



Le dispositif institutionnel

Le dispositif institutionnel pour les personnes âgées se caractérise par une délivrance de services, par une multiplicité d'organismes administrés séparément avec différents statuts juridiques et différentes sources et modes de financement ainsi que par de multiples professionnels ayant différents statuts, différents modes de rémunération et bien entendu différentes formations. Pourtant, ce qui caractérise ce dispositif malgré les volontés affichées depuis plus d'une décennie, c'est la quasi-inexistence des procédures de coordination.

L'adaptation du dispositif institutionnel aux besoins de la population âgée et très âgée (les personnes âgées de plus de 75 ans sont, rappelons-le, un peu plus de 4 millions, en 1990, celles ayant plus de 85 ans ont dépassé le million) s'est traduite par un développement de services et d'institutions médico-sociales.

Ce dispositif s'est développé aussi bien à domicile avec l'existence d'un certain nombre de prestations de service qu'au niveau de l'hébergement avec ce qu'on appelle classiquement les institutions pour personnes âgées, qu'elles soient sanitaires et/ou sociales.

Le soutien à domicile

Deux types d'institutions de services à domicile ont eu le développement le plus important : les services d'aide ménagère et les services de soins infirmiers à domicile.

Les services d'aide ménagère

Ils sont le principal et le plus ancien service organisé apportant un soutien à domicile aux personnes qui ont des difficultés pour accomplir les tâches de la vie domestique. Les plus anciens ont été créés il y a près de quarante ans.

Il existe deux procédures distinctes pour l'octroi de l'aide ménagère : pour les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond dépendant des barèmes de l'aide sociale, l'aide ménagère peut être accordée au titre de l'aide sociale légale financée par le département. Pour les personnes dont les ressources sont supérieures à ce plafond, l'aide ménagère peut être accordée comme aide individuelle facultative par les organismes de sécurité sociale dont relèvent ces personnes : caisses de retraite de base et complémentaires.

La quasi-totalité des communes de France possèdent de tels services, soit gérés de façon indépendante, soit intégrés à d'autres services. Près de 3 000 organismes ne gèrent qu'un seul

service d'aide ménagère. Seulement une centaine répartit son activité en plusieurs services.

Selon une enquête réalisée sur les entités juridiques gérant les services d'aide ménagère, par le Sesi et les Drass en 1989, dans sept régions françaises, la prestation globale mensuelle est, en moyenne, légèrement supérieure à 15 heures par personne. À partir d'extrapolations, on peut estimer la prestation nationale moyenne de l'ordre de 16 heures par mois. On estime également pour l'Île-de-France (région qui ne faisait pas partie de l'échantillon), une durée de prestation voisine de 20 heures par mois.

La fonction d'aide ménagère s'exerce le plus souvent à temps partiel. Au cours d'un mois, une aide ménagère prend en charge cinq personnes en moyenne. En milieu rural, les heures d'aide ménagère représentent une activité d'appoint alors qu'en milieu urbain, il s'agit le plus souvent d'une activité principale occupant au minimum un mi-temps. Au niveau national, on peut estimer que les services emploient environ 80 000 aides ménagères représentant un peu plus de 45 000 équivalents temps plein.

Les aides ménagères effectuent essentiellement des travaux ménagers (balayer ou passer l'aspirateur, nettoyer les meubles, faire le lit, la vaisselle, les courses, les démarches administratives). Dans une minorité de cas, les aides ménagères prennent en charge la préparation des repas, les soins personnels, en particulier la toilette. Il est à noter que, bien souvent, les aides ménagères effectuent les tâches que les personnes âgées peuvent accomplir sans difficultés.

Les bénéficiaires sont, dans 97 % des cas, des personnes âgées qui, pour les quatre cinquièmes, vivent seules. Les autres bénéficiaires sont des handicapés, des mères de familles surchargées et des malades. Le nombre de bénéficiaires d'aide ménagère financés par la Cnavts et l'Arcco est passé de 210 000 en 1981 à 300 000 en 1990. Le nombre d'heures est passé pour la même période de 25,3 millions à 31,3 millions. Le nombre de bénéficiaires au titre de l'aide sociale est par contre en baisse : 113 000 personnes en 1990 contre 150 000 en 1983.

