



# Les dispositifs d'aide et de prise en charge

**Le vieillissement démographique s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant d'incapacités et ayant besoin d'aide. Le système de prise en charge sanitaire et social est complexe et devrait évoluer vers un dispositif plus intégré.**

## La fragmentation du système de santé et d'aide pour les personnes âgées

**Marie-Aline Bloch**

Directeur de la recherche et de l'innovation pédagogique, EHESP Rennes, Sorbonne Paris Cité, Équipe Management des organisations en santé (MOS), France

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 52.*

**À** l'heure où l'une des priorités majeures de notre stratégie nationale de santé est l'amélioration du parcours de santé des personnes en situation chronique (personnes âgées dépendantes, personnes handicapées, patients atteints de maladies chroniques), un des ennemis identifiés est la fragmentation de notre système de santé et d'aide, et le cloisonnement qu'elle induit.

### **Une question ancienne concernant de nombreux pays**

Le constat de cette fragmentation n'a rien de nouveau. En 1991, Henrard *et al.* [12] mettaient déjà en avant le cloisonnement, en termes financiers, de délivrance de services et de développement de la politique. Par ailleurs la France n'est pas le seul pays confronté à ce problème. Un rapport OCDE de 2007 [34] souligne en effet que de nombreux pays européens disposent d'un système de santé éclaté, notamment entre les différents services de soins ambulatoires, de soins hospitaliers aigus et de soins de longue durée en établissements et services médico-sociaux (*long-term care*).

### **Une fragmentation en augmentation**

Malgré les critiques qui ont pu être apportées concernant cette fragmentation et ses conséquences négatives pour les usagers, pour les professionnels et pour l'efficience du système, il semble que celle-ci soit en continuelle augmentation. Le tableau 1 présente le nombre des principaux établissements et services impliqués dans la prise en charge des personnes âgées ainsi que leur évolution dans le temps. Pour être complet, il devrait aussi comporter les professionnels libéraux, médecins généralistes et spécialistes, et les paramédicaux ainsi que des établissements et services dans le domaine de la santé mentale. On peut constater qu'en dehors du secteur hospitalier, qui a connu une légère baisse du nombre de ses établissements – du fait le plus souvent de regroupements ou de reconversions –, le nombre des autres établissements et services a crû avec notamment l'apparition de nouveaux services pour le soutien à domicile des personnes âgées ainsi que de dispositifs ayant des fonctions d'aide aux aidants et/ou de coordination. À noter au passage des recompositions

tableau 1

## Nombre des principales structures, services ou dispositifs d'accueil ou d'accompagnement des personnes âgées

Nom de l'entité	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Source
<b>Établissements de santé</b>		2934	2890	2856	2877	2838	2784	2751	2710				a
dont hôpitaux locaux publics		342	341	347	346	343	334						
dont CH publics		518	515	504	520	519	511	828	810				
<b>Unités/Services dans établissement de santé</b>													
Unités de soins de longue durée		1060			731					540			b
Hôpitaux de jour gériatriques						126			>80				c
Consultations mémoires labellisées et CMRR		215				353				403			b
Unités neurovasculaires				21		33		87			116		d
Unités de coordination d'onco-gériatrie				9	16						24		e
<b>Autres services de santé</b>													
HAD				123	166	204	231	271	292	303	317	303	f
Centres de santé									~1500				g
Maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé									150-200		>450		h
<b>Établissements médico-sociaux et sociaux</b>													
Ehpad		230			4526					6821			b
Maisons de retraite		6012			2140					441			b
Logements-foyers		2956			2419					2169			b
Centres d'hébergement temporaire		93			41					44			b
Structures avec hébergement temporaire								1739	2087				i
<b>Services médico-sociaux et sociaux</b>													
Service de soins infirmiers à domicile	1760						2048					2075	a, j
Services à la personne pour personnes âgées										10800	11600		k
dont SAD prestataires												1187	j
Services polyvalents d'aide et soins à domicile							47					84	a, j
Équipes spécialisées Alzheimer								39	114	193	342	423	i
Accueils de jour (autonomes et rattachés)		185				740				1781			b
Accueillants familiaux							9220						l
<b>Structures proposant de l'aide aux aidants</b>													
pour aidants seuls		1376				2336				3358			b
pour aidants et personne accompagnée (hors consultation mémoire)		996				1983				2955			b
Structures dédiées à l'aide aux aidants										2385			q
Plateformes de répit								11	11	72	123	134	i
<b>Dispositifs de coordination</b>													
Coordinations gérontologiques		196				161				246			b
Réseaux de santé (toutes spécialités confondues)										716			m
Réseaux gérontologiques		29				51				145			b
CLIC		404				607				592			b
Équipes mobiles gériatriques							160				>250		n
Équipes mobiles de soins palliatifs						327		347	353		363		p
Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)							17		15	57	148	201	b, i, r

Les données des cases vides sont non disponibles.

