

La dépendance : une construction sociale de la vieillesse en débat

En France, le choix a été fait d'avoir deux dispositifs de prise en charge de la dépendance : un pour les personnes handicapées de moins de 60 ans, l'autre pour les personnes âgées de plus de 60 ans. Histoire et critique d'une telle approche.

Thomas Frinault

Docteur en sciences politiques, Institut d'études politiques de Rennes

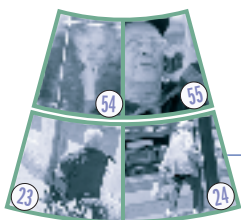
Malgré les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie, il demeure toujours une « vieillesse irréductible ». Celle-ci a progressivement été désignée sous le vocable de dépendance en remplacement des notions d'invalidité et de semi-validité. Cette procédure d'étiquetage la qualifie comme relevant de la sphère de compétence des autorités publiques. Davantage, cette notion polarise l'essentiel de la politique vieillesse en France, définie comme l'ensemble des interventions publiques structurant les rapports entre vieillesse et société. Autant le critère de distinction applicable aux sous-ensembles des seniors, des pré-retraités, des retraités, du troisième âge est un critère social, autant l'entrée en dépendance repose sur un critère biologique. La vieillesse dépendante intervient dès lors que les possibilités physiques ou psychiques se trouvent notablement dégradées, et que les personnes ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie quotidienne. Devenu une catégorie usuelle du langage commun, le vocable « dépendance » a acquis en France la capacité de faire disparaître cette notion d'âge. La période 1950-1975 avait déjà préparé la dissociation entre adultes et personnes âgées à partir d'un processus de différenciation non fondé sur le besoin d'aide, mais sur la nature de l'insertion. La notion de dépendance est venue sanctionner la division et surajouter ses propres règles en médicalisant le grand âge.

L'approche fonctionnelle de la dépendance ou la médicalisation de la vieillesse

Si l'histoire de la politique sanitaire s'est confondue avec la profession médicale,

constituée en intérêts organisés coopérant avec l'État à la définition des politiques de santé [43], la politique dépendance doit, à son niveau, un tribut aux médecins gériatres. C'est en effet au sein de la gériatrie, sous-champ médical en extension récente et très progressive, qu'émergera au cours de la décennie soixante-dix la notion de « dépendance » [36]. Elle repose ici sur une approche fonctionnelle, initialement conçue au niveau individuel et au niveau des soins, rendant compte des fonctions en termes de capacités et d'incapacités. En distinguant la dépendance du handicap adulte, les médecins gériatres spécifient et médicalisent le regard porté sur la vieillesse, notamment au travers du concept de dépendance. La vision incapacitaire sous-jacente du grand âge est d'autant plus marquée qu'elle est le fait de médecins hospitaliers percevant les personnes âgées et leurs besoins à travers le prisme de l'institution. Les gériatres, dépositaires légitimes d'un savoir-faire spécifique et médical, ont contribué à médicaliser l'approche du vieillissement en dominant les rapports avec les pouvoirs publics — au détriment d'autres acteurs qui promouvaient des visions différentes. Et quand les chances offertes au rapport Lion s'effondrèrent en 1983, c'est-à-dire le souhait de « ne pas enfermer les vieux dans un ghetto mais privilégier une vision assez ouverte sur la sociologie, sur l'approche plus large de la vieillesse »¹, la lecture gériatrique se révéla la mieux « appropriée » à une gestion des coûts de la vieillesse. Présentant les « bonnes » garanties de la science, l'expertise gériatrique satisfait

1. Entretien avec un médecin gériatre.



Les personnes âgées en situation de dépendance

les opérations routinières de l'État providence français consistant à découper le corps social en identifiant des groupes auxquels répondent des droits sociaux. Il s'agit de distribuer des « statuts » en classant les individus à partir d'un critère supposé « objectif ». Ce que permet plus difficilement une approche plus sociologique du vieillissement.