En 1990, près de 500 000 personnes bénéficient de l'aide ménagère sur la base de 16 heures par mois en moyenne.

Bien qu'il soit difficile de connaître exactement la population éligible, en 1985 on consi-

dérait que l'aide ménagère a été reçue par 6,9 % de la population âgée de plus de 65 ans et 10,4 % de celle de plus de 75 ans. Le pourcentage de bénéficiaires croît linéairement avec l'âge.

S. Curtis, D. Bucquet. Characteristics of elderly people receiving home help in three region of France. *Rev. Epidem. et Santé Pub.*, 1987, vol. 35, n° 3-4, p. 318-322

D'après l'enquête de Curtis réalisée en 1985, les personnes ayant des incapacités physiques pour effectuer les tâches ménagères ont 7 fois plus de chance de bénéficier de l'aide ménagère que celles qui n'en ont pas, en particulier si elles vivent seules. Mais le ciblage de cette population reste encore controversé. Dans un travail récent (1996) Alain Colvez a montré que l'incapacité lourde ne constituait pas le premier critère d'attribution d'aide ménagère et que les éléments subjectifs ont une forte influence.

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)

Ils ont été créés pour les personnes âgées malades ou dépendantes. Ils dispensent sur prescription médicale les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ainsi que, éventuellement, d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux.

Prévue dans la loi de juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, leur réglementation ne sera précisée que six ans plus tard, en mai 1981 (décret n° 81-448). L'objectif qui leur est assigné est de prévenir, différer ou raccourcir l'entrée à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux ou les services de long séjour. Le service est coordonné par un cadre infirmier salarié, emploie des aides soignantes et des infirmiers salariés ou libéraux. Dans ce dernier cas, ils passent convention avec le service.

Les données présentées ici sont issues d'une enquête réalisée par le Sesi auprès des services de soins à domicile sur une semaine en avril 1991. On estime que ces services prennent en charge environ 0,5 % des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile ou en logement-foyer. Ils jouent avec les proches et les infirmières libérales un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile. La demande concernant ces services demeure forte, les taux d'occupation sont de 100 %.

Les bénéficiaires de Ssiad sont pour l'essentiel (96 %) des personnes âgées de 65 ans et

A. Lebeaupin. Les services de soins à domicile début 1991. *Informations rapides*, 1992, n° 29.

suite page XVI

suite de la page XIII

plus vivant au domicile. Globalement, les personnes seules à domicile ou en logement-foyer représentent 32 % des personnes prises en charge par les Ssiad, ce qui n'est pas très différent de la proportion des personnes seules dans les groupes âgés.

En avril 1991, 42 000 personnes étaient prises en charge par ces services. Les personnes très dépendantes, confinées au lit ou au fauteuil représentent 26 % des personnes prises en charge. Celles qui ont besoin d'aide pour faire leur toilette ou s'habiller forment le groupe le plus important (65 %). Enfin, seulement 4 % des personnes prises en charge ne présentent pas de problèmes de dépendance d'origine physique.

Les personnes de plus de 85 ans représentent près de la moitié de la clientèle des Ssiad.

L'enquête du Sesi permet de distinguer trois profils de clientèle :

- les personnes confinées au lit ou au fauteuil, très âgées, vivant souvent avec leur conjoint ou avec une personne plus jeune. Ces personnes reçoivent une aide très importante souvent supérieure à dix visites par semaine ;
- le deuxième groupe est plutôt masculin, moins âgé, composé de personnes moyennement dépendantes, vivant avec leur conjoint ou une autre personne âgée et recevant entre cinq à dix visites par jour ;
- le troisième correspond à des personnes seules, assez âgées, plutôt des femmes relativement peu dépendantes. Souvent ces personnes bénéficient en plus du soutien d'une aide ménagère.