- a. Drees.  
 b. Fondation Médéric Alzheimer, rapport d'étude, n° 2, septembre 2012.  
 c. APHJPA : Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées.  
 d. Société française neurovasculaire ; plan AVC 2010-2014, ministère des Affaires sociales et de la santé.  
 e. Inca.  
 f. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

- g. Site ministère des Affaires sociales et de la santé, 2010.  
 h. Ministère des Affaires sociales et de la santé ; Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS).  
 i. Site plan Alzheimer 2008-2012.  
 j. Anap/Finess.  
 k. Agence nationale des services à la personne/nOva.  
 l. Rapport Rosso-Debord, Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, 2008.  
 m. Guide DGOS «Améliorer la coordination des soins :

comment faire évoluer les réseaux de santé ? 2012.

- n. Couturier et al., *Repères en gériatrie*, 2008 ; groupe de travail équipe mobile Société française de gériatrie et de gérontologie.  
 p. Rapport Aubry, *États de lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010*, avril 2011 ; Observatoire national de la fin de vie (ONFV).  
 q. Lettre de la Fondation Médéric Alzheimer, juin 2012.  
 r. communication personnelle équipe Projet national MAIA.



liées à la forte médicalisation de ce secteur. Pour décloisonner les structures, ont été créés au fil des années des dispositifs de coordination (coordination gériatologique, réseau de santé, centre local d'information et de coordination (CLIC), équipe mobile de gériatrie, etc.) qu'il est maintenant nécessaire paradoxalement aussi de coordonner [7]. Certains, comme les réseaux, sont tournés majoritairement vers les dimensions médicales de la prise en charge; d'autres, comme les CLIC, se consacrent plutôt au traitement des problématiques sociales. En définitive, sur chaque territoire, les acteurs se trouvent face à une multiplicité d'institutions dont les frontières ne sont pas toujours bien définies, avec souvent des effets de redondance, de compétition, et parfois des manques en termes d'offre de services.

Récemment, la question de la fragmentation et de ses conséquences négatives est devenue plus manifeste au sein des administrations centrales en charge de la santé et du social tout comme son lien avec un certain cloisonnement. Ainsi, la Conférence nationale de santé, dans son avis du 18 juin 2013, indique que « *c'est la désorganisation de l'échelon national et ses fractures institutionnelles qui empêchent aujourd'hui le bon avancement de l'organisation et de la coordination régionales* » et critique un système national « *morcelé et agencifié* ». La feuille de route de la stratégie nationale de santé, rendue publique en septembre 2013, propose d'ailleurs pour y remédier la création d'un Comité interministériel pour la santé.

### Les causes parfois inéluctables de la fragmentation

La fragmentation est tout d'abord le fait de l'inertie des institutions ou dépendance au sentier (*path dependency*) comme souligné par Trouvé et al. [61] avec la juxtaposition depuis longtemps de pouvoirs publics aux logiques différentes (assurance maladie, État, collectivités territoriales). Elle est aussi liée à plusieurs impératifs qui sont autant de bonnes raisons. La première est le développement des savoirs et des compétences avec un besoin accru de spécialisation : l'explosion des connaissances dans le secteur de la santé fait qu'aucun professionnel de santé ne peut aujourd'hui toutes les maîtriser et que se développent des professionnels, des équipes et des services compétents uniquement sur un volet de la prise en charge. De nouvelles spécialités voient le jour comme par exemple l'onco-gériatrie ou la gériato-psychiatrie. La seconde cause de la fragmentation tient à la personnalisation des réponses aux besoins des usagers, fortement souhaitable, mais qui amène à développer de nouvelles réponses plus adaptées et parfois à créer de nouveaux services. Enfin, dans un souci de proximité et de réactivité, une troisième raison est qu'il peut y avoir avantage à créer des structures de petite taille.

### Les dimensions où la fragmentation s'exerce

Dans le tableau 2, nous avons tenté de manière non exhaustive de répertorier les nombreuses dimensions du

système de santé et d'aide concernées par la fragmentation et le cloisonnement : la gouvernance (pilotage et administration) y compris la planification, les juridictions, les cadres de référence et principes, les structures de coordination, la formation, les pathologies ou handicaps, l'âge, le lieu d'hébergement, le statut des établissements et services, les systèmes de gestion et d'information, le système de financement et le découpage territorial. On peut constater que les différences entre les champs sanitaire et social constituent un élément majeur de la fragmentation. Par ailleurs, le cloisonnement dans une dimension peut contribuer à renforcer les cloisonnements dans d'autres dimensions. Donnons plusieurs exemples : le fait que les systèmes d'information ne soient pas compatibles entre deux secteurs va compliquer la coopération entre les professionnels de ces secteurs; les difficultés de communication entre les différentes administrations (administration centrale, agences régionales de santé, directions régionales de la jeunesse et de la cohésion sociale, conseils généraux) risquent de ralentir des prises de décision pour des institutions sous double tutelle; la séparation entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social rend plus difficile la mise en place de formations communes entre des professionnels de ces deux secteurs. De fait, la combinaison des cloisonnements selon ces différentes dimensions ne fait que renforcer l'inertie globale du système.

