie (1/3 à 1/2 du prix global).

Depuis janvier 1985 les dépenses de soins sont financées sur la base d'une dotation globale comme pour les hôpitaux, les dépenses d'hébergement conservent le même mode de financement, le prix de l'hébergement étant maintenant fixé par le président du conseil général.

. Il n'y a jamais eu de politique suivie vis-à-vis du long séjour : aucune carte sanitaire avec des normes pour le nombre de lits n'a été établie pour le long séjour.

Ces services ont depuis 1975 deux origines : d'une part la création d'unités de soins pour dégager les hôpitaux de malades chroniques âgés, d'autre part la transformation juridique et architecturale de certains hospices. Les propositions de création sont parties des collectivités locales, ont nécessité l'approbation de la commission régionale de planification hospitalière et l'autorisation du Ministère.

. En 1984, il y avait 54 000 lits de long séjour dont la distribution sur le territoire national est très inégale. Tous relèvent du secteur public ou privé à but non lucratif.

. Les personnels des longs séjours sont des médecins salariés plein temps ou temps partiel, des personnels administratifs, des auxiliaires médicaux et des agents hospitaliers salariés. Leur statut est proche de celui des fonctionnaires. Les normes en personnels sont de 0,6 agents par lit.

- Les filières d'accès et les recours aux services sanitaires

. Elles sont schématisées sur la figure 4. On doit insister sur l'absence de soins dits de premier recours en France et l'absence de soins gériatriques. On peut opposer les soins ambulatoires où les clients consultent ou reçoivent la visite de praticiens et les soins hospitaliers. Il existe une filière hospitalière de la mise définitive en institution, c'est celle qui va du court séjour au long séjour.

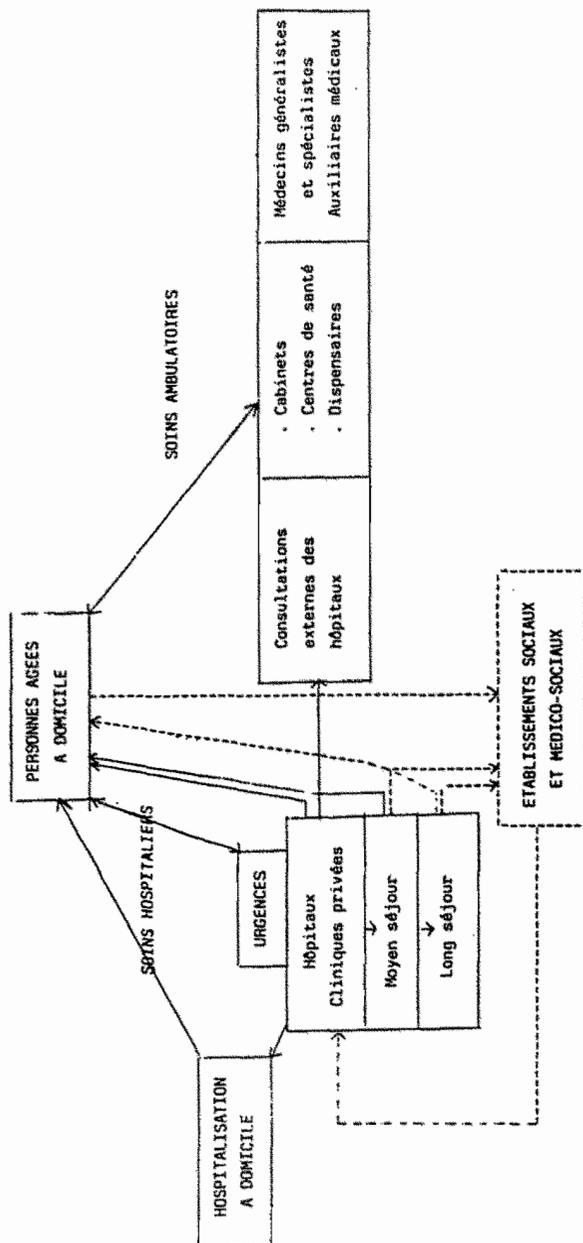
. Les personnes âgées **recourent aux soins** nettement plus que les autres groupes d'âges (*tableau XVI*) et cette consommation augmente avec l'avance en âge.

. *Les tableaux XVII A et XVII B* montrent le poids des **personnes âgées dans les structures hospitalières publiques**. Ce poids des personnes âgées dans les entrées à l'hôpital est d'environ 30 %.

L'importance des hospitalisations soulève pour certaines d'entre elles la question de leur justification médicale.

. *Le tableau XVI* permet de calculer le volume des séances de médecins pour l'ensemble de la population pour l'année 1980, soit 278 400 000 consultations ou visites, dont 30 % de séances de spécialistes. Le poids des personnes âgées de 60 ans et plus dans cette

Figure 4 : Principales filières des services de santé suivies par les personnes âgées



**TABLEAU XVI : Recours aux soins chez les personnes âgées
en 1980**

TYPE DE RECOURS	GROUPE D'AGE			
	60 - 69	70 - 79	80 +	ENSEMBLE
<u>SEANCES DE MEDECINS</u>				
. % de personnes ayant consulté en 12 semaines	64	75	74	52
. Nbre de séances par personne par an	7,3	8,9	9,3	5,2
dont spécialistes en %	24	18	18	30
<u>NBRE DE SEANCES D'AUXILIAIRES</u>				
. Consommation pharmaceutique (nbre de conditionnements ou d'unité par personne par an)	7,5	10,5	13,5	3,98
. Actes de radio et de biologie par personne par an	46	63	67,5	26,2
	3,5	3,7	2,2	1,89
<u>HOSPITALISATION</u>				
. Nbre pour 100 personnes au cours des 12 mois précédant l'enquête	12,6	16,5	22,2	11,3
. Taux annuel pour 100 personnes (hôpitaux publics)	10,8	15,8	24,0	8,9
. Taux d'hébergement	1,5	12	25	/

Source : Données Sociale 5ème Edition 1984 (37)

TABLEAU XVII A : Les personnes âgées dans les établissements hospitaliers en 1983-84

TYPE D'ETABLISSEMENT	NOMBRE D'HOSPITALISES = NOMBRE DE LITS x TAUX D'OCCUPATION		
	ENSEMBLE (milliers)	60 ANS + (milliers)	% 60 ANS + TOTAL
Court séjour *	231	92	40
Moyen séjour	86	43	50
Hôpitaux psychiatriques + lutte contre maladies mentales	83 + 26	30 + 5 à 10	34
Long séjour	54	49	95
TOTAL	480	215 + 5 à 10	47

* Non compris les cliniques privées

Source : Ministère des Affaires Sociales (33, 35)

**TABLEAU XVII B : Les recours aux soins hospitaliers
chez les personnes âgées en 1983**

TYPE D'ETABLIS- SEMENT	NOMBRE D'ENTREES		NOMBRE DE JOURNEES		DUREE MOYENNE DE SEJOUR		
	En milliers	% 60 ans +	En milliers	% 60 ans +	En jours	Pop. Générale	60 ans +
Court séjour	9 346		84 089		9,3		
		27,0		42,5		22,5	35,5
Moyen séjour	613		29 317		48,0		
Hôpital psychiat.	206	23,0	9 730	36*	115,8	?	?

* Personnes présentes.

Source : Enquête Nationale H 76, EHP 83 Ministère Affaires Sociales et CNAMIS (36, 37)

consommation est d'environ 30 % alors que son poids démographique est de l'ordre de 18 %. De même, en ce qui concerne les recours aux auxiliaires, la consommation pharmaceutique, les actes de radiologie et de biologie, la part des personnes âgées est respectivement de 43, 38 et 32 %.

- Financement des prestations de soins

Chaque prestation individuelle donne lieu au paiement par le malade et à un remboursement par la caisse de Sécurité Sociale où est affilié le malade. Seul reste à sa charge le ticket modérateur (*tableau XVIII*) dont le taux varie selon le type de prestations. L'hospitalisation revient en 1984 pour la personne hospitalisée à 21 F par jour pour l'hébergement plus 20 % de la facturation des soins sauf dérogation.

Il existe une exonération du ticket modérateur pour les séjours hospitaliers supérieurs à 30 jours et ayant donné lieu à une intervention supérieure à un acte coté K50 (une simple appendicectomie) pour les personnes atteintes d'une maladie longue et coûteuse (inscrite sur une liste de 25 maladies par la Sécurité Sociale) enfin pour les invalides de guerre ou les pensionnés après accident de travail.

Les prestations du long séjour donnent lieu à une double tarification : forfait soins journaliers de 139 F en 1984 payé par l'Assurance Maladie et forfait hébergement journalier de 230 F en moyenne.

. LES SERVICES ET ETABLISSEMENTS SOCIAUX POUR PERSONNES AGEES

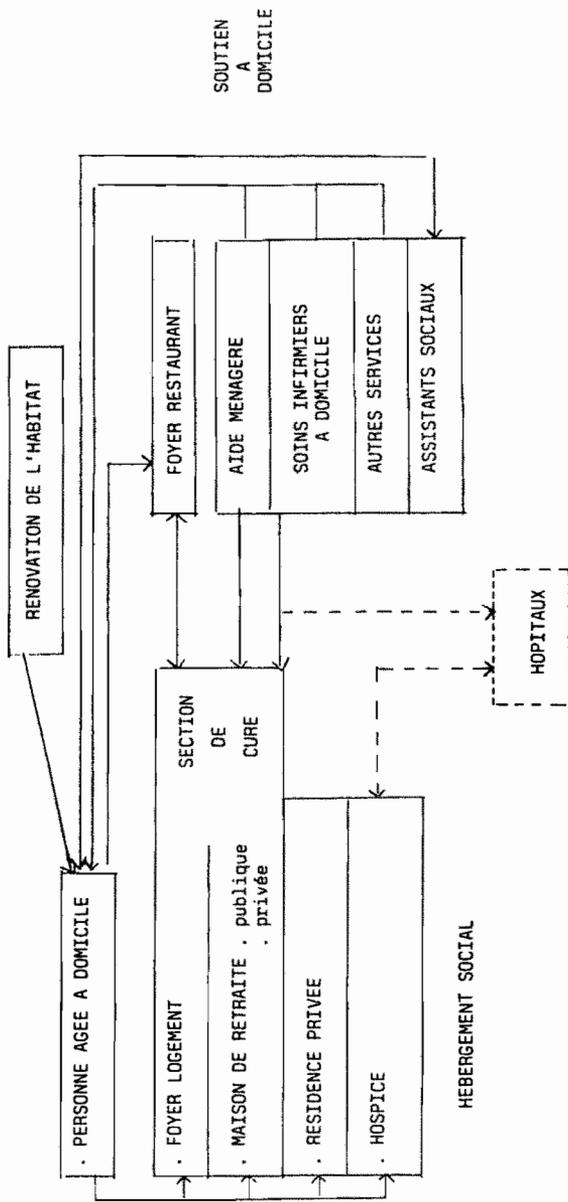
Ils sont schématisés sur la figure 5. On notera que les services de soutien à domicile peuvent opérer dans les établissements d'hébergement collectif.

Les services, établissements d'hébergement sont publics (communaux) ou privés (associatifs, mutualistes). Ils relèvent de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. La source de

**TABLEAU XVIII : Principaux taux de remboursement
selon la nature des prestations**

NATURE DES PRESTATIONS	TAUX DE REMBOURSEMENT				
	40	70	75	80	100
Honoraires des professionnels conventionnés			+		
Hospitalisation publique et privée conventionnée				+	
Médicaments	+	+			+
Analyses de laboratoire		+			
Prothèse - Optique		+			
Transports		+			
	60	30	25	20	0
	<hr/> TICKET MODERATEUR (%)				

Figure 5 : Principales filières des services sociaux suivies par les personnes âgées



leur financement est fonction du type de prestations : département, commune, caisse vieillesse, d'allocations familiales ou d'assurance maladie, Etat et usagers en partie ou totalement selon leurs ressources.

Il faut individualiser les services et établissements médico-sociaux car ils ont des fonctions sociales et sanitaires. Les secondes sont alors financées par l'assurance-maladie et sont sous la tutelle de services extérieurs de l'Etat tandis que les premières sont financées par les usagers et par le département et placées sous son contrôle : tels sont les maisons de retraite avec section de cure médicale. Les services et établissements communaux peuvent être gérés par le centre communal d'action sociale (ancien bureau d'aide social).

- Les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement

Les personnes âgées y ont en général un accès direct : c'est la filière sociale de la mise définitive en institution. La plupart des établissements sociaux n'ont pas de critères d'admission explicites mais refusent souvent des personnes détériorées mentales, incontinentes voire grabataires, même s'ils ont des sections de cure.

. Les foyers-logements

Leur construction est habituellement financée à partir de fonds provenant des Offices d'Habitations à Loyers Modérés (H.L.M.), des caisses locales de Sécurité Sociale (vieillesse, famille), du conseil général, la commune participe en léguant le terrain à bâtir. La construction doit respecter des normes du Ministère du Logement. Le gestionnaire est soit l'office d'H.L.M., soit le centre communal d'action social, soit une association privée.

Habituellement conçus pour des personnes âgées autonomes, ils sont amenés progressivement à adapter leurs installations pour des personnes à autonomie de vie réduite. Ils offrent des studios pour personnes seules ou couple avec sanitaire et cuisine. Les personnes âgées y sont locataires. Plusieurs services collectifs sont en général proposés : foyer-restaurant, club d'animation, etc., où viennent des personnes âgées de l'extérieur. Les loyers sont à la charge de la personne âgée (1 300 F par personne et par mois en moyenne en

1984). En cas de ressources insuffisantes, l'aide sociale peut contribuer et une allocation logement peut être attribuée par la C.A.F.