La nature des tâches à accomplir explique que la majorité des interventions soient réalisées par des aides soignantes. Elles effectuent en moyenne trois visites sur quatre, la quatrième étant faite par une infirmière.

Les personnes prises en charge bénéficient d'un volume moyen d'aide hebdomadaire de 4,5 heures en 8 à 9 visites. Les plus dépendantes sont aidées chaque semaine en moyenne 6 heures réparties sur 11 visites et les moins dépendantes 2,5 heures en 6 à 7 visites. La durée moyenne de ces visites est de l'ordre de la demi heure.

L'aide à la toilette est le soin le plus pratiqué. La quasi totalité des malades (95 %) sont aidés quotidiennement pour faire leur toilette. Les deux tiers des visites font ainsi l'objet d'une toilette seule ou accompagnée d'autres soins.

Comparaison système libéral/Ssiad

Une évaluation comparative des deux systèmes de prestation de soins infirmiers à domicile (libéraux et services de soins à domicile) a été réalisée auprès de 870 personnes âgées de plus de 65 ans, réparties dans les deux modes de prise en charge et dans quatre départements de la région Midi-Pyrénées*. L'intervention de deux types de soins infirmiers s'effectue auprès d'une population âgée tout à fait comparable sur le plan sociodémographique, du support familial (très présent) et de la dépendance des personnes âgées. Quelques nuances différencient les deux modes de prise en charge : la cohorte des patients pris en charge par les infirmiers libéraux est en moyenne plus dépendante quand elle vit chez les enfants et plus souvent en situation terminale, faisant l'objet de soins plus techniques.

Globalement, à un an d'évolution, on n'observe pas de différence entre les deux modes tant en terme de survie que d'évolution de la dépendance. Mais quelques spécificités apparaissent quand on tient compte du niveau de dépendance initial. Les personnes âgées qui présentent une dépendance forte se retrouvent plus souvent institutionnalisées quand les soins sont assurés par les services de soins à domicile. Les décès interviennent plus fréquemment au domicile dans la cohorte suivie par les infirmiers libéraux et inversement à l'hôpital pour les malades pris en charge par les services de soins à domicile.

Les auteurs montrent que les services de soins infirmiers à domicile semblent adaptés aux personnes âgées présentant une dépendance moyenne. Dans ce cas, ils offrent une prise en charge plus complète que le mode libéral à un coût identique. Mais la rigidité du financement forfaitaire s'exprime nettement en cas de dépendance lourde. Les services de soins infirmiers à domicile ont alors tendance à se décharger vers les autres structures (institutions). Les prestations des infirmiers libéraux apparaissent adaptées en cas de dépendance lourde mais trouvent leurs limites dans l'entourage des personnes âgées. Les coûts infirmiers (calculés à partir des actes infirmiers-AMI et des coûts indirects médicaux et paramédicaux regroupant les dépenses fournies par les régimes de sécurité sociale) semblent adaptés aux besoins et apparaissent proportionnels au niveau de la dépendance grâce à la souplesse du mode de tarification à l'acte, mais ce mode n'inclut aucun temps social ou de coordination. **J. A.**

* F. Cayla, C. Grouchka, A. Grand-Filaire, M. Duchan, J. Pous. Soins infirmiers à domicile aux personnes âgées : une approche comparative services de soins infirmiers libéraux. *Sciences Sociales et Santé*, 1992, vol. 10, n° 2, p. 9-26.

Les soins liés à la mobilité (mobilisation, prévention d'escarres) concernent deux personnes sur trois. L'aide aux changes est effectuée auprès d'une personne sur trois.

Les soins infirmiers plus techniques (injections, pansements, sondages vésicaux...) sont délivrés à une minorité de personnes.

En ce qui concerne les personnels de ces services, lors de la même enquête, les services disposent en moyenne, la semaine de l'étude, de l'équivalent de 6 soignants temps-plein. Il s'agit pour les trois-quarts d'aides soignantes et pour un quart d'infirmières.