### Les conséquences de la fragmentation

La fragmentation en soi n'est pas un problème. Ce qui constitue une difficulté, voire un dysfonctionnement, c'est l'incapacité qui en découle pour les acteurs et les institutions à travailler ensemble en combinant les savoirs et expertises, en conciliant les valeurs de chacun et en convergeant vers des objectifs communs. Les retombées négatives de la fragmentation sont nombreuses. Parmi les plus citées, on peut évoquer le problème des ruptures dans le cadre des parcours de soins ou de santé : l'exemple d'une personne âgée dont le retour à domicile n'a pas été préparé, ou dont l'hospitalisation aux urgences aurait pu être évitée. Un autre dysfonctionnement rencontré est la perte d'information entre institutions qui peut amener à des redondances dans les évaluations des besoins ou des examens, et même à des erreurs médicales. La méconnaissance par les professionnels des autres établissements et services sur leur territoire peut conduire à rallonger les délais d'attente pour les personnes âgées ou engendrer une errance diagnostique. De manière plus générale, l'illisibilité de l'offre de santé et d'aide sur leur territoire par la multitude de structures présentes, peut être source d'anxiété pour les personnes en situation chronique et pour leurs proches aidants, ne sachant plus à qui s'adresser. Des surcoûts peuvent aussi être générés du fait de sorties prématurées et/ou de mauvaises orientations pouvant induire des réhospitalisations, ou du fait d'hos-

tableau 2

**Dimensions concernées par la fragmentation**

Dimensions	Principales composantes
<b>Fragmentation liées à des différences entre le sanitaire et le social</b>	
Gouvernance/Administration	<p><i>National</i> Ministères chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées, incluant notamment la Direction générale de la santé, la Direction générale de l'organisation des soins, la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale de la cohésion sociale</p> <p>Ministères chargés du budget et de la sécurité sociale, Assurance maladie, CNSA, CNAV</p> <p><i>Régional</i> ARS, Préfet de région, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale</p> <p><i>Départemental et infradépartemental</i> Délégations territoriales des ARS, préfet, conseil général et autres collectivités territoriales</p>
Juridictions	Code de la santé publique, Code de la Sécurité sociale, Code de l'action sociale et des familles
Cadre de référence	Classification internationale des maladies (CIM10) Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)
Principes d'action	Prévenir, soigner, prendre soin
Structures de coordination	Avec portage plutôt sanitaire : réseaux de santé, équipes mobiles, consultations mémoire Avec portage plutôt social : CLIC, Centres communaux d'action sociale... Voir liste plus complète dans le tableau 1
Les professionnels et leur formation	Médecins (Facultés de médecine), paramédicaux (Instituts de formation des soins infirmiers, Instituts de formation des autres paramédicaux), travailleurs sociaux (Instituts régionaux de travail social)... Cliniciens et gestionnaires
<b>Autres logiques de fragmentation</b>	
Pathologies ou handicaps	Services ou pôles hospitaliers organisés autour des grandes spécialités médicales avec des logiques de maladies, d'handicaps ou d'organes
Âge	Barrière d'âge à 60 ans pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
Lieu d'hébergement	Domicile/établissement
Statut établissements et services	Public, privé à but non lucratif, privé
Systèmes de gestion et d'information	PMSI, Sniiram, données des conseils généraux (APA, action sociale)
Financement	<p><i>Volets</i> Soins, dépendance, hébergement</p> <p><i>Systèmes de tarification</i> Tarification à l'activité, tarification à la dépense, évolution vers une tarification à la ressource, avec différences selon les territoires</p> <p><i>Financeurs</i> Assurance maladie, CNSA, CNAV, CNAF, conseils généraux, municipalités, mutuelles, assurances, usagers</p>
Territoires desservis	Territoires de santé, territoire de l'HAD, territoire des réseaux de santé, territoire des CLIC(s), territoire des équipes APA des conseils généraux, territoire des CCAS...



pitalisations prolongées par manque de places dues à une mauvaise répartition des crédits entre les différents secteurs. Les découpages territoriaux variables selon les structures peuvent aussi occasionner des difficultés. Nous avons ainsi pu observer à plusieurs reprises que le périmètre des territoires desservis par les réseaux de santé gérontologiques était différent de celui des centres locaux d'information et de coordination gérontologiques. Un réseau gérontologique couvrant le territoire de deux CLIC différents, et voulant collaborer de manière rapprochée avec chacun d'eux, devait adapter ses outils aux pratiques des deux CLIC, ce qui s'est avéré difficile. Enfin, cette segmentation peut être un frein à l'innovation pour le développement

de nouvelles structures plus transversales, dans la mesure où l'expérimentation devra impliquer plusieurs financeurs qui devront se mettre d'accord sur la méthodologie et les objectifs recherchés.