. Les maisons de retraite

Qu'il s'agisse d'établissement nouveau ou de transformation d'un ancien hospice, la construction est financée à partir de prêts des caisses de Sécurité Sociale (30 % des investissements), de subventions de l'Etat (40 %), le reste étant financé par les collectivités locales.

Des normes architecturales établies par le Ministère des Affaires Sociales doivent être respectées. L'acceptation de nouvelles constructions est soumise à l'avis d'une commission régionale de planification mais c'est maintenant le président du conseil général qui décide des créations. La gestion des maisons de retraite est communale ou privée. Certains sont des sections annexes d'établissements hospitaliers (si elles ont moins de 200 lits).

L'hébergement est à la charge du pensionnaire et des financements substitutifs analogues à ceux des foyers-logements peuvent être obtenus (le prix d'hébergement moyen était de 3 400 F par mois en 1984).

. Les hospices

La loi de 1975 sur les institutions sociales avait prévu la disparition des hospices par transformation en maison de retraite ou en centre de long séjour. Si la transformation juridique est effectuée pour la plus grande part, il reste en 1985 au moins 70 000 lits dont les conditions architecturales et de confort sont très précaires. La pension mensuelle moyenne était de 3 800 F en section valide et de 6 430 F en section invalide en 1984. Etant donné les prix élevés, l'aide sociale départementale intervient souvent.

. Les résidences pour personnes âgées

Un certain nombre de caisses de retraite complémentaires ou de mutuelles se sont lancées dans la construction et la gestion de maisons pour personnes âgées. Des sociétés à but commercial font

de même : le marché attire surtout les cadres retraités dans les régions du sud de la France ou en région parisienne.

. Médicalisation des établissements sociaux

Le vieillissement des pensionnaires ou locataires de ces établissements, un âge d'entrée plus avancé pour les nouveaux ont rendu essentielle une certaine médicalisation de ces établissements. La création de section dite de cure médicale prévue par un décret de 1977 permet théoriquement de garder des personnes à autonomie réduite, grâce aux soutiens de personnels soignants rétribués par des sommes provenant de l'Assurance-Maladie et d'éviter ainsi leur transfert en long séjour. Cette solution est originale par rapport aux pays voisins. La création de sections de cure nécessite l'avis de la commission régionale de planification, l'autorisation des services extérieurs de l'Etat et des caisses de Sécurité Sociale. L'inconfort des hospices et de nombreuses maisons de retraite publiques est un obstacle à cette médicalisation, la Sécurité Sociale refusant d'agréer les places. Les forfaits soins des sections de cure fixés par l'Etat sont plafonnés à 84 F par jour, soit inférieurs de 40 % aux forfaits soins des services de long séjour bien que les populations prises en charge soient souvent voisines en termes de perte d'indépendance physique pour les activités courantes. Il existe également un forfait soins courants (11 F par jour) pour les places hors section de cure.

- Les services de soutien à domicile

. Les services d'aide ménagère : ils ont près de trente ans d'existence pour les plus anciens.

Ils ont pour objet d'apporter une aide pour les tâches domestiques aux personnes incapables de les effectuer. La demande se fait sur prescription établissant le nombre d'heures nécessaires par mois.

Ils sont prescrits par un travailleur social ou un médecin. L'attribution est soumise à conditions de ressources. Le financement est assuré par les caisses de retraite en particulier du régime général, avec participation de la personne âgée en fonction de ses revenus ou par l'aide sociale départementale pour les personnes au-

dessous d'un certain plafond de ressources *. Le prix de l'heure d'aide ménagère est de 55 F en moyenne (il varie d'un département à l'autre). Chaque personne contribue pour 3 francs lorsqu'elle est sous un certain plafond de ressources puis sa contribution augmente en fonction de ses ressources. La gestion est assurée par des associations ou les centres communaux d'action sociale des municipalités.

La procédure d'attribution est assez longue, les délais rendant malaisée son attribution en urgence.

. Les services de soins infirmiers à domicile ont pour objet d'aider les personnes âgées dépendantes à effectuer les actes d'hygiène élémentaire et d'assurer de façon concomitante des soins infirmiers tels que pansements, sondages ou lavages de vessie, perfusions. Ils ont également une fonction de prévention des accidents de décubitus en mobilisant et massant. Ces soins s'adressent habituellement à des personnes atteintes de maladies chroniques physiques ou mentales plus ou moins invalidantes mais peuvent aussi dans certains cas permettre de passer une période critique.

La demande se fait sur prescription du médecin traitant. Il n'y a pas de recours à l'entente préalable.

Le financement est entièrement à la charge de l'Assurance Maladie. Le forfait de référence journalier est de 103 F en 1984. La gestion est assurée par une association ou un centre communal d'action sociale. Une infirmière salariée coordonne et organise les diverses interventions. Le service fonctionne 12 heures par jour, 365 jours par an. Les interventions peuvent avoir lieu dans les établissements sociaux d'hébergement. Leur réglementation date de 1981.

. Autres services sociaux

- Les municipalités ont développé d'autres services : foyers-restaurants, service de portage de repas à domicile, télé-alarmes ou ont subventionné des associations qui assurent de telles prestations

* prestation légale à laquelle s'ajoute une prestation facultative complémentaire selon les départements.

ou des aides plus ponctuelles (dépannage pour petits travaux à domicile, etc.). Les usagers en financent plus ou moins le fonctionnement selon leurs ressources.

- Des clubs, dits du 3ème âge, se sont multipliés depuis une vingtaine d'années afin de lutter contre l'isolement social. Ils sont gérés par des associations le plus souvent, parfois par la Mutualité, par des établissements. Leur financement provient d'une participation des usagers et de subventions locales.

- Des programmes de rénovation de l'habitat ont été rendus possibles par des primes ou des subventions de l'Etat (Ministère des Affaires Sociales et/ou Ministère du Logement) ou des caisses de retraite à la personne âgée ou à des associations gérant les travaux regroupées dans la Fédération Nationale de Protection, Amélioration, Conservation et Transformation (P.A.C.T.) de l'habitat. Dans tous les cas, le bénéficiaire doit avoir des ressources inférieures à un certain plafond.

L'aide est accordée pour mettre le logement en conformité avec les normes minimales d'habitabilité et économiser l'énergie, installer les équipements de confort et l'adapter aux besoins des handicapés physiques. Son montant est variable pouvant aller jusqu'à 2 800 F (subvention A.N.A.H. pour une personne handicapée).

. Information et participation des retraités et personnes âgées

- Des efforts d'information ont été entrepris visant à préparer la retraite, à faire connaître leurs droits et les services existants pour les retraités et les personnes âgées.

Des comités locaux puis départementaux ont été créés visant à faciliter la participation de la population âgée dans la définition des moyens de la politique départementale la concernant.

Des subventions de l'Etat ont facilité la mise en place de ces comités départementaux de retraités et personnes âgées (C.O.D.E.R.P.A.) comprenant les représentants des associations de retraités, des syndicats de travailleurs, des professionnels, des élus et placés sous la présidence du Commissaire de la République du Département. La décentralisation tend à transférer la responsabilité du Président du Conseil Général. Au niveau national un Comité de Retraités et Personnes Agées (C.N.R.P.A.) est un organisme

consultatif auprès du Ministre chargé des Personnes Agées pour la plupart des mesures concernant la politique de la vieillesse.

. Structures d'hébergement temporaire

Des établissements sociaux ont entrepris l'expérience d'hébergement temporaire pour une période plus ou moins longue (vacances de la famille, hiver rigoureux, etc.).

- Les professionnels des services sociaux destinés aux personnes âgées

Il s'agit essentiellement des aides ménagères, des infirmières et aides soignants des services de soins infirmiers à domicile.

. **Les aides ménagères** sont des salariées des centres communaux d'action sociale ou d'associations. Dans le premier cas, elles ont le statut de personnel communal ; dans le second cas, les conditions de rémunération et de travail sont fixées par une convention collective entre les fédérations d'employeurs et les syndicats sous réserve d'agrément ministériel. Cette convention propose une carrière sur quinze ans aux aides ménagères. L'Etat finance des actions de formation des aides ménagères. Il y a environ 100 000 aides ménagères, la plupart à temps partiel.

. **Les professionnels des services de soins infirmiers à domicile** sont des aide soignants et des infirmiers. Les premiers sont toujours salariés quel que soit l'employeur. Les seconds peuvent être salariés ou des libéraux passant convention avec l'organisme gestionnaire du service. Ces professionnels n'ont le plus souvent aucune formation particulière aux problèmes gérontologiques. Les services de soins à domicile emploient 1 400 infirmiers salariés et 3 500 aides soignants. Plus de 3 500 infirmiers libéraux ont passé convention avec un service de soins.

- Les recours aux établissements d'hébergement et aux services d'aide à domicile

. *Le tableau XIX* montre les effectifs des personnes âgées hébergées dans les établissements sociaux. Ils varient selon les

**TABLEAU XIX : Les établissements sociaux d'hébergement
pour personnes âgées (1984)**

TYPE ETABLISSEMENT	NOMBRE ETABLISSEMENTS	NOMBRE DE PLACES (milliers)	NOMBRE RESIDENTS (milliers)
HOSPICES ET MAISONS DE RETRAITE PUBLIQUES AUTOMOMES	1 200	101	86
SECTIONS D'HOSPICES ET DE MAISONS DE RETRAITE DES HÔPITAUX	680	119	
(dont lits de section de cure médicale) (S.C.M.)	/	(11,9)	216 à 241
MAISONS DE RETRAITE PRIVEES ET RESIDENCES	2 150	120	
(dont lits S.C.M.)	/	(34,0)	
FOYERS LOGEMENTS	2 150	110	88 à 97,5
(dont lits S.C.M.)	/	(1,7)	
TOTAL HEBERGEMENT (dont lits S.C.M.)		450 47,6	390 à 424,5

Source : MAS (40)

sources. On remarquera qu'il n'y a qu'un peu plus de 10 % de places de section de cure. Les places bénéficiant du forfait soins courants sont de l'ordre de 40 %.

. *Le tableau XX* montre les services d'aide à domicile. Les services d'aide ménagère effectuent 65 millions d'heures, ce qui correspond à une moyenne de deux heures et demie par semaine, par personne aidée. Il n'y a que 55 000 personnes qui bénéficient d'un service de soins infirmiers à domicile. Il est possible qu'un certain nombre de personnes reçoive les soins d'infirmiers libéraux. Quoiqu'il en soit, l'aide informelle de voisinage et des familles bien que non connue, doit être importante étant donné le nombre de personnes dépendantes vivant à domicile (au moins 500 000 personnes ont besoins d'être aidées pour s'habiller, cf. *tableau X B*).

Les primes ou subventions à la rénovation de l'habitat permettent l'amélioration d'environ 44 000 logements par an.

Il n'y a pas de données exhaustives concernant les autres services, étant donné qu'ils sont laissés à l'initiative locale.

. AVANTAGES EN ESPECES ET DEPENSES COLLECTIVES POUR LES DIFFERENTES PRESTATIONS

. Il s'agit essentiellement des pensions de retraite et de reversion aux conjoints survivants.

. Ceux qui ne peuvent prétendre à une pension suffisante bénéficient du minimum vieillesse.

. Il faut ajouter certaines prestations en espèces de l'Aide Sociale pour ceux qui ont des ressources insuffisantes tout en ne pouvant prétendre au minimum vieillesse (cas de certains handicapés). On peut en rapprocher des allocations logement.

- Les pensions de retraite

. Elles reposent sur le principe de l'assurance et de la répartition. Les régimes de retraite français sont avant tout des régimes

TABLEAU XX : Les services de maintien à domicile (1984)

SERVICE OU ACTION	NOMBRE DE SERVICES	BENEFICIAIRES	TARIF (Francs)
AIDE MENAGERE	4 000	510 000	56
SOINS INFIRMIERS	652	55 000	103
AMELIORATION DE L'HABITAT		44 000	7 000 à 14 000
AUTRES SERVICES :			
. Repas à domicile	?	?	
. Foyer-restaurant	4 000	?	
. Club	20 000	?	
. Aide aux vacances	?	?	
. Centre d'information	?	?	

Source : MAS (40)

contributifs : ils accordent des prestations en contrepartie d'un effort contributif des assurés pendant leur vie active. Les régimes sont financés par des cotisations assises sur les revenus du travail dans la limite d'un plafond. Dans les régimes de salariés, la part payée par l'employeur est prépondérante (62,3 % contre 37,7 % par le salarié). Il existe également un plafonnement de la durée d'assurance prise en compte dans le calcul de la pension (150 trimestres de cotisations dans le régime général). Ce plafonnement permet de financer une certaine redistribution des prélèvements à ceux qui n'ont pas contribué suffisamment : il existe un minimum de pension garanti sans conditions de ressources dans tous les régimes de ressources.

Les régimes redistribuent au cours d'une année les cotisations encaissées la même année sur les actifs sous forme de pensions aux retraités et aux conjoints survivants : c'est le principe de la répartition qui permet d'appliquer la solidarité entre les générations.

. Il existe de multiples régimes de retraite témoignant du non respect de l'objectif de régime unique fixé en 1945.