Par ailleurs, le rôle joué par les infirmières libérales au sein même des Ssiad est important : elles représentent un effectif moyen de 5,3 personnels par service. Trente-huit visites sur 82 la semaine de l'enquête ont été effectuées par ces infirmières libérales. Les trois-quarts des services font appel à elles.

La prise en charge a une durée très variable de quelques jours à 11 ans. Elle est de 11 mois en moyenne pour les personnes sorties de prise en charge au cours du deuxième trimestre 1991. Plus le service est ancien, plus la durée moyenne de prise en charge est longue. Le décès à domicile vient interrompre plus des deux tiers des prises en charge, l'autre cause étant l'hospitalisation. Puisque l'objectif des Ssiad est d'éviter ou de retarder l'hospitalisation ou l'entrée en établissement, il est logique voire souhaitable que les prises en charge puissent être prolongées. De fait, 14 % des prises en charge durent actuellement plus de 2 ans. Il en résulte un accroissement de la part des personnes très âgées (47 % ont 85 ans et plus) et surtout une limitation des possibilités de prise en charge de nouvelles personnes.

Les personnels soignants du Ssiad ne sont pas les seuls intervenants au domicile. Durant l'enquête du Sesi, une personne sur deux prise en charge par le Ssiad était également prise en charge par un service d'aide ménagère, une personne sur neuf bénéficiait du portage de repas à domicile, une personne sur huit du pédicure et une personne sur trois du kinésithérapeute. Ces prestations sont en général fournies en dehors du cadre du Ssiad.

Par ailleurs, les infirmiers libéraux interviennent de façon non négligeable dans la prise en charge des personnes âgées à domicile. On ne dispose pas de données sur le nombre de personnes âgées qui bénéficient de leurs prestations.

Centre d'études des revenus et des coûts (Cerc)
Revenus et conditions d'existence des personnes de plus de 60 ans : les revenus. Paris : La Documentation française, 1993, 90 p.

Les autres aides

Il existe, par ailleurs, des prestations, services sociaux et médico-sociaux. Ce sont des services d'auxiliaire de vie, de garde à domicile, de portage des repas, de téléalarme, d'aide aux familles, etc. Ils sont gérés par des associations ou par les CCAS. Ces types de service sont souvent financés par l'action sociale facultative des municipalités ou des caisses. Nous ne disposons pas de données nationales sur le développement de ces structures.

L'aménagement de l'habitat

L'amélioration de l'habitat bénéficie de toute une gamme de primes, de subventions et de prêts versés par les collectivités locales (communes, départements, régions) l'État ou la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnavts). Les divers financements sont attribués à la personne âgée ou à des associations gérant les travaux, regroupées dans la Fédération nationale de protection, amélioration, conservation et transformation (Pact) de l'habitat. Ils servent à améliorer, réhabiliter, adapter et rendre accessible, en cas d'incapacité physique ou de perte d'autonomie fonctionnelle, le logement.

Les programmes Sepia auxquels collaborent les ministères du Logement et des Affaires sociales mènent des opérations, soit de réhabilitation, soit de création de structures d'hébergement pour personnes âgées, en associant les savoir-faire des professionnels de l'habitat, des secteurs sanitaires, sociaux et des gestionnaires.

Douze pour cent des personnes interrogées, lors de l'enquête du Cerc sur les conditions d'existence des personnes de 60 ans, menée en 1989-1990 auprès de 6 500 ménages, ont déclaré percevoir une allocation de logement (soit 440 F par mois au titre des revenus de l'année 1988).

Les structures intermédiaires

Il existe également des structures intermédiaires entre le domicile et l'hébergement collectif tels :

- un accueil de jour (souvent intégré au sein d'une structure d'hébergement) qui permet de

suite page XIX

lent ces complémentarités dans des conventions ou autres formules juridiques avec à titre d'exemples, partage de services, délocalisation de lits, tentative d'appel unique, etc.