### Perspectives

Il n'est pas question de supprimer les différences et spécificités des acteurs et institutions par une homogénéisation ou standardisation excessive. Une tension doit être gérée entre le développement de compétences individuelles spécialisées et de haut niveau et l'émergence de compétences collectives. Plusieurs démarches de coordination et d'intégration des soins et des aides ont déjà pu être développées en France

## La démarche d'évaluation RAI, ses outils, ses applications

Une proportion importante de personnes du grand âge souffre de multiples problèmes de santé chroniques avec restriction des activités de la vie quotidienne et des relations sociales plus ou moins compensées par l'environnement. Elles ont également une vulnérabilité accrue lors des accidents et maladies aiguës intercurrents.

Il en résulte des besoins complexes en aides, soins et traitements.

Satisfaire ces besoins est souvent difficile du fait d'un manque de coordination entre acteurs et institutions (ex. retour à domicile après hospitalisation). Les prestations et services sont en effet dispensés par de multiples intervenants (professionnels, bénévoles et familiaux). En outre, le passage successif dans différents lieux de soins (domicile, hôpital, domicile, institution) accentue cette multiplicité.

Les conséquences de ce défaut de coordination sont l'absence d'instrument commun d'évaluation des besoins et de continuité des aides et soins. Ces défaillances sont source de leur faible qualité et de gâchis financiers (ex. hospitalisations médicalement inappropriées, redondance d'exams).

Le premier élément clé avancé par l'OCDE pour améliorer la coordination des interventions en cas de problèmes de santé chroniques est l'uti-

lisation des techniques d'information et de communication afin de mieux connaître les besoins des personnes aidées/soignées et d'améliorer les performances des prestataires.

Le réseau international, interRAI, de chercheurs et de praticiens a développé, depuis 1992, une gamme d'instruments multidimensionnels standardisés d'évaluation, le premier ayant été destiné à l'évaluation de la situation des résidents des établissements de soins de longue durée. Puis ont été construits des instruments pour les personnes recevant des soins à domicile, celles recevant des soins palliatifs, des soins aigus, des soins en santé mentale.

Une unique évaluation globale standardisée, utilisant un des instruments en fonction de la population et/ou du contexte de soin, permet la mise en place des plans d'aide et de soins personnalisés, de constituer des groupes iso-ressources et d'analyser la qualité des interventions. Depuis 2002, interRAI a entrepris un travail de restructuration des instruments de façon à homogénéiser leur contenu. Le résultat est un véritable système d'information intégré permettant de partager l'information entre les différents intervenants et de suivre les personnes aidées/soignées. La démarche est utilisée dans une trentaine de pays parfois de façon obligatoire.

En France, des programmes pilotes utilisent la démarche RAI sur une base territoriale s'appuyant sur une expérience en cours depuis 2009 (Ehpad, réseaux gérontologiques et MAIA). La mise en place actuellement sur une base expérimentale d'un dossier commun d'aide et de soin (DCAS) a pour but faciliter le suivi des parcours d'aide et de soin.

Pour faciliter la connaissance et le développement de la démarche, l'association France RAI a créé un site web [www.franceraai.fr](http://www.franceraai.fr). Consulter aussi [www.interrai.org](http://www.interrai.org).

### Publications sur la démarche RAI et ses applications

#### Instruments

- Berg K., Finne-Soveri H., Gray L., Henrard J.C., Hirdes J., Ikegami N. et al. « Relationship between interRAI HC and the ICF : Opportunity for operationalizing the ICF ». *BMC Health Services Research* 2009, 9:47
- Gray L.C., Berg K., Fries B.E., Henrard J.C., Hirdes J.P., Steel K. et al. « Sharing clinical information across care settings : the birth of an integrated assessment system ». *BMC Health Services Research* 2009, 9 : 71

Jean-Claude  
Henrard  
Valérie Cérese

avec notamment la mise en place de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) (lire l'article page 36). De manière générale, il semblerait aussi souhaitable de créer des passerelles à tous les niveaux du système de santé, pour favoriser le travail en commun quand cela est nécessaire, en s'appuyant notamment sur des professionnels ayant des doubles cultures. Une notion d'intérêt développée, récemment au Québec, dans le champ de la santé mentale est celle des « soins partagés » [35], qui met en avant le décloisonnement des pratiques professionnelles. Ce principe questionne les valeurs et les cultures professionnelles qui pourront d'autant mieux évoluer que des formations interprofessionnelles seront

développées. Par ailleurs, l'optimisation des parcours de santé et des parcours de vie nécessite de mobiliser les compétences d'autres secteurs de la vie sociale comme le logement, les transports et les activités culturelles, avec lesquels il serait souhaitable d'inventer des nouveaux modes de collaboration.

