

Du troisième âge à la dépendance

Jusque dans les années soixante, la majorité des personnes âgées vit en famille. La seule politique publique est celle de l'assistance aux pauvres, dont beaucoup sont des personnes âgées, sous forme de l'attribution ponctuelle d'aides en espèces ou en nature. Quelques associations caritatives développent cependant des aides aux malades isolés et âgés sous forme d'une aide ménagère pour les tâches domestiques et de soins à la personne. L'aide ménagère est alors considérée comme l'auxiliaire de l'infirmière et le but principal de son intervention est d'éviter l'hospitalisation d'un malade âgé pas trop gravement atteint. Le financement est assuré par l'aide sociale départementale puis par les caisses primaires d'assurance maladie avec lesquelles des conventions sont signées (1958-1960).

Une nouvelle conception de la vieillesse

En 1960, la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse créée par le Premier ministre est chargée de faire un bilan des charges liées au vieillissement démographique et de dégager les lignes directrices d'une politique de la vieillesse. La vieillesse est perçue à travers son rapport, fruit de consultations systématiques, de partenaires sociaux et d'experts, comme étant en situation de marginalité et d'exclusion sociale¹.

Refusant cette situation les membres de la Commission vont passer de la problématique de l'assistance aux vieillards pauvres à celle du vieillissement démographique

mettant en cause la reproduction de la société et à une nouvelle conception de la vieillesse centrée sur l'autonomie et la participation à la vie sociale. Cette conception donne lieu à une politique sociale et médico-sociale spécifique centrée sur le soutien à domicile et le maintien d'activités. Cette politique se voulait au départ globale et coordonnée, visant à prévenir l'exclusion sociale et la relégation en institution grâce à une série de mesures et de services agissant sur le logement, proposant des activités de loisirs et offrant des aides pour les tâches essentielles de la vie domestique et des soins aux personnes fragiles du fait de difficultés pour accomplir les activités de la vie quotidienne. Pendant 10 ans la mise en œuvre se limite à des projets ponctuels soutenus par quelques innovateurs sociaux contribuant à l'émergence de la politique du troisième âge, mais ne reçoit pas dans la société les appuis sociaux indispensables.

Puis des programmes sont définis au niveau de l'administration centrale. Ainsi un programme finalisé du sixième plan (1970-1974) prévoyait d'éviter l'entrée en institution de 100 000 personnes âgées grâce au développement de services dans environ 300 secteurs². Mais le caractère incitatif de l'action de l'État et les financements croisés (État, caisses de sécurité sociale, collectivités locales) n'ont pas permis une cohérence suffisante des programmes sectoriels. La responsabilité du choix des services étant laissée aux autorités locales, seuls les moins coûteux pour

elles et les plus visibles électoralement se développent : clubs, foyers, restaurants et services d'aide ménagère et non pas programmes d'actions sur les logements, services de soins à domicile, centres de jour.

Dans le secteur de l'hébergement la loi hospitalière de 1970 a exclu du secteur sanitaire les hospices qui hébergeaient de nombreuses personnes âgées. La loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales offre un cadre juridique pour la transformation des hospices en établissements sociaux ou en services hospitaliers de long séjour. La réglementation* autorise les premiers à créer une section médicalisée quand les résidents sont plus ou moins dépendants. Ainsi se développe un double secteur d'hébergement, l'un sanitaire et l'autre social chacun ayant sa propre réglementation et ses règles de tarification, les deux étant en compétition pour une

même population. Dans ce secteur les contradictions d'intérêts entre gestion et réponse aux besoins retentissent sur les projets affectant à la fois les objectifs et les résultats (un tiers des lits d'hospice n'avait pas été reconverti en 1985, fin de la période de 10 ans prévue par la loi).

La remise en cause de la politique du troisième âge et la reformulation de la politique vieillesse

Depuis la fin des années soixante-dix, parmi les réponses à la crise des sociétés industrielles, les responsables politiques ont choisi la mise à la retraite précoce des travailleurs vieillissants, mettant ainsi fin à la politique du troisième âge. Une distinction est faite entre retraités et personnes âgées³. La politique d'action sociale et médico-sociale vieillesse connaît une nouvelle formulation. Plusieurs mesures sont proposées visant à prévenir l'isolement social et la

Références

- 1 • Haut Comité consultatif de la population et de la famille. Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque. Paris : La Documentation française, 1962, 438 p.
- 2 • Ministère d'État chargé des Affaires sociales. Circulaire n° 5 AS du 1^{er} février 1972 relative à la mise en place du programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées.
- 3 • Commissariat Général du Plan. Vieillir demain. Rapport du groupe de travail présidé par R. Lion pour la préparation du VIII^e Plan (1981-1985). Paris : La Documentation française, 1983, 270 p.
- 4 • Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. *Journal officiel de la République Française* du 25 janvier 1997, p. 1280-1284.

perte d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées d'une part, à répondre aux problèmes ressentis par les personnes en situation de dépendance et leur famille à domicile et en institution, d'autre part.