On peut néanmoins les regrouper en trois blocs de régime de base (*tableau XXI*) : celui du régime général des salariés de l'industrie et du commerce et le régime des salariés agricoles. Ces deux régimes sont gérés par deux organismes distincts : la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) et ses 16 caisses régionales pour le premier et la Mutualité Sociale Agricole pour le second.

Les cotisants et retraités et survivants qu'ils représentent et les prestations qu'ils servent en 1985 sont donnés dans le tableau XXI.

Le deuxième groupe est celui des régimes spéciaux des salariés comprenant environ 15 régimes. Les pensions de ces régimes constituent à la fois la pension de base et la pension complémentaire.

Le troisième groupe comprend essentiellement quatre régimes gérés par quatre réseaux distincts de caisses : la Caisse Autonome Nationale d'Assurance Vieillesse des Artisans (CANCAVA), les industriels et commerçants (ORGANIC), des professions libérales (CNAVPL) et la MSA qui gère le régime d'assurance vieillesse des exploitants agricoles.

TABLEAU XXI : Les régimes légaux de base d'assurance vieillesse et leurs prestations en 1985

REGIME(S) DE SECURITE SOCIALE	COTISANTS N (millions)	RETRAITES DIRECTES + SURVIVANTS N (millions)	PRESTATIONS (milliards de F.)	ORGANISME GESTION- NAIRE
. GENERAL	15	7	150 + 9,6*	CNAVTS
. SALARIE AGRICOLE				MSA
. SPECIAUX DE SALARIES (fonctionnaires, etc.)	4,2	2,7	154	DIVERS
. AUTOMOMES DE NON SALARIES : artisans, industriels et commerçants, professions libérale, exploitants agricoles	3,7	3,1	56,3 + 8,6*	CANCAVA ORGANIC CNAVPL MSA

* Contribution au minimum vieillesse.

Source : M.A.S. (41)

On remarquera que le nombre de retraites et pensions versées dépasse le nombre de retraités, une même personne pouvant recevoir une ou deux pensions de base selon son itinéraire professionnel.

. **Régimes complémentaires des salariés.** La loi, depuis 1946, a rendu obligatoires les retraites complémentaires. Les régimes sont le plus souvent créés par une convention collective de travail ou un accord de retraite conclu entre les partenaires sociaux (patronat et syndicat). Les régimes de retraite complémentaires sont autonomes, ils regroupent 15 millions de salariés ; il existe environ 390 institutions de retraite complémentaire où l'on peut individualiser deux groupes : l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC) gérant 60 caisses complémentaires et l'Association des Régimes de Retraites Complémentaires (ARRCO) gérant 112 institutions. Les retraites complémentaires atteignent près de 100 milliards de francs en 1985.

. **Les pensions de reversion.** Les survivants dans un couple perçoivent une pension de reversion dont le taux et les conditions de cumul avec les droits propres varient selon les régimes. Dans le régime général le taux de la pension de reversion est de 52 % de la pension directe.

- **Minimum vieillesse** (*tableau XXII*)

Pour les personnes âgées n'ayant pas de droits contributifs suffisants, un minimum vieillesse a été instauré en 1975. Il est constitué pour une part par une somme au moins égale à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (A.V.T.S.). Lorsque la pension contributive (ou de reversion) est inférieure au montant de l'A.V.T.S., un complément est pris en charge par le régime du pensionné de façon à l'atteindre ; il est accordé sans conditions de ressources. Pour ceux qui ne peuvent prétendre à une pension contributive (ou de reversion), une allocation spéciale de vieillesse (ou fonds des exclus) est accordée par l'aide sociale.

L'autre part est constituée par une allocation supplémentaire servie par l'Etat au titre du Fonds National de Solidarité, sous certaines conditions d'âge (65 ans en règle générale, 60 ans en cas

TABLEAU XXII : Avantages en espèces pour les personnes âgées (1984)

TYPE D'AVANTAGE	SOURCE DE FINANCEMENT	ORGANISME		
		COLLECTEUR DE FONDS	GESTIONNAIRE	PRESTATAIRE
PENSION DE RETAITE ET DE REVERSION DE BASE	Assurance : Cotisation vieillesse	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (URSSAF) département	Caisse primaire d'Assurance Maladie	
PENSION DE RETAITE COMPLEMENTAIRE	Assurance : Cotisation vieillesse	URSSAF	AGIRC - ARRCO etc.	
MINIMUM VIEILLESSE	Assurance + Impôt Etat	URSSAF + Etat	DDASS	Centre communal d'action sociale
AIDE SOCIALE AUX P.A. : ALLOCATION SIMPLE à DOMICILE ALLOCATION REPRESENTATIVE DE SERVICES MENAGERS	Impôt Etat Impôts locaux	Etat Département	DDASS Département	Centre communal d'action sociale
AIDE SOCIALE AUX PERSONNES HANDICAPEES : ALLOCATION POUR AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE	Impôts locaux	Département	Département	Centre communal d'action sociale
ALLOCATION LOGEMENT	Cotisation	URSSAF	Caisse d'Allocations Familiales	

* 1983.

Source : M.A.S. (42, 44)

d'inaptitude), de nationalité et de résidence, dans la limite d'un plafond de ressources autorisé. Son montant à taux plein était de 17 240 F en 1985.

Au 1.7.1985, le minimum vieillesse était de 30 470 F par an pour une personne seule et de 55 220 F pour un couple. Le F.N.S. a été servi à 1 530 000 personnes en 1985 *. Le minimum vieillesse est proche des pensions contributives les plus basses, ce qui tend à pénaliser les personnes qui ont travaillé toute leur vie avec de bas salaires.

- Prestations diverses (tableau XXII)

Certaines personnes âgées peuvent bénéficier de prestations d'aide sociale, soit destinées aux personnes âgées, soit destinées aux personnes handicapées (y compris âgées). Elles sont toutes soumises à des conditions de ressources. Elles sont financées par l'impôt. Ainsi l'Etat finance-t-il les allocations simples à domicile. Le département finance des allocations représentatives de services ménagers quand ces services sont en nombre insuffisant ; il finance également l'allocation pour aide d'une tierce personne pour les handicapés.

Les prestations sont servies par le centre communal d'action sociale.

. Une allocation logement peut être attribuée à une personne âgée sous conditions de ressources, par la Caisse d'Allocation Familiale. Elle lui permet de payer un loyer supérieur à ce que ne l'autoriseraient ses ressources. Quatre milliards six cents millions de francs ont été attribués par les Caisses d'Allocations Familiales à environ 750 000 bénéficiaires âgés.

. Incitations financières aux familles

L'hébergement d'une personne âgée par ses enfants donne droit à une déduction fiscale correspondant à une demi-part.

* Grâce à cette allocation, 20 % des personnes de 65 ans et plus ont vu leur revenu porté au minimum vieillesse.

- Les dépenses collectives selon le type de prestations

Elles figurent dans le *tableau XXIII* avec le nombre de bénéficiaires. Parmi les prestations en espèces, les pensions vieillesse et de reversion représentent, et de loin, les principales dépenses. Il faut souligner que le nombre de bénéficiaires de pensions n'est pas connu car une même personne peut recevoir plusieurs pensions (au 1er juillet 1983, 10 millions de pensions de retraite et 2 400 00 pensions de reversion étaient versées). Parmi les personnes de 60 ans et plus, environ une sur six est au Fond National de Solidarité.

Les dépenses de soins de santé représentent environ le quart des pensions. Les remboursements des caisses d'Assurance Maladie à la population âgée représentent 42 % des montants remboursés alors que la part des plus de 59 ans dans la population générale n'est que de 18,4 %. Ils témoignent d'une importante consommation médicale de la population âgée liée à trois facteurs principaux : augmentation des problèmes pathologiques avec l'âge, prédominance des maladies chroniques donnant lieu à des recours répétés, augmentation généralisée de la consommation médicale.

Parmi les dépenses de santé, la part de l'hospitalisation est très importante alors que les dépenses de l'Assurance Maladie spécifiquement consacrées aux personnes âgées atteignent seulement 5,5 milliards. Elles correspondent aux soins en long séjour, à la "médicalisation" des établissements sociaux et aux soins à domicile.

Les sommes allouées aux personnes aidées par des services ou institutions sociales sont nettement plus faibles, de l'ordre de 22 milliards (en incluant les allocations en espèces). Leur attribution individuelle est soumise en règle générale à de nombreuses conditions, en particulier de ressources. Les prestations diverses sont les services subventionnés par les municipalités (foyers-restaurants, repas à domicile, etc.).

TABLEAU XXIII : Les dépenses collectives selon le type de prestations

TYPE DE PRESTATION	MONTANT (Mds de F.)	BENEFICIAIRES OU UTILISATEURS
<u>PRESTATIONS EN ESPECES</u>		
. PENSIONS VIEILLESSE ET REVERSION (dont régime général)	422 (122,9)	? (1) (5 714 000)
. FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE	20,5	1 605 000
. ALLOCATION LOGEMENT	4,6	750 000
. ALLOCATION COMPENSATRICE	2,4	80 000
. ALLOCATIONS DIVERSES	0,2	/
<u>PRESTATIONS EN NATURE :</u>		
<u>INSTITUTIONS ET SERVICES SANITAIRES</u>		
. SOINS DE SANTE HOSPITALIERS	67,8	197 000/an (2)
. SOINS DE SANTE AMBULATOIRES	35,6	86 % (3) des 60 ans et +
. HEBERGEMENT EN LONG SEJOUR	0,7	50 000
. SOINS EN LONG SEJOUR	2,6	
<u>PRESTATIONS EN NATURE</u>		
<u>INSTITUTIONS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX</u>		
. HEBERGEMENT	4,4	160 000 (4)
. SOINS EN HEBERGEMENT	2,2	48 000 et 180 000 (5)
. AIDE MENAGERE	3,9	500 000
. SOINS A DOMICILE	0,7	55 000
. RENOVATION DE L'HABITAT	0,35	44 000
. DIVERSES	3,5	/

(1) Le nombre de bénéficiaires de pensions n'est pas connu.

(2) Il faut ajouter environ 45 000 personnes hospitalisées depuis plus de 6 mois.

(3) Il s'agit d'un recours dans l'année.

(4) Il s'agit des bénéficiaires de l'aide sociale, y sont inclus des personnes en service de long séjour.

(5) Le premier chiffre est le nombre de places en section de cure, le second celui des soins courants.

Année 1984. Source : MAS (45, 47)

TROISIEME PARTIE

- LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES POUR PERSONNES AGEES -

A cette approche purement descriptive de la population âgée et des services de soins et d'aide, il faut ajouter une approche plus analytique. Elle peut contribuer à faire comprendre le fonctionnement réel des services, leurs résultats et les obstacles rencontrés.

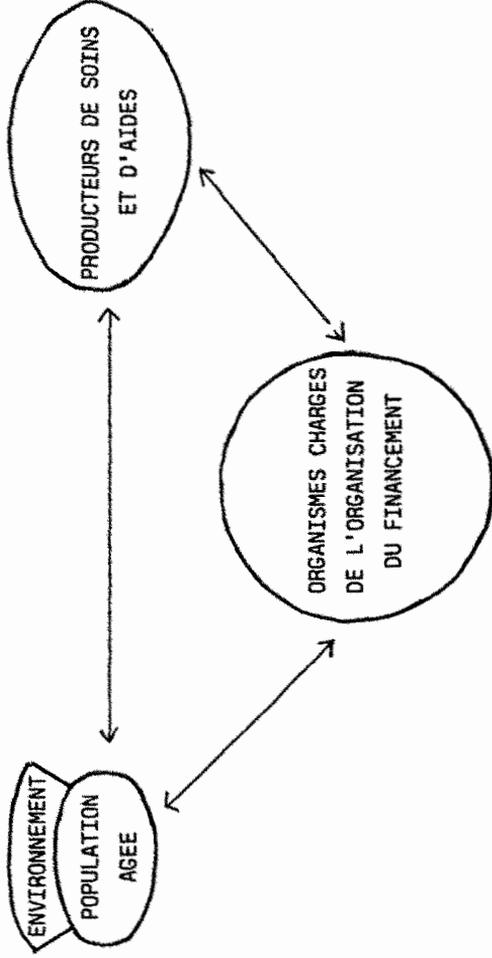
La population âgée dans son environnement, les producteurs de services, les organismes chargés de l'organisation et du financement ont des caractéristiques que l'on peut considérer comme des variables structurelles d'un véritable système (figure 6). Leurs inter-relations constituent les variables fonctionnelles de ce système.

Variation structurelles et fonctionnelles peuvent être regroupées sous le terme de facteurs internes du système. Ils s'opposent à des facteurs externes d'ordre socio-culturel, socio-politique, économique et technologique qui pèsent sur le fonctionnement du système de soins et d'aides aux personnes âgées.

L'ensemble des facteurs ou variables intervient dans le développement de la politique médico-sociale destinée aux personnes âgées et dans la mise en oeuvre des services au niveau de la clientèle âgée.

F. SOCIO-CULTURELS

F. TECHNOLOGIQUES



F. SOCIO-POLITIQUES

F. ECONOMIQUES

- CHAPITRE V -

LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SOINS ET D'AIDES AUX PERSONNES AGEES

On examinera successivement les variables structurelles concernant la population âgée, les producteurs de services, les organismes chargés de l'organisation et du financement et ce qu'elles génèrent au niveau des variables fonctionnelles (inter-relations entre les éléments du système), puis les principaux facteurs externes et leur impact sur le fonctionnement du système. On décrira quelques dysfonctionnements exemplaires.

. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION AGEE ET CONSEQUENCES SUR LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES

La population âgée se caractérise par son accroissement, et singulièrement des groupes les plus âgés, et par sa féminisation progressive avec l'avance en âge. En termes de problèmes de santé, s'observe un accroissement parallèle des maladies chroniques dégénératives avec une mention particulière pour les détériorations mentales. Les conséquences sont une augmentation des personnes invalides, d'autant plus qu'il s'agit d'une population féminine.

Replacée dans son environnement la population âgée de 75 ans et plus apparaît comme :

- vivant seule pour plus d'un tiers des ménages ; il faut cependant souligner que le support social de ces personnes est très mal connu, mais qu'il doit se mobiliser (si l'on rapproche les chiffres de personnes dépendantes de ceux bénéficiant de l'aide ménagère

- on voit que plus de la moitié des sujets dépendants ne sont pas bénéficiaires et sont donc aidés par l'entourage) ;
- ayant des conditions de logement inconfortables dans plus de la moitié des cas ;
 - ayant des ressources économique réduites au minimum vieillesse dans plus de 30 % des cas.

Ces caractéristiques environnementales sont liées à la fois :

- à la structure de la population âgée : prédominance de femmes très âgées donc vivant seules, dans des habitats anciens avec des ressources faibles car n'ayant pas travaillé longtemps ;
- à des facteurs externes d'ordre socio-culturel que nous envisageons plus loin.

Ces différents facteurs ont des conséquences dans les relations population-prestataires de services, population-organismes financiers.

La population âgée demande plus de soins de santé, en particulier du fait des maladies chroniques, et aussi des nouveaux services tels que les aides dans les activités de soins personnels, des gardes de nuit mais aussi des services pour améliorer le logement et rompre la solitude et l'angoisse.

Cette demande est traduite par les gérontologues, d'une part en besoins de soins globaux afin de permettre le maintien à domicile et d'autre part, en plus de souplesse dans l'ajustement des réponses et dans le passage des malades d'un service à l'autre, en fonction des problèmes complexes, variés et variables dans leur intensité.

Elle donne lieu en pratique, d'abord à une augmentation des consommations de soins hospitaliers et ambulatoires et aussi de médicaments, puis des recours aux institutions sociales et plus marginalement des recours aux services sociaux de maintien à domicile. Cette prééminence des recours aux soins médicaux est liée en partie à des facteurs internes tels que : le coût pour le consommateur, moindre pour les services de santé, la densité des services plus faible dans le secteur social, d'où une moindre connaissance et un moindre recours. Elle est liée aussi à des facteurs externes culturels tels que la médicalisation générale de la demande de santé et la médicalisation des problèmes du grand âge. Cette augmentation des recours pèse sur les dépenses de santé et sur les dépenses d'aide sociale des départements.

. CARACTERISTIQUES DES PRESTATAIRES DE SOINS ET D'AIDE ET CONSEQUENCES DANS LA DELIVRANCE DES SERVICES A LA POPULATION AGEE

Les prestations sont assurées par une multitude d'organismes et des professions auxquels s'ajoutent les aides apportées par l'entourage. Cette fragmentation est la principale caractéristique de la production de services.

Chaque organisme est administré séparément, a un statut variable (publique, privé non lucratif ou lucratif), relève d'une législation et de réglementations correspondantes (par exemple sanitaire ou sociale) qui définissent plus ou moins bien leur champ d'activité : type de clientèle, type d'aide ou de service ; par exemple pour les établissements sociaux ayant une section de cure médicale et les services hospitaliers de long séjour les textes réglementaires définissent les populations qui peuvent en bénéficier alors qu'il n'en est rien pour l'aide ménagère qui n'est pas une prestation légale.

Chacun est financé par des sources diverses, selon des procédures différentes : budget global pré-déterminé, forfait de référence, remboursement selon le nombre et/ou le type d'actes, selon la durée des soins (heure ou journée). La part à la charge des consommateurs varie selon le statut juridique du prestataire de même que les montants alloués par les différents financeurs collectifs.

Chaque profession a sa formation propre (juridique, médicale, sociale...), un statut variable (conditions d'exercice, activité reconnue ou non par la Sécurité Sociale...), ses modes d'exercice (libéral à son compte ou en groupe, salarié...), ses modes de rémunération (paiement à l'acte, salaire horaire, à la vacation, au mois...), son tarif de prestation qui implique une participation financière plus ou moins importante du consommateur.

L'ensemble des professions est peu formé à la gériatrie et à la gérontologie. En France, la gériatrie n'est pas une spécialité médicale mais cette discipline fait l'objet d'enseignement aux futurs généralistes et à certains spécialistes se destinant à des carrières hospitalières principalement dans les services de moyen et long séjour.

Il s'ajoute l'intervention de bénévoles souvent regroupés dans des organismes charitatifs ou des associations. Ce secteur fonctionne souvent avec des personnes peu formées aux problèmes de personnes âgées et selon des principes dépassés (d'après une revue des expériences britanniques et américaines (48) tel faire le bien par exemple. Ces principes tendent à renforcer le statut des prestataires aux dépens des bénéficiaires.

Cette fragmentation des organismes et cette multiplicité des professions ont des conséquences dans la délivrance des services et dans le fonctionnement des institutions, en particulier lors de l'attribution d'une prestation, l'admission dans un établissement ou le transfert d'une personne âgée d'un service à l'autre.

Les variations dans la définition des besoins des personnes âgées par les différents professionnels et gestionnaires en sont la première conséquence majeure.

Les professionnels, d'une façon générale, définissent les besoins en fonction de leur formation et de leur pratique, c'est-à-dire en fonction de leur capacité à fournir ou non ce qu'ils croient être la meilleure réponse à la demande de leurs clients.

Ainsi, les médecins généralistes, acteurs clefs du système de soins, sont peu formés à la médecine globale et au travail en équipe ; ils ont une mauvaise connaissance des autres professions et services, en particulier sociaux contribuant au maintien à domicile. On peut schématiser en disant que leur pratique montre qu'entre eux et l'hôpital il n'y a guère que le vide. Leur mode de rémunération à l'acte ne facilite pas la prise en charge de clients, consommateurs de temps (49). Il s'ensuit une tendance à "médicaliser" toute demande y compris celle d'ordre psychologique ou social par des prescriptions en particulier médicamenteuses. Lorsque cette solution leur paraît peu opportune ou insuffisante parce que le problème est plus global, ils usent de leur pouvoir discrétionnaire (50).

Celui-ci donnera lieu fréquemment à un recours à l'hôpital sous la pression des familles qu'ils veulent satisfaire et dans le but de se couvrir en assurant le maximum de sécurité à leurs clients. Ainsi les travailleurs sociaux habituellement mal coordonnés avec les médecins libéraux, formés à une pratique normative : les personnes âgées considérées comme dangereuses ou comme ne pouvant vivre dans des conditions d'inconfort ont souvent pour eux un besoin de placement en institution.

Les gestionnaires, d'une façon générale, définissent les besoins en se référant à des conditions réglementant l'attribution d'une prestation, telles que l'âge, les conditions de ressources, les caractéristiques de santé et les aides nécessaires définies de façon normative. Lorsque ces conditions sont incomplètes (cas de l'aide ménagère) ou ambiguës (cas des sections de cure médicale des institutions sociales et des services de long séjour hospitalier), les gestionnaires usent de leur pouvoir discrétionnaire en recourant à d'autres considérations telles que leur intérêt financier (mieux vaut prendre une personne dont les soins sont peu coûteux pour la somme allouée par le financeur) ou celui de leur personnel (mieux vaut ne pas avoir trop de personnes lourdement dépendantes) ou celui de leurs pensionnaires (mieux vaut ne pas avoir de personnes détériorées mentalement pour les pensionnaires indemnes mentalement).

La définition des besoins au sein d'une institution peut être partielle et/ou conflictuelle entre les différents acteurs.

Dans les services hospitaliers de court séjour, seuls les besoins de soins techniques sont habituellement pris en compte. Les autres besoins tels que ceux liés à l'organisation de la vie quotidienne sont en règle négligés d'où un traumatisme supplémentaire pour les personnes âgées psychologiquement fragiles, cause d'aggravation de leur état. Cette aggravation compromet leur retour à domicile et renforce la décision médicale de les transférer dans des institutions de suite (service de désencombrement, de moyen séjour). Ce nouveau transfert peut être aggravant d'où l'entrée définitive en institution de long séjour.

Dans les services de long séjour, certains médecins privilégient les besoins de soins techniques, certains soignants proches des personnes âgées privilégient la propreté et le calme de leurs malades (idéologie de gardiennage (51)) avec l'approbation des familles ; d'autres privilégient la rééducation et l'animation. Très rarement l'organisation matérielle comble la demande affective des pensionnaires apportée intuitivement par certains soignants.

L'ensemble des moyens nécessaires pour répondre à ces besoins sont en général en compétition avec ceux des autres services hospitaliers et les gestionnaires risquent de minimiser les besoins au profit de ceux des personnes plus jeunes recevant des soins plus techniques.

Dans les établissements sociaux, les gestionnaires oscillent entre garder ou transférer des pensionnaires anciens nécessitant des aides de plus en plus lourdes ; les personnels développent plus souvent un maternage aggravant la dépendance qu'une démarche facilitant l'autonomie des pensionnaires.

Une deuxième conséquence essentielle est d'ordre financier (52) : il s'agit de sommes apportées pour la prestation des services. D'une façon générale, quand les montants obtenus s'avèrent insuffisants aux yeux des gestionnaires, ceux-ci peuvent soit refuser l'admission de cas lourds (considérés comme coûteux), soit les transférer dans une autre institution, soit diminuer la qualité de leurs prestations, soit choisir des cas plus légers (moins coûteux). Tel est le cas en particulier des différences d'apport financier par l'Assurance Maladie pour prendre en charge les soins aux personnes dépendantes * : dans certains cas, l'Assurance Maladie finance l'intégralité des soins et de l'hébergement (par exemple en hôpital psychiatrique à l'exception d'un faible forfait journalier de 23 francs) et la pension de retraite continue à être perçue par le pensionnaire âgé ou sa famille ; dans d'autres pas, l'Assurance Maladie ne finance rien et la personne âgée se retrouve prise en charge par l'Aide Sociale départementale.

Entre ces deux extrêmes, l'Assurance Maladie alloue des forfaits différents pour le service de soins à domicile, la section de cure médicale, le service de long séjour sans que ces différences reposent sur des variations dans la sévérité de la dépendance ; le financement insuffisant des soins aux dépendants fait peser sur l'hébergement des charges indues qui généreront le recours à l'aide sociale ou inciteront à rechercher une solution hospitalière plus favorable financièrement pour la personne âgée et sa famille et pour le gestionnaire de l'établissement ou le service.

D'autres conséquences touchant la coordination jouent un grand rôle dans le fonctionnement des services et des aides. L'absence de flexibilité budgétaire pour la coordination des financements conduit à l'impossibilité de créer des services à financements multiples : l'exemple des centres de jour (53) est à cet égard révélateur. Le refus de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie d'apporter un financement partiel a conduit à l'échec de cette expérience : le VIème Plan prévoyait l'ouverture de 100 centres de

* Voir annexe.

jour, moins d'une dizaine ont ouvert et plusieurs d'entre eux ont dû rapidement fermer.

Les efforts pour promouvoir la coordination de la gestion des cas complexes ont donné lieu à la création de coordinateurs en 1981. Leur financement subventionné partiellement par l'Etat pour une brève période n'a pas été relayé par un financement local de sorte que la plupart des postes ont été supprimés. Dans l'ensemble, personne n'est capable de mobiliser l'ensemble des intervenants nécessaires pour résoudre les cas complexes faute de souplesse budgétaire et de liens de coopération entre les divers prestataires de service et aussi avec les associations de bénévoles et les aides apportées par l'entourage qui restent prédominantes (54, 55).

Au total, la multiplicité des organismes et des professions engagées dans la prise en charge des personnes âgées aboutit à des inadéquations dans l'attribution de prestations (55) et à des transferts de personnes âgées d'un service à l'autre. Il s'ensuit une mauvaise efficacité du système et des surcoûts.

- Des dysfonctionnements exemplaires

Une enquête effectuée sur les besoins en aides ménagères dans la région Ile-de-France (56) montre clairement que 35 % des 53 300 bénéficiaires n'en ont pas besoin (selon les critères d'incapacité fonctionnelle et de vivre seul) et qu'inversement, 21 % des 97 200 demandeurs non servis par cette prestation - et qui en ont besoin - ne l'obtiennent pas. De tels résultats soulèvent le problème des critères d'attribution de cette prestation - actuellement imprécis en dehors des conditions de ressources financières du demandeur - et aussi celui du devenir des demandeurs non satisfaits : ne risquent-ils pas d'être hospitalisés ?

Le service national du contrôle médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a effectué trois enquêtes sur les personnes âgées de 65 ans et plus (57) dans les établissements hospitaliers, sous forme d'une coupe transversale d'un jour. Ces enquêtes montrent que 38 % des 27 000 malades hospitalisés plus de 20 jours dans des services de court séjour ont une prolongation de la durée de séjour médicalement non justifiée et que 27 % et 40 % des personnes de l'enquête, hospitalisées respectivement en moyen séjour (65 000 sujets) et en Psychiatrie

(25 200) ne relèvent pas de telle structure. Il faut ajouter que le phénomène est particulièrement important dans les services de Médecine des hôpitaux locaux puisqu'il porte sur 48 % des 6 700 personnes recensées. Ces hospitalisations médicalement non justifiées conduisent à s'interroger sur les raisons qui y contribuent.