Enfin, les cloisonnements alimentant d'autres cloisonnements, une politique visant à décloisonner le système de santé et d'aide ne sera réellement efficace que si elle se propose d'agir simultanément sur les différents niveaux du cloisonnement (gouvernance, financement, formation, périmètre des établissements...), ce qui semble être envisagé dans la feuille de route de la stratégie nationale de santé. Affaire à suivre. 🦋

- Henrard J.C., Gardent H. « Les systèmes d'information dans les institutions de soins pour personnes âgées : des grilles de dépendance à la démarche RAI ». *Gérontologie et Société*, 1997 ; 80 : 67-83.

- Hirdes J., Curtin-Telegdi N., Poss J.W., Gray L., Berg K.O., Henrard J.C. *et al.* *interRAI Contact Assessment (CA) Form and User's Manual. A screening Level Assessment for Emergency Department and Intake from Community. Hospital Version 9.2* Washington, DC : interRAI, 2010 (traduction française).

- Morris J.N., Berg K., Bjorkgren M., Finne-Soveri H., Fries B.E., Henrard J.C. *et al.*, *Clinical Assessments Protocols (CAPs) For Use with Community and Long Term Care Instruments*. Washington, DC : interRAI, 2010 (traduction française).

- Morris J.N., Fries B.E., Bernabei R., Steel K., Ikegami N., Henrard J.C. *et al.* *interRAI Home Care (HC) Assessment Form and User's Manual*. Washington, DC : interRAI, 2009 (traduction française).

- Morris J.N., Belleville-Taylor P., Fries B.E., Hawes C., Murphy K., Henrard J.C. *et al.* *interRAI Long Term Care Facilities (LTCF) Assessment Form and User's Manual*. Washington, DC : interRAI, 2009 (traduction française).

### Qualité des soins

- Henrard J.C., Cérèse-Feurra V., Ankril J. « Intérêt du Resident Assessment Instrument (RAI) pour l'évaluation de la qualité des soins de longue durée ». *La Revue de Gériatrie*. 2000, 25 (4), 231-242.

- Moty C., Barberger-Gateau P., de Sarasqueta A.M., Teare G.F., Henrard J.C. « Ajustement d'indicateurs de qualité des soins pour les Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes en France : une étude préliminaire ». *Rev. Epidem. Sante Pub*, 2003 ; 51 (3) : 327-338.

### Comparaisons internationales

- Bos J.T., Frijters D.H.M., Wagner C., Carpenter G.I., Finne-Soveri H., Henrard J.C. *et al.* « Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators ». *Aging Clin Exp Res*, 2007, 19 (4) : 323-329.

- Carpenter I., Gambassi G., Topinkova E., Schroll M., Finne-Soveri H., Henrard J.C. *et al.* « Community Care Services in Europe The Aged in Home care project (AdHoc) ». *Aging Clin Exp Res*, 2004 ; 16 (4) : 259-269.

- Frijters D.H.M., van der Roest H.G., Carpenter I.G.I., Finne-Soveri H., Henrard J.C., Chetrit A. *et al.* « The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project) ». *BMC Health Services Research* 2013, 13 : 138.

- Henrard J.C., Ankril J., Frijters D., Carpenter I., Topinkova E., Garms-Homolova V. *et al.* « Proposal of a service delivery integration index of home care for older persons : application in several European cities ». *Int J Integrat Care*. 2006 Jul 6 ; 6 : e11.

- Onder G., Carpenter G.I., Finne-Soveri H., Gindin J., Frijters D., Henrard J.C. *et al.* « Assessment of nursing home residents in Europe : the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study ». *BMC Health Services Research* 2012 ; 12 (1) : 5.

- Wergeland Sørbye L., Garms-Homolová V., Henrard J.C., Jónsson P.V., Fialova D., Topinkova E., Gambassi G. « A review article summarizing the experiences of the AgeD in Home Care project ». *Maturitas* 2009 Mar 20 ; 62 (3) : 235-42. Epub 2009 Jan 31.



## De la coordination à l'intégration

### Petite histoire d'une recherche permanente de défragmentation du système d'aide et de soins aux personnes âgées

**Joël Ankri**  
Chef de service  
Centre de  
Gérontologie  
- Hôpitaux  
universitaires Paris  
Ile-de-France  
Ouest, directeur du  
Laboratoire Santé  
Environnement  
Vieillesse (EA  
2506), Université  
de Versailles  
Saint-Quentin

Les récentes transitions démographiques et épidémiologiques que connaissent la plupart des pays occidentaux se traduisent par une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes souffrant de maladies chroniques et/ou dégénératives. En France, cette population, vivant principalement au domicile, mobilise une grande diversité d'acteurs, tant professionnels que familiaux. Ces personnes âgées ont des besoins d'aide et de soins multiples rendant complexe leur prise en charge et la planification dans la durée des nombreux services qu'elles sont susceptibles de recevoir. Les dispositifs sanitaires et sociaux de la plupart des pays européens, dont la France, répondent mal à ces besoins complexes du fait du cloisonnement à des degrés divers des secteurs sanitaires et sociaux. Face aux dysfonctionnements induits par ces systèmes cloisonnés et fragmentés, la volonté politique est néanmoins affichée de mieux coordonner les dispositifs existants. Cette préoccupation n'est pas récente dans notre pays.