Enfin, tous les professionnels ont senti la nécessité de mettre en place une évaluation commune des réponses apportées. Plusieurs tentatives ont été entreprises en ce sens. Si aucune n'a encore abouti, il ne faut pas placer cet échec par rapport à un manque de volonté bien au contraire, mais beaucoup plus à un besoin de clarification de ce qu'est une évaluation. Les cultures différentes liées aux nombreuses catégories professionnelles, les différentes contraintes liées à chaque profession ne facilitent pas cette démarche. Mais à chaque rencontre, ce thème est abordé.

Dynamique gérontologique départementale

Les SLE s'inscrivent dans une dynamique gérontologique départementale au même titre que les instances locales gérontologiques de coordination. Celles-ci regroupent sous forme associative, des bénévoles, des personnes âgées et leurs familles, quelques élus voire quelques professionnels. Ces instances locales ont un rôle d'information et de soutien auprès des personnes âgées elles-mêmes et de leurs familles.

Sur le plan départemental, a été créé le comité du plan gérontologique, qui regroupe les représentants de l'État, du Conseil général, des organismes de protection sociale (régime général, Mines, Mutualité agricole) tant dans leur composante administrative que médicale, d'un représentant des communes. Il prend en compte les études locales de façon à conduire les uns et

les autres, à avoir une observation commune de la vie des personnes âgées. Reste que chacun demeure maître au niveau de ses décisions administratives et/ou financières.

Enfin, il reste à mettre en place un dernier échelon prévu dans le troisième schéma gérontologique : la commission consultative des partenaires institutionnels c'est-à-dire les représentants départementaux des institutions gérant les services, les centres communaux d'action sociale et des professionnels. Ils devront se rencontrer régulièrement afin d'étudier les dispositions possibles pour améliorer autant que faire se peut le cadre de travail des professionnels en vue d'améliorer les aides apportées aux personnes âgées.

À partir de ces éléments, il est possible d'envisager la dynamique qui peut s'instaurer entre les différents échelons. Reste qu'elle nécessite une animation constante et une bonne volonté de chacun et de tous. Une bonne partie du dispositif en place aujourd'hui participe activement à cette dynamique. Seule l'épreuve du temps confirmera ou non son succès. La loi relative à la prestation spécifique dépendance trouve ici toute sa place. Au niveau départemental, l'organisation mise en place permet de faire remonter l'observation locale et d'en partager son contenu. Au niveau individuel, l'habitude de travailler ensemble a permis d'ouvrir les réseaux d'évaluation et de suivi.

Bernard Martinet

suite de la page XVII

soulager momentanément l'entourage de la surveillance et de l'accompagnement de la personne âgée ;

- un hôpital de jour qui peut contribuer au maintien au domicile des personnes âgées en offrant la possibilité d'un bilan des affections chroniques et l'élaboration d'un projet thérapeutique ;

- un hébergement temporaire, dans des unités autonomes ou intégrées dans un établissement d'accueil permanent, permettant de décharger les familles pendant des vacances ou une indisponibilité temporaire ;

- de petites structures d'accueil de voisinage intégrées dans un quartier ou dans une commune rurale qui proposent un mode de vie inspiré de l'organisation familiale ;

- enfin, un accueil familial dont le cadre juridique a été défini par le législateur permet aux personnes âgées de vivre dans un cadre familial.

Ces structures sont peu développées au niveau national et nous ne disposons pas de données générales.

À côté de ces services d'aide au maintien au domicile, il existe un certain nombre d'établissements sociaux d'accueil et de soins.

Le dispositif institutionnel d'hébergement : accueil et soins

Ils ont un statut soit public, soit privé non lucratif ou lucratif et relèvent du secteur social et médico-social. Ils offrent l'hébergement et lorsqu'ils comportent une section de cure médicale, les soins infirmiers et de maternage (*nursing*).

On distingue trois groupes d'établissements :

- les services de soins de longue durée (ex-long séjour) des hôpitaux publics : ces services relèvent de la loi hospitalière. Ils ont pour vocation d'accueillir les personnes ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Le secteur public offrait près de 72 000 places fin 1994.