Les programmes d'action publique se sont ensuite chargés de donner chair à la catégorie dépendance à travers la transformation d'établissements médico-sociaux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou la création d'un forfait spécial dépendance, acquitté par les pensionnaires, et intercalé entre les traditionnels forfaits « hôtellerie » et « soins ». Mais l'acte politique majeur résida dans l'adoption de la réforme Prestation spécifique dépendance promulguée le 24 janvier 1997². Avant tout destinée à mettre fin à la dérive financière de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) imputable à l'entrée massive, et non prévue à l'origine, des personnes âgées dans le dispositif, la réforme créant la prestation spécifique dépendance (PSD), sorte d'ACTP bis spéciale personnes âgées, scella officiellement la frontière entre handicap adulte et handicapé âgé afin de réserver à ce dernier des règles plus restrictives. L'article 27 de la loi s'emploie à « caler » les frontières entre dispositifs de prise en charge du handicap et de la dépendance. L'article 39 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, portant création de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), est modifié : à côté de l'expression « *tout handicapé* » est ajouté « *dont l'âge est inférieur à un âge fixé par décret* ». En vertu de l'article 1^{er} du décret 97-426 du 28 avril 1997, l'âge à partir duquel est ouvert le droit à la PSD est fixé à 60 ans.

Bien que sans grande surprise au regard des réflexions préalables, cet « apartheid » déclencha de vives réactions émanant d'intérêts professionnels (principalement les fédérations nationales d'aide à domicile), de personnalités qualifiées, d'experts et d'élus politiques de l'opposition de gauche. Tous jugeaient illégitime, à l'instar de Jean-Michel Belorgey, conseiller d'État, de réserver un sort différent à quelqu'un frappé par le sort avant et après 60 ans, et de s'appuyer sur l'origine et la nature du handicap [20]. Il fut rappelé que la loi de

1975 n'avait jamais spécifié une quelconque limite d'âge à l'attribution de l'ACTP. Ce que justifiait Simone Veil, ministre de la Santé, lors de la présentation du projet de loi au Sénat, le 3 avril 1975, arguant que la notion de « handicap » devait rester très évolutive et ainsi s'adapter aux situations qui se présenteraient ultérieurement. Mais ces considérations autour de la loi de 1975 pesèrent marginalement face à la croissance exponentielle des coûts ACTP imputables aux personnes âgées. Élus départementaux et majorité sénatoriale se retrouvèrent à l'unisson pour rappeler qu'il n'avait pas été initialement envisagé que l'allocation deviendrait progressivement la principale couverture des personnes âgées dépendantes. En 1991, Jean-Yves Chamard, député et vice-président de la commission Boulard, rappelait ainsi, avec l'approbation « autorisée » de René Lenoir, coauteur de la loi de 1975 : « *chacun sait que, lors de sa création et de son adoption, l'hypothèse selon laquelle les personnes âgées dépendantes en bénéficieraient n'avait pas été évoquée* »³. La PSD ne faisait que répondre à une situation dans laquelle les règles destinées à assurer l'application d'une politique se révèlent incomplètes à l'usage. En y remédiant, la PSD fait de la dépendance une notion « réglementaire » en même temps qu'elle offre trois garanties aux conseils généraux : mieux assurer leur autonomie décisionnelle (exclusion des Cotorep et absence de tarification nationale), mieux réguler les dépenses (rétablissement en PSD du recours sur succession, soit le caractère d'avance du droit commun de l'Aide sociale), moraliser et accroître leur efficacité (prestations en nature et non plus versées en espèces).

C'est d'ailleurs la perspective d'une PSD moins avantageuse que l'ACTP qui a nourri le plus fortement la critique. Certains contemporains de la PSD reconnaissent qu'ils n'ont pas toujours adopté une attitude critique lorsque la réflexion sur la dépendance fut initialement réservée aux seules personnes âgées, soit parce que le manque de réponses leur apparaissait plus criant chez les personnes âgées. Soit parce que l'approche conceptuelle du handicap était alors insuffisante. Mais il ne faut pas oublier la distance mise par les porte-parole et responsables associatifs du monde du handicap, refusant d'assimiler personnes handicapées âgées et personnes âgées handicapées du fait de la vieillesse⁴.