#### La coordination gérontologique : 50 ans de rapports, plans et circulaires

En 1960, le Haut Comité consultatif de la population et de la famille était chargé d'une étude sur les problèmes de la vieillesse. Dans le rapport Laroque qui en résulta, la notion de coordination y était clairement inscrite. La nécessité de « *mettre à disposition des personnes âgées un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins* » y était soulignée. L'organisation, également, y était précisée : « *Cela passe par une coordination... sous la responsabilité du département dont l'objectif est la planification... par une coordination sociale préconisée au niveau local dont l'objectif est l'orientation de l'utilisateur vers le service adéquat. La coordination doit permettre un maillage du territoire, elle doit permettre une meilleure articulation des interventions* ». Des tentatives de coordination ont alors été entreprises mais peu d'entre elles ont connu le succès.

Un rapide survol historique va nous permettre de décrire depuis cette date l'évolution des concepts et des dispositifs mis en place pour assurer cette coordination dans notre pays.

Dans les années 1970, des programmes spécifiques destinés aux personnes âgées sont inscrits dans les VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> plans quinquennaux de développement économique et social. La notion de coordination est réaffirmée dans

les contrats de secteurs gérontologiques passés entre l'État et les municipalités ou des associations. Mais là encore ce fut relativement un échec, peu de secteurs ont vu le jour dans le cadre des actions prioritaires et de ces plans.

En 1981-1982, la politique vieillesse est relancée et inscrit en son cœur la coordination. Devant l'analyse des échecs précédents, une volonté est affichée de passer d'une logique administrative à une logique partenariale. En effet, du fait des fonctionnements bureaucratiques, la coordination se réduisait souvent à des structures formelles sans tenir compte des pratiques professionnelles. Le constat était déjà fait que l'injonction de mise en place de ces structures ne suffisait pas pour que les professionnels coordonnent effectivement leurs interventions. À l'inverse, de rares expériences de coordination portées au niveau local semblaient avoir obtenu de meilleurs résultats. Elles reposaient principalement sur des relations informelles entre les professionnels qui prenaient l'habitude de travailler ensemble et construisaient collectivement un projet de réorganisation des soins aux personnes âgées. Ce succès reposait ainsi sur une dynamique sociale, des relations et des réseaux relationnels entre les acteurs. Les années 1980 ont donc vu la mise en place des instances locales de coordination gérontologique rassemblant l'ensemble des partenaires concernés, chargées d'assurer l'étude des besoins de la population âgée, la définition des moyens, l'information et la gestion directe des services de voisinage. Mais cette politique de relance n'a pas eu tous les effets escomptés.

À partir des années 1990 vont fleurir les réseaux de santé (confortés par les ordonnances Juppé de 1996) qui affichaient une constante : la coordination et la prise en charge globale des patients avec une vision souvent plus sanitaire que médico-sociale et sans exclusivité gérontologique. Une circulaire de la CnavTS de 1993 précisa la notion de réseau gérontologique comme le moyen d'assurer une meilleure coordination des services. Des équipes pluridisciplinaires autour d'un projet commun d'évaluation de situation et/ou d'intervention ont vu le jour sous la responsabilité de coordonnateurs techniques qui ne portaient pas ce titre. Des limites apparurent très vite comme l'incapacité à intégrer les praticiens libéraux dans ces réseaux pluri-professionnels et la non-pérennisation du financement des fonctions de coordination.

Le XXI<sup>e</sup> siècle s'ouvre avec la circulaire de juin 2000 qui instaure la création des CLIC (centres locaux d'information et de coordination), « guichet unique », lieu chargé de faire connaître aux personnes âgées leurs droits et l'ensemble des possibilités de prise en charge. Ces CLIC opèrent une logique de proximité avec une coordination autour de la personne âgée et de ses besoins, le tout arrimé à un territoire local. Trois niveaux sont créés allant de l'information/conseil à la mise en œuvre et suivi d'un plan de soins en passant par son élaboration en concertation avec la personne âgée et son entourage. Leur développement s'est effectué au fil des années sur le territoire national et leur pilotage est passé aux conseils généraux en 2004. Mais il existe une forte hétérogénéité de ces centres tant en moyens humains qu'en niveau de coordination. Leurs cahiers des charges évoluent et les dialogues avec les professionnels de santé libéraux se développent. Leur rapprochement avec les réseaux gérontologiques s'est avéré comme une nécessité tant sur le plan du service rendu à la population qu'en termes d'efficience.