- les établissements autonomes d'hébergement pour personnes âgées : il s'agit d'établissements publics ou privés. Fin 1994, on recense 7 900 établissements proposant 451 000 places. Ils comportent : les *hospices* hébergeant des

personnes âgées valides ou invalides et des personnes handicapées, leur assurant le cas échéant les soins nécessaires (depuis la loi de 1975, cette catégorie est en voie de disparition) ; les *maisons de retraite* offrant un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, les repas, l'entretien des chambres et divers services spécifiques ; les *logements-foyers*, logements autonomes assortis d'équipements et de services collectifs (restauration, blanchissage, infirmerie...) ; les *résidences d'hébergement temporaire* qui permettent de soulager momentanément les familles et/ou de préparer les personnes âgées à un hébergement permanent.

- les sections hospices-maisons de retraite des hôpitaux publics : il s'agit d'unités rattachées à un hôpital et proposant un hébergement de type maison de retraite. Fin 1994, on recense 1 090 sections proposant 100 500 places.

La médicalisation constitue un autre facteur de différenciation des établissements. Cette notion fait référence à la section de cure médicale dont peuvent bénéficier les établissements. Celle-ci permet d'offrir sur place les soins nécessaires par l'état de santé des personnes hébergées. Cette prise en charge est financée par l'assurance maladie. Jusqu'à présent en effet, l'assurance maladie verse par lit et non pas par malade un forfait de section de cure médicale qui s'ajoute au forfait de soins courants. Ce système de tarification sera modifié avant le 1^{er} janvier 1999 en application de la loi du 24 janvier 1997. Désormais la tarification des établissements se fera en fonction de l'état des personnes et non du statut des établissements.

Les structures d'hébergement collectif offrent près de 624 000 places réparties dans 9 800 établissements dont 820 services de soins de longue durée des hôpitaux publics.

Fin 1994, les maisons de retraite proposent près de deux-tiers des capacités d'accueil dans ces institutions pour personnes âgées. Dans ces structures la part du secteur privé commercial est passée de 6 % en 1986 à 17 % en 1994. Le secteur public est le plus médicalisé : 31 % des places bénéficient d'un forfait de section de cure médicale contre 4 % dans le secteur privé commercial.

Les logements-foyers proposant des petits logements autonomes avec ou sans services se sont développés à partir des années soixante à l'initiative des communes. Ils voient leur rythme de croissance se ralentir.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Enquête EHPA. Situation au 31 décembre 1994. In Documents statistiques. 1996/8, n° 259, 202 p.

M. Neiss, G. Rouvera. L'hébergement collectif pour personnes âgées : une évolution contrastée entre le public et le privé. Infos rapides, Sesi, n° 86, 1997.

Au niveau national, le taux d'équipement en hébergement collectif est en 1994 de 179 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. La capacité d'accueil a augmenté de 9 % entre 1990 et 1994. Il existe des variabilités du taux d'équipement selon le département.

Au 31 décembre 1994, 600 000 personnes résident dans des établissements sociaux, médico-sociaux et dans des unités de long séjour pour personnes âgées : 154 000 vivent dans des logements-foyers, 375 000 dans des établissements sociaux (maisons de retraites publiques et privées, hospices) et enfin 68 000 dans les unités de long séjour.

Les données disponibles illustrent bien la faible part (4,6 %) des personnes de plus de 60 ans en institution et la tendance au fil des décennies à l'augmentation des services légers type logement-foyer et des établissements médicalisés (section de cure et long séjour). Il y a actuellement, 30 % de lits avec forfaits soins (section de cure et long séjour).

Parmi les résidents de ces institutions, au 31 décembre 1994, 45 % sont âgés de 85 ans et plus (ils étaient 38 % en 1990), 23 % présentent une détérioration intellectuelle accompagnée d'une dépendance physique et d'une incontinence nécessitant une aide. Si ce pourcentage est le plus faible pour les logements-foyers (de l'ordre de 2 %) il s'élève pour les maisons de retraite avec section de cure médicale (25 %) et atteint son plus fort niveau pour les longs séjours (62 %).

