

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.

Par ailleurs le financement des prises en charge de la dépendance des personnes âgées est assuré par toute une série de financements non spécifiques parmi lesquels il est bien difficile d'estimer la fraction qui est dévolue à la dépendance.

Il en est ainsi :

- de la dépense de santé des personnes de plus de 80 ans (un peu plus de 32 milliards en 1993). L'évaluation des contributions de l'assurance maladie au financement de la dépendance hors forfaits soins n'est pas facile à faire. En effet, la prise en charge des personnes âgées dépendantes a conduit à un accroissement des soins infirmiers en libéral et à une augmentation des prestations à l'acte dans les établissements non médicalisés. Un certain nombre de lits en hôpitaux psychiatriques continuent à être occupés par des personnes âgées dépendantes. À titre transitoire, des lits de moyen séjour et des lits de médecine interne sont affectés à des personnes dépendantes ;
- des exonérations et des allègements fiscaux accordés sur critère d'âge ;
- des dépenses logement à caractère social (près de 12 milliards en 1993) ;
- des exonérations de cotisations sociales patronales pour l'emploi d'une tierce personne.

Le principe d'une prestation généraliste est précisément de couvrir plusieurs types de besoins. Définir ce qui relève du soin et ce qui relève de la dépendance dans les dépenses de l'assurance maladie, ce qui relève de la politique des revenus et ce qui relève de l'aménagement du logement au titre de la dépendance dans les allocations logement à caractère social... suppose que l'on ait des critères précis de définition de la dépendance et que les différents risques soient bien différenciés, ce qui est précisément le problème politique actuel.

La sommation des contributions de l'ensemble des financements apparaît finalement comme une opération d'une signification limitée en raison de l'ensemble des lacunes évoquées ci-dessus.

La solution alternative consisterait à multiplier le nombre de personnes âgées dépendantes par le coût moyen de la prise en charge. Elle se heurte à des difficultés qui disqualifient, en l'état des statistiques actuelles, un tel projet :

- dénombrer les personnes âgées dépendantes exige l'application d'une grille de

suite page XXVI

### Financements spécifiques en faveur de la dépendance des personnes âgées en 1993 (en millions de francs)

	Domicile	Hébergement	Total
<b>Sécurité sociale (tous régimes)</b>	<b>4 535</b>	<b>11 122</b>	<b>15 657</b>
Branche maladie	2 235	10 635	12 870
Services de soins à domicile	2 235		
Long séjour		5 911	
Sections de cure médicale		4 588	
Soins courants		136	
Branche vieillesse	2 300	487	2 787
Majoration pour tierce personne	1 475		
Aide ménagère Cnavts	397		
Aides ménagères autres régimes	291		
Garde à domicile	137		
Actions auprès des établissements		487	
<b>Départements</b>	<b>5 825</b>	<b>2 909</b>	<b>8 734</b>
Allocation compensatrice	5 525		
Aide sociale à l'hébergement		2 909	
Aide ménagère	300		
<b>État</b>	<b>300</b>		<b>300</b>
Allocations simples	124		
Auxiliaires de vie	123		
MTP des pensions militaires	53		
<b>Total</b>	<b>10 660</b>	<b>14 031</b>	<b>24 691</b>
dont prestations en espèces	7 177		7 177
dont prestations en nature	3 483	14 031	17 514

Source : Données sociales 1996, p. 473

### Les financements spécifiques de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées en 1993 (en pourcentage)

<b>Sécurité sociale</b>	<b>63,4</b>
dont branche maladie	52,1
dont branche vieillesse	11,3
<b>Départements</b>	<b>35,4</b>
<b>État</b>	<b>1,2</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

### Le partage des financements spécifiques de la dépendance des personnes âgées entre le domicile et l'hébergement en 1993 (en pourcentage)

	Domicile	Hébergement	Total
<b>Sécurité sociale</b>	<b>29</b>	<b>61</b>	<b>100</b>
branche maladie	17	83	100
branche vieillesse	82	18	100
<b>Départements</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

suite de la page XXIII

dépendance unique dans le cadre d'une enquête nationale, faute de quoi on extrapole les résultats d'études locales sur l'ensemble du territoire avec des marges d'erreur conséquentes.

- Secondement, la notion de coût moyen de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées n'a pas de sens si les prises en charge ne sont pas normées. Or les normes de prises en charge sont loin d'être fixées pour des raisons liées aux pratiques professionnelles, à la durée de la prise en charge et à l'intervention de soignants informels.

- Il existe des normes antagoniques propres à chaque profession, à chaque agent, normes plus ou moins sanitaires, plus ou moins sociales. À niveau de dépendance égal, telle personne âgée sera beaucoup plus aidée que telle autre par la collectivité. Les arbitrages réalisés demeurent encore assez opaques.

- L'installation dans une situation de dépendance, l'aggravation de la dépendance sont des processus complexes, pour parties réversibles qui contribuent à faire de la prise en charge de la dépendance une prestation de services difficile à normer.

- Enfin et surtout, à côté du secteur professionnel existe un secteur d'activité informel (famille et réseau de proximité) qui interfère avec les professionnels.

La mesure économique dans un secteur non marchand où le prix ne peut pas servir de référence est facile lorsque le secteur d'activité étudié fonctionne selon des normes précises : les prestations de services sont définies, on sait qui produit quoi. Dans le cas contraire, la mesure progresse lentement faute de normes suffisantes.

Cette difficulté à construire une mesure économique à la frontière de la sphère collective et de la sphère privée traduit une absence de consensus au niveau des pouvoirs publics et de la classe politique autour du problème de l'articulation de l'intervention collective et de l'intervention familiale ou informelle. Plusieurs questions restent en suspens :

- comment partager les tâches entre un secteur d'activité professionnelle et le secteur informel ?

- qu'est-ce qui doit être payé par les bénéficiaires et quel est l'impact d'un financement collectif de la prise en charge de la dépendance sur l'activité de leurs proches ?

- jusqu'à quel point faut-il embaucher des personnels à faible qualification ou en voie

d'insertion, ou au contraire embaucher le personnel le plus qualifié possible ?

- comment faire pour que le risque dépendance ne soit pas inutilement socialisé là où la prise en charge familiale ou informelle est possible et souhaitée, sachant que le coût est d'autant plus élevé pour la collectivité que le risque est socialisé ?

Le renforcement des normes de prise en charge peut se réaliser selon trois voies :

- La création de la prestation spécifique dépendance peut permettre que la notion de dépendance perde toute imprécision du fait de son « rattachement à une prestation sociale » et que les personnes âgées dépendantes soient identifiées aux bénéficiaires de la prestation.

- Un deuxième axe de développement réside dans la mise en place d'une grande enquête longitudinale du type de celle qui se prépare à l'Insee (projet intitulé « handicaps-incapacités-dépendance »). Cette perspective conduit à développer une mesure autour d'une population en incapacité et à proposer une description de l'incapacité, une analyse des origines, des causes et des effets de l'incapacité et une étude de l'environnement des aides et des besoins des personnes en incapacité.

- Enfin il ne faut pas sous-estimer tout le travail des professionnels dont les savoir-faire s'explicitent d'autant plus que la question de la dépendance gagne en actualité. De la manière dont cette normalisation va s'effectuer, selon ses trois composantes socio-politique, épidémiologique et professionnelle dépendent la qualité et la pertinence de la mesure économique construite.

Marie-Ève Joël