Une analyse des listes d'attente des établissements de Saône-et-Loire accueillant des personnes âgées a été effectuée par l'Inspection de la Santé et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (58). Elle a montré que près de 2 000 personnes vivant à domicile étaient inscrites sur au moins une liste d'attente, soit 1,4 % de la population âgée de 60 ans et plus. Cette population en attente représente 28 % du nombre de places occupées en institution. Il existe une variation importante, selon les arrondissements, de la proportion des personnes en liste d'attente dans un rapport de 1 à 2,5. Cette étude conduit à s'interroger sur les raisons de cette attente.

On a pu individualiser différents facteurs contributifs aux dysfonctionnements. Il soulève également le problème théorique de la signification de ces dysfonctionnements, en fonction des acteurs considérés et en particulier de savoir s'il s'agit vraiment de blocage des filières.

Dans le cas de l'aide ménagère, plusieurs facteurs peuvent contribuer à la mauvaise adéquation de ce service dans les réponses au besoin d'aide. Une mauvaise information des personnes âgées, des familles, voire des médecins sur les services apportés par l'aide ménagère peut être responsable d'une non demande bien qu'il y ait un besoin d'aide. Il peut en aller de même en cas de difficulté d'accès au service. La demande peut ne pas être satisfaite s'il y a une insuffisance quantitative de services ou une mauvaise utilisation de ceux existants, d'où saturation par des personnes n'ayant pas besoins fonctionnellement de ce service, aux dépens de celles qui en auraient plus besoin. Ce dernier cas de figure peut être lié à de mauvais critères d'attribution ou à un pouvoir discrétionnaire professionnel important (du prestataire ou du prescripteur).

On ne peut parler véritablement de blocage de filière car celle-ci n'existe pas vraiment mais plutôt de blocage du processus de recours à un service, ce processus allant du besoin ressenti à l'attribution du service. Les différentes étapes du processus peuvent alors être perturbées et le résultat sera un dysfonctionnement, dont

la signification diffère selon les acteurs considérés. Pour les personnes âgées, il y aura dysfonctionnement lorsque leur demande n'est pas satisfaite ; pour les épidémiologistes et les experts en Gérontologie, il y aura dysfonctionnement dans le processus lorsque le besoin, défini à partir de critères objectifs tels que l'incapacité fonctionnelle et le fait de vivre seul, n'est pas satisfait ; pour les gestionnaires on parlera de dysfonctionnement lorsqu'il y a mauvaise attribution de l'aide ; pour les financeurs enfin, le processus sera bloqué par une impossibilité d'assurer le financement.

En ce qui concerne l'utilisation inadéquate des établissements hospitaliers, deux cas sont à considérer ; le premier est celui d'une hospitalisation, le second celui d'une prolongation de séjour, l'une comme l'autre non justifiées médicalement. Dans le premier cas, les facteurs que l'on peut incriminer sont multiples : insuffisance quantitative mais aussi parfois méconnaissance ou mauvaise utilisation des services de soutien à domicile conduisant le médecin à orienter la personne âgée vers une structure hospitalière de court séjour, y compris les services de médecine de l'hôpital local (46 % des admissions sont directes) ; mauvaise préparation des professionnels de ville et de ceux des établissements sanitaires ou sociaux à faire face à la détérioration mentale et pression des familles pour faire admettre en Psychiatrie un patient âgé, détérioré mental, trop lourd à supporter quotidiennement doivent jouer dans les admissions directes en Psychiatrie non justifiées médicalement. Une incitation supplémentaire à cette solution est la prise en charge financière par l'Assurance Maladie et la possibilité pour la famille de percevoir la pension vieillesse.

Dans le second cas la prolongation de séjour est probablement liée à une saturation des places disponibles en établissement de long séjour sanitaire ou social (une enquête sur les facteurs d'hospitalisation en Aquitaine (59) l'illustre : la moitié des prolongations de séjour observées le sont pour cette raison). La stratégie des médecins hospitaliers pour dégager leurs lits actifs donne lieu à des transferts en service de moyen séjour, en service de Psychiatrie (20 % de transferts à partir du court séjour selon la CNAMTS) et à l'hôpital local (31 % des transferts proviennent de courts séjours), structure pas toujours adéquate pour répondre aux problèmes des personnes âgées.

La liste d'attente d'entrée en établissement d'hébergement semble liée en grande partie à l'insuffisance quantitative

d'équipements : les demandes sont d'importance inverse à celles de l'équipement en établissements accueillant les personnes âgées dans les différents cantons du département considéré. Il n'en reste pas moins vrai que le type d'établissement, ses conditions de confort, les soins qu'il peut offrir, sa tarification, sa localisation jouent dans le choix des personnes âgées et leur famille. Inversement certains établissements peuvent générer des listes d'attente en refusant des personnes qu'ils jugent trop dépendantes ou dégradées mentalement.

Faute d'enquête exhaustive sur les services rendus par les structures de soins et d'aides existantes sur les pratiques des organismes et des professionnels dans un secteur déterminé et sur les filières suivies par les personnes âgées dans ce secteur, il est extrêmement difficile d'incriminer clairement les manques de moyens et l'existence d'hospitalisation, de prolongation de séjour, de liste d'attente comme solution de substitution. On peut tout au plus souligner que des lits de long séjour, destinés à recevoir des personnes âgées détériorées mentalement, inexistantes en France (sauf à de très rares exceptions) sont considérés comme nécessaires par le service médical national de la CNAMTS pour un tiers des personnes âgées hospitalisées indûment en Psychiatrie.

Dans le cas des hospitalisations inadéquates, la signification des dysfonctionnements diffère selon les acteurs considérés : besoin non satisfait pour l'épidémiologiste, mauvaise utilisation de la structure pour le gestionnaire, surcoût pour le financeur. Il faut insister également sur la demande des familles qui devient besoin de la personne âgée par l'intermédiaire du pouvoir discrétionnaire du médecin. Dans le cas d'impossibilité de faire sortir de l'hôpital une personne âgée dont le séjour n'est plus médicalement justifié, on peut parler véritablement d'un blocage de la filière hospitalière. Ce blocage est particulièrement sensible pour le médecin hospitalier qui usera des stratégies de transfert pour le résoudre. Dans ces cas les transferts successifs deviennent risque d'aggravation de l'état de la personne âgée pour le gériatre, non satisfaction du besoin pour l'épidémiologiste, dépenses indues pour le financeur.

Dans le cas de liste d'attente il y a également blocage de la filière d'entrée directe en institution avec non réponse à la demande, que le besoin soit réel ou non. Il convient de s'interroger sur la signification exacte de ces demandes car des stratégies professionnelles ou de la part des personnes âgées et de leur famille

peuvent générer de faux blocages pour obtenir des moyens supplémentaires.

Deux points particuliers restent à examiner. Celui tout d'abord de la prise en charge des personnes âgées dépendantes par leur voisinage ou un établissement social non médicalisé : les soins qu'elles reçoivent sont très mal connus - et donc leurs besoins - faute d'enquêtes appropriées. C'est pourtant pour elles que les blocages des filières sont certainement les plus nombreux : demandes et besoins non satisfaits.

Celui ensuite des personnes âgées en section de cure médicale des établissements sociaux ou en service hospitalier de long séjour. Les problèmes de santé de ces deux populations sont souvent peu différents et c'est alors la filière suivie initialement qui paraît commander l'orientation vers l'une ou l'autre de ces structures : hospitalisation dans le cas du long séjour, hébergement en établissement social ou entrée directe dans le cas de la section de cure. Il faut ajouter que l'existence de l'une des structures plutôt que l'autre dépend souvent du choix fait par les administrateurs locaux lors de la transformation d'un ancien hospice ; ce choix a pu varier selon les préoccupations des Pouvoirs Publics (développement du long séjour dans un premier temps, des sections de cure dans un second) et les intérêts des gestionnaires étant donné les différences dans les sommes allouées forfaitairement pour les soins dans chacune de ces structures (40 % de plus en long séjour financés par l'Assurance Maladie). Ceci souligne la nécessité d'enquêter localement.

. CARACTERISTIQUES DES ORGANISMES CHARGES DE L'ORGANISATION ET DU FINANCEMENT DES SERVICES ET CONSEQUENCES DANS LA MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE MEDICO-SOCIALE DESTINEE AUX PERSONNES AGEES

La responsabilité de l'organisation des services et institutions et d'aides aux personnes âgées est également éclatée entre différentes autorités tant au niveau central que local.

On a vu, dans la deuxième partie, les différents départements ministériels impliqués et le rôle des Caisses Nationales de Sécurité Sociale du régime général. Il faut y ajouter les multiples caisses de retraite complémentaire qui ont toutes leur autonomie et leur propre politique. Au niveau local on a souligné le rôle du département et des municipalités par l'intermédiaire de leurs services.

Cette fragmentation concerne la législation et la réglementation générales des institutions et services, l'autorisation des nouveaux services et personnels, la détermination des tarifs pour les prestations, l'allocation des budgets aux organismes procurant les services.

Les responsabilités financières pour les différents types de prestations en nature (mais aussi en espèces) sont également partagées entre l'Etat, les caisses de Sécurité Sociale, l'Aide Sociale départementale. Il faut souligner que la plupart des organismes qui financent les services ne les fournissent pas directement.

La participation des retraités et des personnes âgées à la définition des politiques nationales a été instituée en 1981 avec la création du Comité National des Retraités et Personnes Agées. Comprenant des représentants des Associations de Retraités, les plus représentatives, des personnes qualifiées, le rôle de ce Comité est purement consultatif et sa saisine dépend du bon vouloir du ministre chargé de l'Action Sociale.

Ces caractéristiques structurelles des autorités administratives et financières ont des conséquences importantes dans le développement de la politique.

. Tout d'abord la politique spécifique destinée aux personnes âgées a été, depuis 15 ans, essentiellement incitative et impulsée par le Ministère chargé de l'Action Sociale dont les ressources financières et en personnels sont très faibles dans le secteur de la vieil-

lesse. Cette politique s'est trouvée en compétition avec les autres politiques incitatives prenant origine dans les secteurs de la santé et du logement. Ces secteurs qui poursuivent des objectifs destinés à des clientèles différentes produisent leur propre réglementation et ont leurs propres règles de financement. Elle s'est également heurtée aux caisses de Sécurité Sociale qui, jalouses de leur autonomie, ont développé leurs propres programmes (par exemple développement des maisons de retraite au cours du VIème Plan quinquennal de développement économique et social des années 1971-75, alors que l'administration de l'Action Sociale préconisait la priorité des services de maintien à domicile). Cette politique est également en compétition avec la stratégie des autorités financières (Budget et Direction de la Sécurité Sociale du Ministère des Affaires Sociales) pour contenir la progression des dépenses de santé et d'action sociale.

En outre, la politique du Bureau de la Vieillesse de la Direction de l'Action Sociale s'est heurtée au fonctionnement bureaucratique de l'ensemble des départements ministériels y compris les autres bureaux de la Direction de l'Action Sociale. Chaque bureau découpe le champ social en populations cibles auxquelles correspondent des prestations spécialisées pour satisfaire les besoins définis en termes de normes et de conditions d'attribution, gère sa population cliente en élaborant une réglementation normalisante. Ce faisant, chaque bureau est en concurrence avec les bureaux des autres administrations en charge de la même population. L'exemple de la transformation des hospices prévues par la loi sociale de 1975 illustre la concurrence entre le Bureau Vieillesse de la Direction de l'Action Sociale et du Bureau des établissements de moyens et longs séjour de la Direction des Hôpitaux pourtant dans le même Ministère. Chacun a élaboré sa réglementation, produit ses tarifications. En cas de conflits pour la transformation d'un hospice, un groupe de travail inter-ministériel tranchait en faveur de l'une ou l'autre solution qu'il proposait alors à la signature du ministre lui-même.

Les conséquences sont :

- un manque de cohérence et une grande complexité de la réglementation (par exemple le rapport de l'Intergroupe Personnes Agées chargé de la préparation du VIème Plan recommandait de ne pas scinder les secteurs social et sanitaire ; la loi sociale de 1975 ignorant ces recommandations institutionnalisait la dichotomie entre

les équipements relevant de chacun de deux secteurs). Autre exemple, les nuances difficiles à saisir dans la définition des populations relevant de la section de cure (perte d'autonomie et nécessité de traitement d'entretien) ou du service de long séjour (perte d'autonomie et nécessité de surveillance médicale constante) ;

- l'impossibilité d'imposer ou même de négocier une politique globale et coordonnée permettant de redistribuer les fonds et les personnels des secteurs hospitaliers vers de véritables services de maintien à domicile. Même quand le secteur des personnes âgées avait à sa tête un Secrétaire d'Etat spécifique, il s'est trouvé dans l'impossibilité de développer des alternatives à l'hospitalisation ; tout au plus, a-t-il pu dans un premier temps développer notablement les services infirmiers de maintien à domicile générateurs de coûts supplémentaires pour l'Assurance Maladie. Ces coûts supplémentaires ont très vite été freinés par les autorités chargées du financement qui ont dans un second temps refusé la création de nouveaux services sauf à "gager" leurs personnels sur les personnels des établissements hospitaliers ;

- des déséquilibres dans la répartition des ressources : les institutions les plus fortes tels que les hôpitaux pour des raisons socio-culturelles (la santé médicalisée), historiques et institutionnelles (le poids des directeurs d'hôpitaux et du corps médical) bénéficient d'une concentration de moyens et de ressources financières aux dépens des établissements sociaux (moins nobles et dont les personnels sont moins écoutés) et surtout des services sociaux ambulatoires dont l'histoire est plus récente et qui surtout sont traditionnellement destinés aux personnes les plus pauvres.