En terme d'état de santé, au 31 décembre 1994 (enquête EHPA 1994) 17 % des résidents sont confinés au lit ou au fauteuil. Parmi les autres, 32 % ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement, 14 % ont besoin d'être aidé pour sortir de l'établissement. Quarante pour cent ont une détérioration intellectuelle et parmi eux, 32 % sont confinés au lit et au fauteuil, 50 % ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement. Les pourcentages des personnes atteintes de détérioration intellectuelle augmentent avec l'âge : de 32 % avant 75 ans, elles passent à 36 % entre 75 et 84 ans et à 47 % au-delà. Enfin 42 % des pensionnaires des établissements d'hébergement pour personnes âgées et services de soins de longue durée sont incontinents. Il est clair par ailleurs que le pourcentage des personnes présentant une dépendance d'origine physique ou psychique est plus important dans les établissements sanitaires ou possédant des lits de section de cure médicale que dans les autres.

Les personnels des différentes institutions sociales d'hébergement pour personnes âgées ont une densité par établissement très variable selon la structure de ce dernier, allant en 1991 de 3,7 personnels par logement-foyer à 39,2 personnels par établissement correspondant aux sections hospices et maisons de retraite des hôpitaux publics.

Mais ce qui est le plus intéressant à considérer est la densité du personnel soignant au lit de la personne âgée, pour l'année 1991, qui varie de 0,15 pour les sections hospices et maisons de retraite des hôpitaux publics à 0,11 pour les hospices et maisons de retraite publiques et 0,07 pour les hospices et maisons de retraite privés. Les logements-foyers ont une densité encore plus faible de 0,02 personnels soignants par lit. Nous ne disposons pas de données nationales sur la densité de personnels au lit du malade dans les services de long séjour.

➤ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Sesi, 1994

Les établissements de santé

Qu'ils soient publics ou privés, ils relèvent de la loi hospitalière de 1970 modifiée par la loi de 1991.

Le secteur public représente un peu plus de 60 % des lits. 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 (Ddass).

Les hôpitaux sont classés en centres hospitaliers et centres hospitaliers régionaux. Existente 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.

En 1992, le parc hospitalier comprend environ 290 000 lits de court séjour, 94 000 lits de suite et de réadaptation, 93 000 lits spécialisés.

Ils ont pour mission (loi de janvier 1978) l'hébergement des personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état de santé requiert des soins médicaux constants. Ils 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 long séjour ont été construits sur le mode industriel correspondant aux services de 120 ou 240 lits pour personnes âgées. Le financement du long séjour repose comme pour les établissements sociaux sur un double forfait : hébergement à la charge des pensionnaires, de leurs familles ou de l'aide sociale (de la moitié aux deux-tiers du prix global) et soins à la charge de l'assurance maladie (du tiers à la moitié du prix global). Le forfait soins comprend théoriquement toutes les prestations médicales, paramédicales et pharmaceutiques. Son montant est donc supérieur à celui des sections de cure mais reste très faible par rapport aux coûts des autres structures sanitaires.

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.

Les filières d'accès et les recours aux services sanitaires

Elles n'ont pas vraiment de spécificité en ce qui concerne la population âgée. 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 du placement en hébergement de longue durée, c'est celle qui va des services de court séjour aux services de long séjour en passant par les unités de soins de suite.

L'organisation et le financement des prestations du dispositif institutionnel vis-à-vis des personnes âgées s'inscrivent dans le système français de protection sociale.