3. Intervention à l'Assemblée nationale du 10 décembre 1992.

4. Wahl B., Interview dans le journal *Le Monde* du 21-22 février 1993.

Au final, l'approche ségrégative de la dépendance s'est installée et n'a pas été remise en cause. La réforme créant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) conduite et votée par la gauche en 2001, a ainsi maintenu l'étanchéité des deux mondes. La seule différence notable vient de l'abaissement du seuil de dépendance pour bénéficier de la prestation. Cette modification repart de la grille Aggir (contraction d'Autonomie gérante groupes Iso-ressources) devenue l'outil légal d'évaluation de la dépendance dans le cadre de la loi PSD (décret 97-427 du 28 avril 1997). Cette grille, fonctionnant selon 10 items discriminants cotés à 3 niveaux, permet de ventiler les personnes dans un des six groupes Iso-ressources. Alors que la PSD s'adressait aux GIR 1 à 3 (les plus dépendants), la réforme APA a intégré le GIR 4, groupe pléthorique et hétérogène dont l'exclusion apparaissait problématique. De manière générale, cette grille prolonge notre héritage scientifique et culturel favorisant l'appréhension des problèmes sociaux à travers une grille d'analyse objectivant les coûts, le nombre, le besoin [16]. Dans un environnement marqué par l'incertitude des chiffres, comptabiliser, anticiper, cibler le nombre de personnes âgées dépendantes imposait de se doter d'outils, de définition, aptes à les saisir précisément. Aggir a représenté cet outil commun tant recherché par les pouvoirs publics et opposable aux centaines de grilles d'évaluation de la dépendance. On le voit, la dépendance devient alors « *ce que la mesure mesure* » [64].

Plutôt que de discuter de la grille Aggir, qui s'est maintenue malgré l'accumulation de critiques quant à sa validité, sa performance théorique et son applicabilité, arrêtons-nous quelques instants sur le concept même de dépendance et ses effets.

Les controverses autour de la dépendance

L'approche fonctionnelle des personnes à partir de critères d'essence médicale est depuis longtemps dénoncée par ceux qui refusent la prééminence du médical sur le social, interdisant une lecture plus sociale du handicap et du besoin d'aide qui intégrerait les usages, règles, normes et représentations [35]. Dans son ouvrage de référence [37], Bernard Ennuyer rappelle par exemple qu'en 1976 les dix-huit contributions de *Dependency or interdependency in old age* [50], visaient à replacer le concept d'interdépendance permettant de ne pas isoler la dépendance de la relation sociale. Van den Heuvel, en conclusion, faisait


2. Loi 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.

part de son inquiétude face à l'omniprésence des professionnels dans la définition et l'évaluation de la personne. Il rappelle aussi qu'en France, le Groupe de recherches appliquées en gérontologie (GRAEG) a défendu dès la fin des années soixante-dix la mise au centre de positionnement social de l'individu [32]. De manière générale, le problème de l'approche biomédicale tient à la réduction de la personne âgée à n'être qu'un âge chronologique et une incapacité à faire. Cette approche assigne une identité incapable de restituer la pluralité des expériences intimes du vieillissement et d'intégrer le lien social. L'individu est exclu du jugement même qui est porté sur sa situation. La notion de « dépendance » (*dis*)qualifierait injustement la population âgée puisqu'il n'existerait que des relations d'interdépendance. Si chacun d'entre nous est reconnu dépendant de son environnement, alors la dépendance ne peut être assimilée à un fait biologique circonscrit à un groupe de population.