Pendant ces années-là, tout un pan de recherche a tenté de mieux analyser la coordination. Elle apparaît comme un processus qui opère à niveau relationnel et informel (même au sein d'une structure formelle) entre acteurs institutionnels interdépendants. Deux principales conditions d'émergence de ce processus ont été relevées. La première concerne la nécessaire présence d'initiateurs à la légitimité reconnue (compétences professionnelles dans le domaine de la vieillesse, insertion dans un réseau local d'intervenants gérontologiques) ayant une connaissance approfondie des caractéristiques du dispositif gérontologique. Ils parviennent à se faire les porte-parole de la nécessité de changement, à mobiliser les autres intervenants dans une dynamique de concertation suivie d'une véritable coordination et contribuent à modifier la structure des relations entre les divers intervenants. Une seconde condition essentielle est représentée par la reconnaissance de la nécessité de disposer d'un outil commun standardisé multidimensionnel. Celui-ci permet une approche globale des besoins, à partir duquel peuvent être extraits des indicateurs et algorithmes valides pour répondre aux objectifs. Cet outil devenant un réel système d'information, il est un langage commun entre tous les acteurs. Il permet entre autres de déterminer l'éligibilité à une prestation, d'analyser la demande et d'orienter la personne vers les services appropriés, de guider les réponses par des recommandations de bonne pratique, de suivre l'évolution des situations individuelles par des évaluations périodiques pour adapter les réponses, de communiquer entre services et institutions, d'évaluer la qualité des interventions, de mesurer le coût par des groupes iso-ressources afin d'allouer au mieux les moyens.

Parallèlement, les obstacles à la mise en place de ces structures de coordination ont été analysés. Les plus fréquemment retrouvés sont la résistance face

aux innovations sociales perçues comme remettant en cause les pratiques habituelles, le fonctionnement bureaucratique qui réduit la coordination à des procédures formelles supplémentaires, la fragmentation des responsabilités en matière de financement et d'organisation et bien entendu la dichotomie entre le secteur sanitaire et social, le domicile et l'institution, le somatique et le psychiatrique, etc. Au niveau général, on retrouve le processus de sédimentation, le fameux « mille-feuille » où toute nouvelle structure ou procédure est additive, compliquant le dispositif.

### Les années 2010 vers un système intégré ?

Venu en grande partie du continent nord-américain et notamment du Québec, le concept d'intégration, qui préexistait depuis les années 1990, s'est introduit en France au cours du Plan Alzheimer 2008-12 comme une réponse à la fragmentation du système. Les MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) ont été un modèle pour cette intégration. Elles avaient pour but une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement afin de construire un parcours de prise en charge personnalisé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Cette dénomination de « maison », unanimement regrettée, donne à penser que la MAIA est un lieu, un centre, ce qui s'oppose au concept même d'intégration. Les textes ont très rapidement élargi la population cible aux personnes âgées en perte d'autonomie, la dénomination « Alzheimer » n'ayant du coup plus de sens. C'est une réponse aux situations complexes du grand âge.

La MAIA, contrairement aux structures précédentes, a vocation à englober tous les acteurs, y compris ceux du secteur sanitaire. Cette intégration se définit à partir d'un territoire, sur plusieurs niveaux d'implication (niveau de la direction des services, de délivrance des soins et de l'aide, du financement et de la régulation), de façon intersectorielle (sanitaire, médico-social, social) avec un partage obligatoire de responsabilité sur le projet mené. Elle s'accompagne d'une remise en cause du fonctionnement interne des partenaires (outils utilisés, procédures, moyens, mode d'orientation et missions) et un partage d'outils de gestion et de données afin d'assurer une responsabilité conjointe sur la réponse aux besoins de la population ciblée. La MAIA ne traduit pas une logique institutionnelle mais s'appuie sur l'existant et les relations de terrain pour atteindre les objectifs d'une meilleure prise en charge de la population. Elle ne constitue en rien une strate de plus dans le dispositif. Elle a également permis l'émergence de nouveaux métiers comme les gestionnaires de cas et les pilotes MAIA et a tenté de répondre à toutes les critiques des analyses que nous avons évoquées plus haut.

Mais parallèlement, l'année 2010 a vu la création dans le cadre de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé Territoires) des agences régionales de santé (ARS) dont





la mission de coordination des actions sanitaires et médico-sociales est mise en avant, à l'origine de conflits potentiels de territoire avec les conseils généraux, dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées et des MAIA. Des rapports ont, de plus, vu le jour au cours de ces trois dernières années dans le champ des personnes âgées et chacun d'entre eux a évoqué le problème de la coordination en affichant des propositions de solutions pas toujours cohérentes les unes avec les autres.

L'histoire s'arrête ici pour aujourd'hui. Elle s'est égrenée au cours de ce dernier demi-siècle de rapports, de livres blancs (ou noirs), de plans, de circulaires et d'expérimentations. Rien n'est encore complètement réglé dans le domaine de la coordination gérontologique et l'intégration des services. L'approche intégrative est reprise par l'ensemble des pays comparables au nôtre, il s'agit maintenant de savoir consolider ce dispositif afin d'assurer la meilleure prise en charge à la population âgée. 📌

## La politique d'aide aux aidants

**Michka Naiditch**  
Institut de recherche  
et documentation  
en économie de la  
santé (Irdes)

**L**ongtemps occulté ou invisible, le rôle des aidants informels dans la délivrance de l'aide et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie est de plus en plus reconnu depuis que diverses enquêtes européennes ont démontré que l'aide informelle en constitue la part dominante et contribue à atténuer drastiquement le montant du financement de la dépendance. Si une politique en faveur des aidants semble donc s'imposer comme composante majeure de celle en faveur des personnes âgées dépendantes, force est de constater qu'en dehors de rares contre-exemples, elle peine à s'imposer, notamment en France. Quelles en sont les raisons ? Et quelles devraient être la logique et la nature des mesures en constituant l'ossature. Différentes études et recherches comparatives européennes permettent de répondre.