Ainsi, observe-t-on la faiblesse des places médicalisées n'atteignant qu'un peu plus de 10 % du parc des établissements sociaux. On peut y ajouter les quelques 50 000 places en service de long séjour et en rapprocher les quelques 43 000 places occupées depuis plus de six mois par des personnes âgées hospitalisées.

En ce qui concerne les services d'aide à domicile, l'aide ménagère connaît certes une extension notable mais la population éligible n'est pas connue et la moyenne d'heures attribuées par personne servie n'est que de trois heures par semaine. Seule une personne très dépendante sur dix (besoin d'aide quotidienne) bénéficie des services de soins infirmiers à domicile. La rénovation de

l'habitat dépend de seuls crédits incitatifs ce qui fait que seulement 5 % des logements à rénover le sont annuellement.

- des inégalités dans les conditions de prise en charge financière par les différents services. En particulier dans le cas des personnes âgées dépendantes, la prise en charge et plus fonction du statut juridique de l'établissement ou du service que de la densité de l'aide nécessaire.

Au total, l'organisation et le financement des services de soins et d'aide aux personnes âgées étant le fait d'organismes bureaucratiques multiples agissant à différents niveaux territoriaux rendent extrêmement malaisés la mise en oeuvre d'une politique globale et les redéploiements des moyens d'un secteur à l'autre.

. LES FACTEURS EXTERNES QUI PEUVENT AFFECTER LE SYSTEME DE SOINS ET D'AIDES AUX PERSONNES AGEES

La situation économique se caractérise depuis maintenant près de 15 ans par un ralentissement de la croissance économique qui tend à faire réduire la proportion des ressources financières consacrées aux services de santé et aux services sociaux par rapport au Produit National Brut. Ces contraintes financières rendent très difficile l'expansion des moyens consacrés aux problèmes médico-sociaux des personnes âgées sans qu'il y ait redéploiement à partir de secteurs mieux pourvus tels que celui des hôpitaux ou sans qu'il y ait diminution de la protection sociale. Il se surajoute un accroissement continu du nombre de chômeurs ce qui tend à faire retirer précocement du marché du travail un grand nombre de travailleurs vieillissants à partir de 58, voire 55 ans dans certains secteurs industriels. Il s'ensuit un accroissement de personnes pensionnées, des dépenses supplémentaires de protection sociale d'autant plus importantes que le nombre des actifs cotisants stagne voire diminue.

Mais l'amélioration générale des conditions de vie réalisée depuis 1950 profite globalement au groupe des 60 ans et plus qui sont de mieux en mieux logés.

L'organisation socio-politique du pays a également une importante incidence. La constitution de la Vème République a renforcé le pouvoir de l'exécutif et donc de la haute administration chargée de la gestion centrale. Ce pouvoir renforcé de ce que certains appellent la techno-structure conduit à une vision très juridique des besoins définis de façon bureaucratique en termes de normes administratives (ratio de lits ou de services pour 1 000 habitants, etc.).

La décentralisation de l'Action Sociale maintenant conférée aux départements (60) renforce la dichotomie entre le secteur sanitaire et le secteur social et rend encore plus difficile la pratique de soins globaux et coordonnés.

De nombreux facteurs socio-culturels pèsent sur le système de soins et d'aides aux personnes âgées.

L'absence de maladie reste la conception dominante de la santé et le modèle Pastorien celui de la maladie (61). Il en résulte :

- la médicalisation des problèmes du grand âge puisque les personnes très âgées sont presque toutes atteintes de maladies chroniques ;
- le développement des soins techniques à visée curative quel qu'en soit le coût et l'efficacité (faute de procédures d'évaluation de l'efficacité des techniques et des pratiques) ;
- des moyens financiers dévolus en priorité à la lutte contre la maladie et non pas à la lutte contre l'invalidité.

A la vieillesse se substitue la notion de 3ème âge autonome qui transfère les responsabilités de la vie quotidienne de la famille à l'individu âgé. Si un tel fait est positif pour les jeunes retraités, il rend malaisé le maintien de l'autonomie des personnes très âgées si elles ne sont pas aidées par leur entourage.

La définition du 3ème âge et la médicalisation des problèmes du grand âge font que la vieillesse est considérée involontairement comme s'écartant des normes sociales. Il en résulte une angoisse devant les conséquences du vieillissement (et la mort) des parents et un refoulement de ce processus qui poussent à la mise en institution des gens très âgés plus ou moins dégradés (62).

Des changements importants ont lieu dans les relations entre générations. Les familles sont réduites aux parents et jeunes enfants ou adolescents ; les femmes sont de plus en plus actives profession-

nellement ; la mobilité géographique des générations s'accroît : migrations de retraite vers le littoral et les zones du Midi, migrations des actifs vers les villes laissant certains vieux dans les zones rurales et migrations des actifs vers les banlieues laissant les personnes âgées au centre des grandes villes.

Et pourtant le rôle du voisinage reste essentiel étant donné les faibles moyens professionnels mis en oeuvre dans le maintien à domicile face à l'importance numérique des personnes âgées ayant besoin d'aide. Il reste que cette aide informelle est très mal connue en France et que des enquêtes appropriées sont indispensables.

Des facteurs technologiques jouent enfin un grand rôle. D'une part, les soins de haute technicité prédominent du fait des innovations incessantes incontrôlées ; d'autre part, les progrès des techniques permettent de développer des formes de soins alternatifs tels que les hôpitaux de jour par exemple, des soins techniques à domicile (assistance aux grands insuffisants respiratoires par exemple) et peuvent faciliter la surveillance des personnes âgées à domicile, source de sécurisation et de moindre recours aux établissements.

- ANNEXE AU CHAPITRE V -

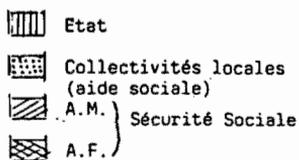
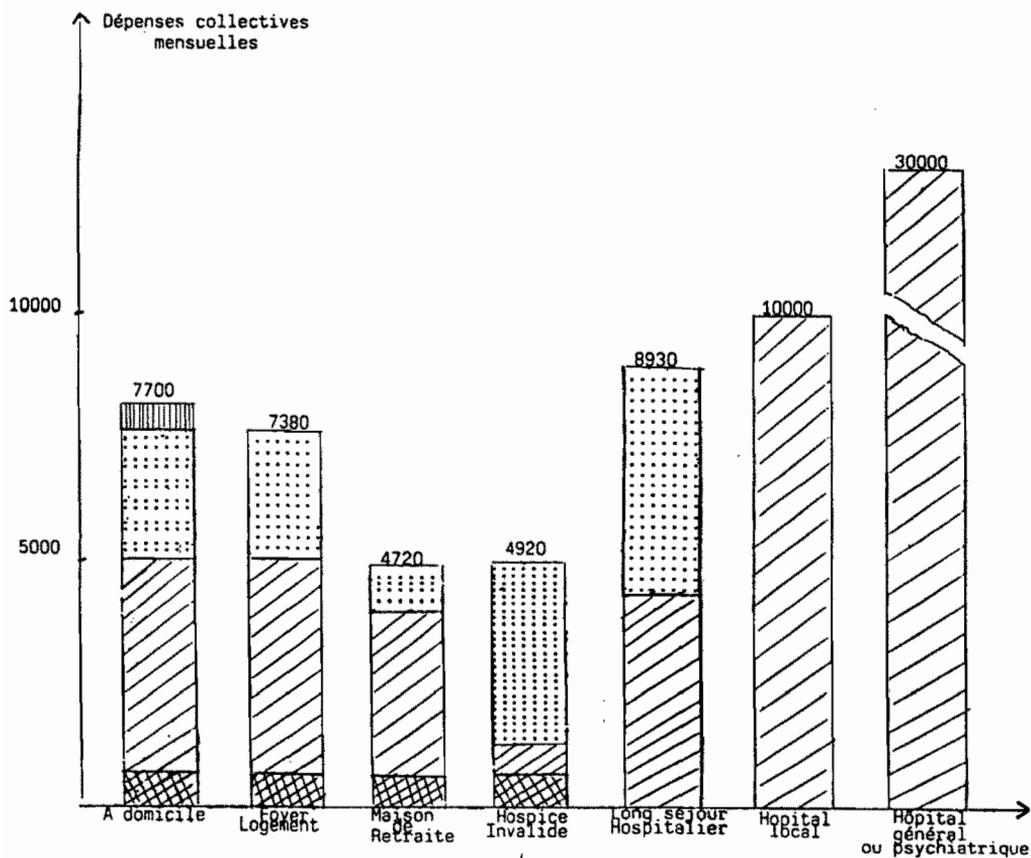
**COMPARAISON DES DEPENSES COLLECTIVES
POUR UNE PERSONNE AGEE DEPENDANTE
SELON LE LIEU DE VIE (52)**

Etant donné que les disparités financières les plus importantes concernent la prise en charge de la dépendance, nous avons calculé les sommes allouées par la collectivité pour une personne dépendante et leur répartition entre les différents financeurs, en fonction du lieu de vie de cette personne. Nous avons estimé, de façon théorique, que cette personne requérait une aide ménagère (une heure par jour), une aide quotidienne pour les soins d'hygiène, du matériel hygiénique, trois séances de kinésithérapie d'entretien par semaine. Afin de neutraliser les conditions d'attribution liées aux ressources financières nous avons choisi le cas d'une personne percevant le minimum vieillesse et vivant seule.

Les montants sont calculés pour l'année 1984, en utilisant les prix de journée moyens d'hébergement dans les différentes institutions sociales ou d'hospitalisation en Médecine à l'hôpital local ou en Psychiatrie (Ministère des Affaires Sociales, 1986), les forfaits de soins établis annuellement par le Ministère des Affaires Sociales (M.A.S., 1986), la moyenne des remboursements de soins ambulatoires à une personne âgée (C.N.A.M., 1983), le coût moyen d'une heure d'aide ménagère.

La figure 7 illustre l'importance des variations entre les coûts totaux et les sommes supportées par chacun des financeurs. Les solutions hospitalières sont les plus coûteuses mais correspondent à une mauvaise utilisation d'un hôpital "d'aigus".

Figure 7 : Comparaison des dépenses collectives par source de financement selon le lieu des prestations



Les services de long séjour sont les seules institutions procurant l'ensemble des soins de santé à une personne invalide, outre la pension.

Dans une maison de retraite ou un hospice, le coût est bien moindre mais probablement à cause du faible niveau des soins et des conditions de confort.

A domicile et en foyer-logement, le coût pour la collectivité est assez équivalent : la prise en charge des personnes dépendantes requiert l'intervention de nombreux praticiens et services, ce qui rend très difficile la coordination des soins.

Les charges de l'Assurance-Maladie sont celles qui varient le plus, essentiellement pour deux raisons. La première est que la pension est payée par l'Assurance-Maladie, à l'hôpital ; la seconde et que les sommes allouées pour faire face à la dépendance varient considérablement. Ces variations sont dues au statut juridique du prestataire et non à la densité des aides nécessaires à la personne âgée invalide. Le choix d'un forfait soins de référence dont la valeur est fixée chaque année par l'Etat accroît la rigidité : les différences entre les forfaits soins de section de cure médicale, de longs séjours sont loin d'être justifiées par des différences de besoins liées à des degrés divers de dépendance des populations prises en charge.

Quant les sommes allouées par l'Assurance Maladie sont très faibles (cas des hospices) ou insuffisantes pour les services procurés (cas des longs séjours hospitaliers), de lourdes charges de soins pèsent dans le coût de la pension, et donc sur l'aide sociale départementale (figure 7). Le même phénomène se produit à un degré moindre du fait d'un non financement spécifique de l'aide ménagère dans les maisons de retraite, les hospices et les services de long séjour.

Le tableau XXIV montre plus précisément les montants correspondants aux différentes prestations et leur répartition entre les différents financeurs. Les variations dans la contribution de l'Assurance-Maladie dans la prise en charge de la dépendance sont nettement visibles retentissant lourdement sur les dépenses de l'aide sociale.