L'actualité de la seconde série de critiques apparaît encore plus évidente en termes d'enjeux. Elle met en cause le choix singulier qu'a fait l'État français en réservant le qualificatif « dépendance » aux seules personnes âgées. Celui d'une approche causale examinant, au-delà de l'identification du besoin d'une tierce personne, l'origine du handicap. Cette perspective essentialiste n'est pas universelle. En effet, si tous les pays ont privilégié une approche biomédicale du handicap, une partie non négligeable s'est refusée, en termes de politiques publiques, à dissocier les handicapés adultes et les personnes âgées. On parle alors d'une approche finaliste de la dépendance où seules les conséquences du handicap sont prises en compte. De nombreux pays (Allemagne, Suisse, Pays-Bas...), qui ont structuré leur politique autour des « soins de longue durée », prennent exclusivement en compte les conséquences du handicap conformément aux recommandations internationales comme celles du comité des ministres européens ou du Conseil de l'Europe⁵, même si les travaux de la conférence de Lisbonne visaient tantôt les personnes dépendantes, tantôt les personnes âgées dépendantes. Cette singularité conduit à une forme d'isolement français déploré jusqu'au sein de l'État : « *La référence à la dépendance [...] a des conséquences graves qui sont un isolement des pratiques de notre pays par rapport aux communautés professionnelles*

et scientifiques du monde entier, ainsi qu'un isolement en matière de politique publique » [52].

Le départage français entre handicapés adultes et personnes dépendantes apparaît à la fois problématique et bancal. Lors de la réforme créant la PSD, l'argument de l'orientation professionnelle des Cotorep fut mis en avant pour réserver un traitement à part aux personnes âgées. Mais une part importante des handicapés adultes dont elles s'occupent alors n'est-elle pas hors d'état de toute orientation professionnelle (publics orientés vers les foyers occupationnels)? En outre, la création d'une troisième section était envisageable. Mais l'interrogation la plus forte est ailleurs. Le vieillissement des populations handicapées adultes, inédit dans l'histoire, démultiplie les situations de passage d'une réalité administrative à l'autre alors qu'un nombre croissant de personnes handicapées risquent de survivre à leurs ascendants. La problématique des handicapés vieillissants entretient presque plus de similitudes avec celle des personnes âgées qu'avec celle des jeunes handicapés adultes, le plus souvent entourés. Le choix d'une approche causale est encore plus discutable si l'on observe l'analogie des dispositifs d'action publique. Par exemple, les centres locaux d'information et de coordination (personnes âgées) et les sites à la vie autonome (handicap) s'inscrivent dans une logique de dédoublement de leurs missions : informer, conseiller, prescrire et délivrer des solutions de compensation des incapacités (aides techniques, humaines, aménagements de domicile...). Par ailleurs, l'instauration par la loi du 11 février 2005⁶ d'une nouvelle prestation de compensation du handicap en remplacement de l'ACTP emprunte très largement à la philosophie du dispositif APA : elle ouvre droit aux aides reconnues nécessaires pour compenser les conséquences du handicap (et pas seulement des aides humaines), en promouvant de nouvelles méthodes d'évaluation qui vont au-delà des limitations fonctionnelles (apprécier les aptitudes et capacités des personnes) et prennent en compte les aspirations et celles de leur famille. Ces logiques de dédoublement des dispositifs et de recoupement des besoins fragilisent toujours plus la césure handicap/dépendance. L'hypothèse d'une réunification a été soulevée à l'occasion de l'établissement

d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2003/2004). L'Assemblée nationale et le Sénat ont alors semblé reconnaître la légitimité de la position défendue par le Conseil économique et social refusant de considérer l'âge comme un paramètre discriminant de prise en charge [23]. Des paroles aux actes, le chemin reste encore long et difficile au regard de la difficulté générique de l'État français à résoudre des problèmes non sectorisés en fonction de l'expertise du groupe professionnel. Jusqu'ici, l'approche française de la dépendance naturalise des différences d'ordre social quand elle a d'abord prétendu socialiser des différences naturelles liées à l'origine du handicap. 

5. Recommandation n° 98 (9) du comité des ministres aux États membres relative à la dépendance.

6. Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.