Pendant la parenthèse gérontologique de 1981-1982 un début de mise en œuvre s'effectue : les services de soins « infirmiers » à domicile sont réglementés ce qui permet leur rapide expansion. Parallèlement le nombre de places « médicalisées » des institutions sociales augmente. Des emplois de coordonnateurs sont créés dans le but d'améliorer les liens entre les différents services et entre les secteurs ambulatoire et d'hébergement. Une meilleure formation des aides ménagères, une meilleure information et une augmentation de la participation formelle des retraités et personnes âgées sont développées.

Ce projet reçoit le soutien d'un groupe de réformateurs du secteur sanitaire, des associations et des organismes représentant les retraités et les personnes âgées lors de leurs Assises nationales en mars 1983.

La catégorisation sociale du grand âge

Dès 1983, la vieillesse qui a été refouillée vers le quatrième âge acquiert une image purement négative se confondant, sous l'impulsion des spécialistes — notamment médicaux — du grand âge, avec la dépendance. Cette conception du grand âge permet de réduire progressivement la politique spécifique de soins et aides à la prise en charge des

personnes âgées dépendantes. À la même période les responsabilités en matière d'action sociale et d'aide sociale sont décentralisées et confiées aux Conseils généraux, l'État gardant la tutelle du médical. Les établissements médico-sociaux sont alors sous la responsabilité de deux administrations.

Dès lors, deux priorités commandent toute la politique jusqu'à aujourd'hui : restreindre l'augmentation des dépenses socialisées et prendre en charge les personnes dépendantes.

Pour répondre à la première, des mesures facilitent la création d'associations intermédiaires embauchant des personnels non qualifiés, court-circuitant les services d'aides ménagères jugés trop coûteux. Un programme de développement d'alternatives à l'hospitalisation propose de redéployer les ressources financières et en personnel vers les sections médicalisées des institutions sociales et les services de soins à domicile. Mais il se heurte à l'opposition du lobby hospitalier qui craint de perdre une grande part de sa clientèle et les ressources financières correspondantes. Parallèlement des expérimentations de structures intermédiaires telles qu'hôpitaux de jour, petites unités d'habitation avec services à domicile, hébergements temporaires, hébergements en famille d'accueil se développent.

La seconde priorité donne lieu à des exonérations fiscales pour les enfants qui hébergent chez eux leur parent âgé et pour l'embauche, par une personne âgée de 70 ans et plus, d'une employée de maison.

Des mesures s'efforcent également de rattraper les retards pris : adoption d'une loi sur l'accueil de longue durée, à titre onéreux, de personnes âgées (et handicapées adultes) par des particuliers à leur domicile (juillet 1989) ; recours des personnes dépendantes à l'allocation compensatrice pour personnes handicapées ; augmentation des services de soins « infirmiers » à domicile et des places « médicalisées » dans les institutions sociales d'hébergement. Ces efforts restant insuffisants pour répondre aux besoins croissants, des promoteurs privés sont conduits à réaliser des projets d'établissements sociaux pour personnes âgées dépendantes s'appuyant sur les soignants libéraux payés à l'acte.

Finalement, du fait d'une part, de cette insuffisance globale de moyens et d'autre part, de la faiblesse du montant des forfaits journaliers qui financent les soins donnés aux personnes les plus sévèrement « dépendantes » — ce qui a pour conséquence un surcoût pour les autres financeurs notamment les personnes âgées, leur famille et l'aide sociale départementale lorsqu'elle se surajoute — la création d'une allocation spécifique pour les personnes âgées devient un sujet majeur de l'agenda politique vieillesse. Le débat a lieu avec une préoccupation de maîtrise des prélèvements et des dépenses socialisés. Il aboutit depuis fin 1992 à plusieurs projets de loi qui diffèrent quant à la situation de cette prestation dans la protection sociale et donc quant aux conditions de financement, de gestion et

d'attribution. Finalement une loi d'attente est promulguée⁴. Cette prestation s'inscrit dans la logique de l'assistance : elle est soumise à conditions de ressource et donne lieu à récupération lors de la succession. Son financement par le département est pour partie une substitution à l'allocation compensatrice pour personne handicapée mais pour payer un service ou une personne (y compris un des enfants aidants). Elle est ainsi censée créer des emplois. La responsabilité de son attribution est confiée aux conseils généraux. Son montant varie selon les besoins d'aides évalués par une équipe médico-sociale désignée par le département responsable de la mise en place d'un plan de soins. Elle est censée faciliter la coordination des divers intervenants mais laisse mal résolus les problèmes de sa place et de ses critères d'attribution par rapport aux services d'aides et de soins existants, aux aides apportées par la famille et à la qualité de l'environnement. Elle n'est pas cumulable avec l'aide ménagère attribuée par l'aide sociale et expose ainsi à la destruction d'emplois dans ces services.

Jean-Claude Henrard

⁴ Décret du 22 novembre 1977 relatif aux créations de section de cure médicale.