Les soins d'une personne dépendante coûtent 5 530 francs par mois (6 430 francs en cas d'allocation pour tierce personne) à

**TABLEAU XXIV : Comparaison des dépenses collectives
selon le lieu de prestation des soins
(personne âgée invalide touchant le minimum vieillesse)
1984**

PRESTATIONS	LIEUX DES PRESTATIONS				
	A DOMICILE	FOYER LOGEMENT	MAISON DE RETRAITE	HOSPICE (S. INVALIDE)	LONG SEJOUR HOSP.
<u>SECURITE SOCIALE</u>					
50 % MINIMUM VIEILLESSE	(1 200)	(1 200)	(1 200)	(1 200)	(1 200)
ALLOCATION LOGEMENT	550	550	550	550	/
REMBOURSEMENT					
- Soins ambulatoires	850	850	150	150	/
- Biens médicaux	450	450	250	450	/
FORFAIT SOINS :					
- S. infirmiers à domicile	3 130	3 130	/	/	/
- Section de cure	/	/	2 550	/	/
- Long séjour	/	/	/	/	4 240
SOINS HOSPITALIERS	/	/	/	/	/
<u>ETAT</u>					
50 % MINIMUM VIEILLESSE	(1 200)	(1 200)	(1 200)	(1 200)	(1 200)
SUBV. AMELIORATION LOG.	470	/	/	/	/
<u>COLLECTIVITES LOCALES</u>					
AIDE MENAGERE	1 500	1 500	/	/	/
ALLOCATIONS 1/3 PERS.	ou 2 400	ou 2 400	240	240	/
REPAS	750	750	/	/	/
LOYER	/	ou 750	/	/	/
PENSION	/	/	690	3 240	4 400
ARGENT DE POCHE	/	/	290	290	290
TOTAL FRANCS PAR MOIS	7 700 ± 900	7 380 ± 900	4 720	4 920	8 930

**TABLEAU XXIV : Comparaison des dépenses collectives
selon le lieu de prestation des soins
(personne âgée invalide touchant le minimum vieillesse)
1984 (Suite)**

PRESTATIONS	LIEUX DES PRESTATIONS		
	HOPITAL		
	LOCAL	GENERAL (MEDECINE)	PSYCHIATRIQUE
<u>SECURITE SOCIALE</u>			
50 % MINIMUM VIEILLESSE	(1 200)	(1 200)	(1 200)
ALLOCATION LOGEMENT	/	/	/
REMBOURSEMENT			
- Soins ambulatoires	200	/	/
- Biens médicaux	/	/	/
FORFAIT SOINS :			
- S. infirmiers à domicile	/	/	/
- Section de cure	/	/	/
- Long séjour	/	/	/
SOINS HOSPITALIERS	9 800	31 000	27 000
<u>ETAT</u>			
50 % MINIMUM VIEILLESSE	(1 200)	(1 200)	(1 200)
SUBV. AMELIORATION LOG.	/	/	/
<u>COLLECTIVITES LOCALES</u>			
AIDE MENAGERE	/	/	/
ALLOCATIONS 1/3 PERS.	/	/	/
REPAS	/	/	/
LOYER	/	/	/
PENSION	/	/	/
ARGENT DE POCHE	/	/	/
TOTAL FRANCS PAR MOIS	10 000	31 000	27 000

domicile ou en foyer-logement et comprennent aide ménagère et soins infirmiers à domicile. En maison de retraite, ces mêmes soins peuvent coûter jusqu'à 3 000 francs par mois, incluant l'allocation pour tierce personne (rarement attribuée), l'ensemble des soins contenus dans le forfait section de cure (les interventions des kinésithérapeutes sont rares car le forfait est insuffisant pour les rétribuer). En hospice, la dépendance ne "coûte" plus que 450 francs (matériel hygiénique et allocation pour tierce personne), ce qui revient à faire peser sur l'aide sociale le financement des soins. En hôpital de long séjour, enfin, en admettant que le coût des soins de dépendance représente 90 % du coût total des soins, les montants correspondants atteignent environ 3 800 francs par mois. De lourdes charges pèsent sur l'aide sociale du fait de plusieurs facteurs : impossibilité d'obtenir l'allocation logement ; contribution insuffisante de l'Assurance Maladie ; absence de financement spécifique de l'aide ménagère ; possibilité d'imputation de dépenses d'amortissement d'équipements de services d'aigus du centre hospitalier auquel le service de long séjour est attaché.

En bref, la prise en charge de la dépendance est particulièrement inéquitable financièrement. Cette situation ne semble pas propre à la France et plusieurs auteurs étrangers (aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne) ont souligné les inadéquations dans le système des soins délivrés aux personnes âgées.

. Conséquences des inégalités dans la prise en charge financière de la dépendance et quelques propositions pour y remédier

La fragmentation du financement est une incitation, pour chaque financeur, à réduire ses dépenses. L'Assurance Maladie et ses tutelles, Ministères du Budget et des Affaires Sociales, ont une politique générale de réduction de l'accroissement des dépenses de santé ; dès lors elle refuse de payer des sommes importantes pour les soins aux personnes âgées invalides et s'efforce de faire supporter une part des coûts par les personnes âgées ou l'aide sociale. D'une autre côté, les Conseils Généraux qui déterminent les forfaits journaliers d'hébergement dans les institutions sociales de statut public, refusent de payer des sommes importantes avec les pro-

grammes d'aide sociale, qui retentissent sur les finances du département et s'efforcent de rejeter le coût des soins des personnes sévèrement invalides sur l'hôpital, c'est-à-dire sur l'Assurance Maladie.

Les gestionnaires (qui procurent des soins financés par d'autres) peuvent répondre différemment aux incitations ou aux dissuasions d'ordre financier auxquels ils sont confrontés. D'une façon générale, quand les sommes qu'ils peuvent obtenir des différents financeurs s'avèrent insuffisantes à leurs yeux, ils peuvent soit refuser l'admission de cas lourds (ou les transférer dans une autre institution), soit diminuer la qualité de leurs prestations, soit choisir des cas plus légers.

Les différences dans les sommes à la charge des personnes âgées les incitent à choisir des types d'institutions pas toujours appropriées à leurs besoins mais peu coûteuses pour elles ou leurs familles.

Cet ensemble explique le blocage des flux de personnes âgées invalides vivant à domicile ou hospitalisées en court séjour vers les institutions sociales ; il en résulte aussi des listes d'attente pour les services de long séjour et des transferts des institutions sociales vers les hôpitaux et quant cela est possible, vers les hôpitaux de long séjour.

Globalement le système de soins aux personnes âgées dépendantes apparaît dès lors peu efficace et peu efficient, ce dont témoigne la présence de clients dans des types d'institutions peu appropriées à leurs besoins alors que d'autres pour lesquelles ces institutions seraient utiles ne peuvent y avoir accès.

Les conséquences de ces blocages tarifaires sont insuffisamment étudiées pour une recherche sur les blocages de filières de soins utilisées par les personnes âgées, telle que celle initiée par le Comité d'Actions Concertées "Health Service Research" de la C.E.E. apportera plus de lumière sur leur réalité.

La multiplicité des sources de financement et des organismes assurant la distribution des soins, rend difficiles les tentatives de redéfinition de leurs responsabilités. Il n'en paraît pas moins nécessaire de suggérer quelques changements dans les règles de financement du système de soins aux personnes âgées dépendantes.

Deux principes doivent présider à toute réforme tarifaire : assurer le maximum d'efficacité, c'est-à-dire fixer des montants financiers fonction des besoins d'aide et les rendre indépendants du lieu où la prestation est servie ; définir clairement les responsabilités en matière financière. Ainsi à la charge de l'Assurance-Maladie devraient revenir tous les soins y compris ceux d'hygiène mais aussi l'amortissement des équipements et des locaux de soins. Le financement de l'aide ménagère devrait être unifié et confié à un seul financeur. L'hébergement et l'entretien doivent rester à la charge des personnes âgées.

Les sommes forfaitaires allouées pour les soins à une personne dépendante devraient être fonction de la charge de travail, c'est-à-dire du temps d'aide nécessaire dans l'accomplissement des fonctions de la vie quotidienne (des temps moyens servant alors de référence) et non plus du statut juridique de l'établissement où sont donnés les soins ; la somme prévue pour les temps de déplacements à domicile ne devrait pas être intégrée au forfait. Une allocation d'aide ménagère forfaitaire devrait être attribuée au résident invalide pour compenser l'augmentation des tâches ménagères provoquées par la dépendance, en fonction des ressources de la personne âgée.

Les prix d'hébergement devraient être voisins et compatibles avec les ressources des personnes âgées. Celles-ci peuvent être augmentées par les allocations logements, quel que soit le lieu d'hébergement, et lorsque la personne âgée est propriétaire d'un logement inoccupé par des solutions mobilisant ce capital. L'hébergement définitif en établissement hospitalier devrait donner lieu à un paiement par le pensionnaire d'un prix voisin de celui qu'il paierait en établissement social, la personne âgée bénéficiant des mêmes allocations. La recherche d'éléments de confort supplémentaires n'est plus de la responsabilité de la collectivité mais est laissée à la responsabilité de chacun.

Ces propositions purement tarifaires devraient, si elles étaient mises en oeuvre, offrir des réponses plus adaptées aux besoins des personnes dépendantes et lever les barrières qui conduisent à rechercher des solutions peu efficaces et très coûteuses. Elles mettraient fin dans notre pays à l'une des situations les plus inégalement dans la prise en charge des problèmes de santé.

CONCLUSION

En France, depuis environ 25 ans, à la vieillesse s'est substituée la conception du 3ème âge tournée vers l'autonomie et la participation à la vie sociale. Cette conception a donné lieu à la politique visant à favoriser le maintien à domicile à partir de 1970 ; mais elle a aussi contribué à refouler la vieillesse vers le grand âge où les risques de dépendance pour les activités de la vie courante augmentent, à donner de la vieillesse une image purement négative où elle se confond avec la maladie incurable dont il faut s'occuper en institution. Il s'ensuit tout naturellement l'idée des limites du maintien à domicile et la nécessité d'adapter des établissements d'hébergement aux problèmes soulevés par la polyopathie et la dépendance des personnes dites du 4ème âge en particulier du fait de détérioration mentale. Il y a là une conception très mécanique de la fin du cycle de la vie qui se centre sur la réponse aux besoins biologiques aux dépens de la réponse aux besoins affectifs qui voudrait que la personne âgée reste dans son cadre habituel jusqu'à la fin de ses jours.

Cette politique médico-sociale à deux volets - le maintien à domicile et l'hébergement médicalisé - se voulait au départ globale et coordonnée. Elle s'est heurtée à l'impossibilité d'intégrer d'autres politiques sectorielles, au poids des institutions existantes et des logiques professionnelles, et plus récemment à une raréfaction des moyens financiers.

Il s'en est suivi un développement au coup par coup sans que personne n'ait la possibilité de mettre en oeuvre des moyens capables de répondre aux objectifs initiaux, d'où la fragmentation des prestations.

Il s'en est suivi également un développement par addition de services et non par redéploiement des moyens des institutions bien pourvues et corporatistes vers de nouveaux services. D'où le maintien d'un système déséquilibré au profit du sanitaire et des institutions, aux dépens du social et de l'ambulatoire. Il en résulte que la politique du maintien à domicile n'est qu'une annexe de la politique d'assistance traditionnelle aux vieux pauvres et que la médicalisation des établissements d'hébergement n'est qu'une sous-médicalisation, incapable en outre de répondre aux problèmes affectifs du grand âge. L'ensemble est ainsi la source de nombreux dysfonctionnements et de réponses inadéquates aux problèmes médico-sociaux des personnes âgées et singulièrement des plus âgées.

L'éclatement des financements, les inégalités tarifaires contribuent actuellement à de nombreux dysfonctionnements. Il nous paraît nécessaire d'individualiser un financement spécifique légal pour le grand âge afin d'éviter le déséquilibre des contributions de l'Assurance Maladie vers les soins techniques coûteux, aux dépens de la prise en charge de la dépendance.

La neutralisation de la tarification des prestations, quel que soit le lieu de vie, en tenant compte des ajustements nécessaires lorsque le prestataire doit se déplacer par exemple, est tout aussi indispensable pour éviter des perversions dans les filières de soins et d'aides aux personnes âgées. Faute de quoi, les personnes âgées se retrouveront ballottées entre les secteur social et l'hôpital, entre celui-ci et l'établissement d'hébergement dont la fonction implicite est souvent le désencombrement du service hospitalier.

La décentralisation, en recentrant l'action gérontologique entre les mains des autorités départementales, peut être l'occasion d'une véritable planification gérontologique locale. Elle seule est capable de saisir la complexité et la multiplicité des problèmes, d'analyser les besoins d'aides, de dégager les priorités, de mettre en oeuvre des programmes adaptés et d'en évaluer le coût et l'efficacité. Encore faut-il qu'elle soit capable de négocier avec les autorités responsables du secteur sanitaire dont la séparation d'avec le social est aggravée par la nouvelle répartition des compétences. Encore faut-il, pour qu'elle existe véritablement, le recours à une méthodologie rigoureuse et la prise en compte des forces socio-politiques locales, des logiques bureaucratiques et professionnelles.

- ANNEXE GENERALE -



PRINCIPAUX RAPPORTS
TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

. RAPPORTS

- Politique de la vieillesse. - Rapport de la **Commission d'Etudes des Problèmes de la Vieillesse**, présidée par P. LAROQUE, Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille. - Documentation Française Editeur 1962, 438 p.

- **Commissariat Général au Plan**

- . Problèmes relatifs aux personnes âgées. - Rapport de l'intergroupe Personnes âgées, présidé par N. QUESTIAUX pour la préparation du VIème Plan (1971-1975). - Documentation Française Editeur 1971, 335 p.

- . Rapport de la Commission Vie Sociale. - Préparation du VIIème Plan (1976-1980). - Documentation Française Editeur 1976, 134 p.

- . Vieillir demain. - Rapport du groupe de travail présidé par R. LION pour la préparation du VIIIème Plan (1981-1985). - Documentation Française Editeur 1980, 270 p.

- . Vieillir solidaires. - Rapport de la Commission sur la solidarité entre générations face au vieillissement démographique, présidée par L. TABAH. - Documentation Française Editeur 1986, 238 p.