Le dispositif institutionnel est complexe étant donnée la coexistence dans ce secteur médico-social d'actions et de prestations de type obligatoire, non obligatoire mais inscrites dans la loi, et facultatif. Le secteur social fragmenté en termes d'organisation, de financement est en outre séparé du secteur sanitaire. Ce dernier n'est pas, comme nous l'avons vu, spécifiquement conçu pour les personnes âgées. L'État joue un rôle essentiel dans l'organisation

générale des services sanitaires par la tutelle qu'il exerce sur les hôpitaux publics au niveau départemental et sur les caisses d'assurance maladie au niveau national et régional. Les lois de décentralisation (1983, 1984, 1986) en confiant l'essentiel des responsabilités en matière d'action sociale au conseil général, ont renforcé la dichotomie avec le secteur sanitaire. Les prestations médico-sociales à la limite des deux secteurs soulèvent des difficultés en termes de responsabilité. La gestion des services est en outre confiée à d'autres organismes que les responsables du financement, soit public et communal, soit privé et associatif.

Joël Ankri

Le coût de la dépendance

Depuis quelques années les financements collectifs de la dépendance se sont développés de façon importante en raison de la diversification des services rendus et du vieillissement de la population. Dans le contexte actuel de contrôle des déficits sociaux, les pouvoirs publics ont posé en termes économiques la question du bon fonctionnement de ce dispositif d'aide aux personnes âgées dépendantes. Pour développer une telle problématique économique et estimer le coût de la dépendance un minimum de données économiques est nécessaire.

Cet texte montrera que les données économiques sont limitées par l'absence de normalisation des pratiques dans le secteur médico-social ce qui réduit les possibilités d'une intervention économique cohérente et que le développement statistique ultérieur va dépendre des voies que suivra cette normalisation c'est-à-dire des choix de politique sociale.

Les données macro-économiques disponibles

L'évaluation qui figure dans *Données sociales*, nous servira de point de départ pour faire état des problèmes méthodologiques que pose une pareille mesure.

L'estimation globale du financement de la

prise en charge de la dépendance des personnes âgées retenue a été obtenue en additionnant le montant des financements spécifiques publics (sécurité sociale, collectivités locales, État). Par financements spécifiques, on comprend les financements dont la vocation est explicitement de financer la dépendance des personnes âgées, soit que les règles juridiques désignent clairement ces financements comme devant être affectés à la prise en charge de la dépendance, soit que l'usage et l'histoire aient orienté une prestation dont la vocation était plus large vers le financement de la dépendance.

Dans un certain nombre de cas les prestations ou forfaits ne dépendent pas du niveau de dépendance ou de l'âge. Des extrapolations simples ont alors été effectuées sur la base de différentes enquêtes du Sesi permettant de connaître les bénéficiaires dépendants ou à défaut une règle proportionnelle a permis d'affecter les dépenses proportionnellement à la population de plus de 65 ans.

L'examen systématique de l'ensemble des financements de la dépendance fait ressortir leur caractère fragmenté et complexe. Il met en évidence le poids des différents financeurs et la part limitée de l'aide à domicile. Tous les dysfonctionnements habituellement mis en évidence (qu'il s'agisse de l'insuffisance des places médicalisées, du ciblage de l'aide ménagère, de l'efficacité du dispositif) résultent d'analyses beaucoup plus limitées, quantitatives souvent qualitatives.

Mesure et normalisation

Ce type de cadrage macro-économique présente également bien des lacunes.

Certaines informations manquent. Par exemple, aucune estimation globale du coût des prestations d'action sociale financées par les collectivités locales n'est disponible (téléalarme, blanchisserie, transports gratuits, portage de repas, animation à domicile...).

Seules les dépenses de fonctionnement sont généralement prises en compte, les dépenses d'investissement sont rarement chiffrées. La plupart des investissements se situent à la fois dans le champ personnes âgées, dans celui de la dépendance et dans celui du handicap adulte et il est souvent impossible d'imputer clairement un investissement à l'un ou l'autre secteur.

D'une évaluation à l'autre les problèmes sont sensiblement les mêmes, c'est pourquoi il n'a pas paru nécessaire d'opérer une critique exhaustive de toutes les estimations existantes. C'est le caractère exemplaire de la démarche qui nous intéresse.

• A. Lebeaupin, F. Nortier. Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir. In *Données sociales 1996*. Paris : Insee, 1996, p. 468-473.