- Conseil Economique et Social

- . BENOIST D. - Les problèmes médicaux et sociaux par les personnes âgées dépendantes. - Rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social, Paris 1985.

- Assemblée Nationale

- . ARRECKX. - L'amélioration de la qualité de la vie des personnes âgées dépendantes, Paris 1979, 182 p.

- Ministères

- . Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. - Consultations sur les problèmes d'action sociale en faveur des personnes âgées. - Rapport du colloque présidé par M. DIENESCH, Paris 23-27 juin 1969, 169 p.
- . Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. - Soins aux personnes âgées. - Rapport du groupe de travail par R.M. VAN LERBERGHE et S. PAUL, 1980.
- . Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale - Secrétariat d'Etat chargé des Personnes Agées. - Dossiers constats et Rapports de groupes de travail. - Assises Nationales des Retraités et Personnes Agées, 28 mars - 1er avril 1983, Comité Français d'Education pour la Santé Editeur, Paris 1983.

. TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi n°78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions des deux lois précédentes et portant désignation à titre temporaire pour certains établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier.

- Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.
 - Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.
 - Décret n°72-1078 du 6 décembre 1972 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier.
 - Décret n°77-1289 du 22 novembre 1977 relatif aux créations de sections de cure médicale, modifié par le décret n°81-449 du 8 mai 1981.
 - Décret n°78-477 du 29 mars 1978 relatif à la prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées.
 - Décret n°80-284 du 17 avril 1980 relatif aux classements des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier.
 - Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.
 - Décret n°82-697 du 4 août 1982 instituant un Comité National et des Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées.
 - Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif au service public hospitalier.
- Circulaires Ministérielles**
- . n°1575 du 24 septembre 1971 sur la politique relative aux équipements sanitaires et sociaux en faveur des personnes âgées.
 - . n°5 AS du 1er février 1972 relative à la mise en place du programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées.

- . n°AS 5 du 28 janvier 1977 relative à la mise en place du programme d'action prioritaire n°15 favorisant le maintien à domicile des personnes âgées.
- . n°1403 du 6 juin 1977 relative aux modalités d'organisation et de fonctionnement des établissements de moyen et de long séjour.
- . n°21 du 20 mars 1978 relative à l'organisation des services de soins au domicile des personnes âgées.
- . n°51 du 26 octobre 1978 relative à la création dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées de section de cure médicale.
- . n°33 du 16 juin 1980 relative à la transformation des hospices.
- . n°81.8 du 1er octobre 1981 relative aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées.
- . n°82.23 bis du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées.

- Circulaires des Caisses Nationales de Sécurité Sociale

- . C.N.A.M.T.S. n°289 du 22 juin 1977 : établissements de long et moyen séjour - centres de cure médicale pour personnes âgées, complétée par la circulaire n°309 du 22 décembre 1977.
- . C.N.A.V.T.S. n°59/87 du 22 mai 1987 : attribution de l'aide ménagère à domicile.

- BIBLIOGRAPHIE -



- 1 - Le vieillissement de la population. - Rapport remis à M. Matteoli, Ministre du Travail et de la Participation, Président du Haut Comité de la Population. - Documentation Française, Paris, 1980, 119 p.
- 2 - PARANT A. - Les personnes âgées en 1975 et le vieillissement démographique en France (1931-1975). - *Population* 1978, 33, 381-412.
- 3 - Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). - Projection de population totale 1985-2020 pour la France métropolitaine. - Document ronéoté n°1548/42B, juin 1985.
- 4 - AUDIRAC P.A. - Les personnes âgées, de la vie de famille à l'isolement. - *Economie et Statistique* 1985, n°175, 39-54.
- 5 - Commissariat Général du Plan - Commission sur la solidarité entre générations face au vieillissement démographique. - Logement et hébergement des personnes âgées. - Document ronéoté n°19, sept. 1985.
- 5 bis - Ibid. - Groupe Prospective Personnes Agées. - Le logement des personnes âgées. - Dossier constat n°5, 1978.
- 6 - Commissariat Général du Plan - Ibid. référence n° 5 - Le logement des personnes âgées. - Document ronéoté n°20, sept. 1985.
- 7 - GUILLEMARD A.M. - Politique de désemploi des travailleurs vieillissants et remodelage du parcours des âges. - *Gérontologie et Société* 1983, n°24, 6-21.
- 8 - Commissariat Général du Plan - Ibid. référence n° 5 - Activité et vieillissement. - Document ronéoté n°31, oct. 1985.
- 9 - INSEE. - Recensement général de la population de 1982 : principaux résultats. - Collection INSEE, fév. 1984, 104 p.
- 10 - GOMBERT M. - Les revenus des ménages par catégorie sociale en 1979. - *Economie et Statistique* 1985, n°177, 41-54.
- 11 - CANCEILL G. - Les revenus fiscaux des ménages en 1979. - *Economie et Statistique* 1984, n°166, 39-53.

- 12 - LOLLIVIER S. - Une évaluation récente des revenus fiscaux des ménages. - *Economie et Statistique* 1985, n°177, 55-61.
- 13 - CANCEILL G. - Les ressources des personnes âgées. - *Futuribles* 1985, n°mai, 73-81.
- 14 - Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. - *Annuaire des Statistiques sanitaires et sociales 1982-83*. - Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information.
- 15 - La santé en France : rapport au Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale et au Secrétariat d'Etat chargé de la Santé. - La Documentation Française Edit., Paris 1985.
- 16 - LECOMTE T. - La morbidité déclarée : description et évolution France 1970-1980. - *Solidarité, Santé, Etudes Statistiques* 1984, 12, 41-56.
- 17 - JOUGLA E., MAGUIN P. ET HATTON F. - Morbidité ayant entraîné un recours aux soins. - France 1980-81, *ibid.* 57-76.
- 18 - HENRARD J.C., ANKRI J., CASSOU B., MOREL B. et LELAIDIER S. - Incapacités et handicaps dans la région Aquitaine. - *Rev. Epidém. et Santé Publ.* 1985, 33, 194-202.
- 19 - Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (U164). - Conditions de vie et état de santé des personnes âgées en Ile-de-France. - Rapport régional, document ronéotypé, O.R.S. 1985.
- 20 - ROBINE J.M., COLVEZ A., BUCQUET D., HATTON F., MOREL B. et LELAIDIER S. - L'espérance de vie sans incapacité en France en 1982. - *Population* 1986, 6, 1025-1042.
- 21 - ISRAEL L., KOZAREVIC D. et SARTORIUS N. - Evaluation en Gérontologie. Manuel de références des moyens d'investigation et de mesure des fonctions mentales. - Kurger Edit. Bâle 1984.
- 22 - WOOD P.H.N., BADLEY E.M. - An epidemiological appraisal of disablement. - In recent Advance in Community Medicine. - Ed. Bennet A.E. Churchill Livingstone, Edimbourg 1978.

- 23 - MOTTEZ B. - Deux logiques : lutte contre la surdité et combat pour les sourds. - In Les colloques de l'INSERM, Conceptions, Mesures et Actions en Santé Publique, Ed. INSERM, 1981, 104, 397-406.
- 24 - WILLIAMS R.G.A., JOHNSTON M., WILLIS A., BENNETT A.E. - Disability : a model and measurement technique. - *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 1976, 30, 71-8.
- 25 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. - International classification of impairments, disabilities and handicaps - A manual of classification relating to the consequences of disease, 1980.
- 26 - KATZ S., FORD A.B., MOSKOWITZ R.W., JACKSON B.A. et JAFFE M.W. - Studies of illness in the aged. - *J. Amer. Med. Ass.* 1963, 185, 974.
- 27 - KIVELA S.L. - Measuring disability - Do self ratings and service provider ratings compare ? *J. Chron. Dis.* 1984, 37, 115-124.
- 28 - ISAACS B. et NEVILLE Y. - The needs of old people "the interval" as a method of measurement. - *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 1976, n°30, 79-85.
- 29 - HARRIS A.T. - Handicapped and impaired in Great-Britain, part I. - Londres, Office of Population Censuses and Surveys, Social Survey Division. - Her Majesty's stationery Office Edit. 1971.
- 30 - MEMMI A. - La dépendance : esquisse pour un portrait du dépendant. - Gallimard Edit. Paris 1979.
- 31 - TAYLOR R. et all. - Survey on the elderly living at home. - MRC Medical Sociology Unit, Aberdeen, 1983.
- 32 - FEINGOLD J., HENRARD J.C. et HUSSON H.P. - Progrès de la biologie et des technologies du vivant -A- : Santé et Vieillesse de la population. In Commissariat Général du Plan et Centre National de la Recherche Scientifique : Prospective 2005, Economica Editeur, Paris 1987, 231-244.

- 33 - Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. - Equipement en lits - activités - personnel des établissements d'hospitalisation publics, année 1984. - *Informations rapides SESI n°61*, novembre 1985.
- 34 - Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. - La psychiatrie hospitalière. - *Informations rapides SESI n°60*, novembre 1985.
- 35 - Ibid. - Statistique annuelle des établissements d'hospitalisation privée. - E.H.P. 83, *ibid*, n°64, janvier 1986.
- 36 - Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. - Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, 1985, Service des Statistiques des Etudes et des systèmes d'information.
- 37 - CHARRAUD A, DEVOUASSOUX et MOREL B. - La consommation médicale, évolution et disparités. - In INSEE Données Sociales, Edition 1984, 359-387.
- 38 - Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. - La consommation en soins de santé des personnes de plus de 60 ans en 1981. - *Carnets statistiques n°6*, décembre 1983.
- 39 - Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. - Comptes nationaux de la santé 1984, 85, 86. - Document ronéoté SESI, mars 1987.
- 40 - Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. - Les personnes âgées en France. Quelques statistiques. - *Informations Rapides SESI n°56*, septembre 1985.
- 40 - Commissariat Général du Plan. - *Ibid*. référence n°5. - Groupe Technique sur l'avenir des régimes de retraite. - Note d'étape, document ronéoté, octobre 1985.
- 42 - Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. - Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. - rapport décembre 1985.
- 43 - Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. - Les dépenses d'aide sociale. - *Informations rapides SESI n°45*, avril 1985. Document ronéoté.
- 44 - UNIOPSS. - Les prestations logements. - *Gérontologie et Société*, 1986, n°36, 93-99.

- 45 - Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). - Le coût des soins dans les établissements médicalisés et les services de soins à domicile en 1984. - *Bloc-notes statistiques*, n°16, 1985.
- 46 - de LANNOY X. - Vivre chez soi quel que soit son âge. - *Gérontologie et Société*, 1986, n°36, 84-92.
- 47 - Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. - *Solidarité, Santé, Etudes Statistiques* 1986, n°4.
- 48 - JUDGE K. - The public purchase of social care : British confirmation of the American experience. - *Policy and Politics* 1982, 10, 4, 397-416.
- 49 - CONTANDRIOPOULOS A.P. - Contrôle des coûts de la médecine ambulatoire : commentaires sur les expériences de l'Allemagne et des Pays-Bas à la lumière de celle du Québec. - In Commissariat Général du Plan, *Les Politiques de Santé étrangères : systèmes de santé, pouvoirs publics et financeurs : qui contrôle qui ?* - La Documentation Française Edit., Paris 1987, 203-224.
- 50 - HUNTER D. - The exercise of discretion, service planning and delivery in the care of elderly people. - Conference of European Region of International Association of Gerontology Ageing Well : Brighton, Angleterre, 15-18 septembre 1987, Abstract n°44.2.
- 51 - FREIDSON E. - La profession médicale. - Payot Edit., Paris 1984.
- 52 - HENRARD J.C. et BROCAS A.M. - Les obstacles tarifaires à une politique de soins pour les personnes âgées. - *Revue Française des Affaires Sociales* 1986, n°3, 59-74.
- 53 - Les centres de jour en question. - *Gérontologie et Société* 1978, n°7, 3 -141.
- 54 - HENWOOD M. et WICKS M. - The forgotten army : family care and elderly people. - Family Policy Studies Centre, Londres 1984.
- 55 - HENRARD J.C. - Blocage des filières de soigne. - *Rev. Epidém. Et Santé Publ.* 1987, 35, 298-308.

- 56 - COLVEZ A., ROBINE J.M., MICHEL E. - Aide ménagère professionnelle aux personnes âgées : besoins, demandes, bénéficiaires. - *Rev. Epidém. Et Santé Publ.* 1984, 32, 3-9.
- 57 - Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Service National du Contrôle Médical. - Les personnes âgées dans les établissements de soins et d'hébergement. - Etude et Enquêtes, Echelon National du Service Médical 1984.
- 58 - Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Inspection de la Santé. Département de Saône-et-Loire. - Liste d'attente des établissements accueillant des personnes âgées en Saône-et-Loire 1982. Rapport ronéoté.
- 59 - BARBERGER-GATEAU P., MAURICE S., GIMBERT M. et al. - Facteurs d'hospitalisation des personnes âgées en Aquitaine. - DRASS Aquitaine et Université Bordeaux II, 1985.
- 60 - THEVENET A. - L'aide sociale aujourd'hui après la décentralisation. - Editions E.S.F., Paris 1986.
- 61 - HENRARD J.C. - Problèmes conceptuels posés par l'étude de la santé des personnes âgées. - *Gérontologie et Société* 1979, n°9, 5-14.
- 62 - ELIAS N. - La solitude des mourants. - Christian Bourgeois Edit. 1987.

Édité par le C.T.N.E.R.H.I.
Tirage par la Division Reprographie
Dépôt légal : Mai 1988

Le Directeur : Christine PATRON