### Pourquoi une politique d'aide aux aidants ?

Parce que l'aide informelle demeure prépondérante. De natures variables selon les pays, elle concerne les activités de la vie quotidienne (AVQ) dont les soins corporels à la personne, les activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ), mais aussi le soutien moral et psychologique et l'accompagnement pour l'intégration et la participation à la vie sociale des personnes âgées en perte d'autonomie. La part informelle de l'aide ainsi définie a été estimée en France à environ 60 % de l'aide totale en nature et en monétaire [17] et à 75 % en moyenne en Europe, avec une assez faible dispersion entre pays [13]. Elle demeure majoritaire même dans les pays scandinaves ou en Hollande où l'aide professionnelle est aisément accessible. Ce résultat paradoxal s'explique par sa très forte variabilité en termes de fréquence, d'intensité, de durée et surtout de sa nature selon les pays. Dans ceux du pourtour méditerranéen ou de l'Est de l'Europe, l'aide professionnelle demeurant très limitée, les aidants réalisent la majorité des soins personnels en plus des activités instrumentales de la vie quotidienne ; dans les pays scandinaves et en Hollande, avec une aide professionnelle abondante, les professionnels réalisent les activités les plus lourdes,

les aidants se concentrant sur les tâches domestiques simples et le maintien de la participation sociale de leurs aînés. Le recours aisé à l'aide professionnelle ne réduit donc pas l'implication familiale mais engendre une transformation de la nature de l'aide. En France, lorsque professionnels et aidants coexistent, le partage est plus équilibré mais c'est presque toujours l'aide informelle qui l'emporte en durée [56]. Tout ceci suggère une absence d'effet d'éviction des solidarités familiales par les solidarités publiques [8].

### Au-delà d'un certain seuil l'aide s'accompagne d'effets délétères sur le bien-être des aidants...

Portée sur la base d'une solidarité familiale et intergénérationnelle, l'aide concerne majoritairement les femmes (75 % en France) et sa forme est sexuée : soins corporels et tâches domestiques à plus forte charge mentale, émotionnelle et physique [13] pour les femmes ; tâches administratives et logistiques moins contraignantes pour les hommes. Les analyses réalisées notamment à partir des données des enquêtes SHARE et ELSA<sup>1</sup> montrent qu'une aide limitée s'accompagne souvent d'un meilleur état de bien-être des aidants [24]. Mais qu'au-delà d'un certain seuil, fonction du volume, durée, fréquence et intensité de l'aide, le bien-être de l'aidant s'altère avec apparition de problèmes de santé physiques, mentaux et psychologiques [13]. Les restrictions de temps de vie familiale, professionnelle et sociale peuvent aboutir à un état d'épuisement physique et/ou de détresse morale génératrice d'isolement social mais aussi d'un état de pauvreté [22]. Les configurations d'aides variant aussi en fonction du type de dépendance [25] ses effets négatifs étant plus marqués chez les aidants uniques, âgés et cohabitant, plus limités quand l'aide est partagée entre plusieurs

1. Ce sont deux enquêtes en population générales réalisées tous les deux ans et qui concernent les personnes âgées de plus de 50 ans (Europe, Angleterre). Les caractéristiques suivies sont la santé, les conditions de vie (actif, retraité) et les relations sociales et familiales et notamment les relations d'aide.

*Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale  
p. 52.*

aidants. D'où une première cible : les aidants âgés isolés. Mais pas uniquement.

#### L'aide peut entraîner une diminution de la participation des aidants au marché du travail

Les données issues de différentes enquêtes européennes citées permettent de montrer qu'apporter de l'aide rend plus difficile l'accès au marché du travail : les aidants en âge de travailler sont plus nombreux à ne pas être en emploi. Ceux qui le sont souhaitent très majoritairement pouvoir y demeurer sans diminuer leur temps de travail. Travailler leur évite d'être entièrement absorbés mentalement par leurs tâches d'aidants et ils sont prêts à accepter des aménagements de temps et de conditions de travail, même au détriment de leur carrière. Ceci pourrait expliquer que leur retrait soit plus fréquemment partiel que total et que les aidants en emploi travaillent en moyenne deux heures de moins que les non-aidants. L'augmentation progressive du temps d'aide finit par rendre cette conciliation impossible, menant au retrait total qui touche plus souvent les femmes. Mais le seuil à partir duquel il se déclenche est variable selon les pays : plus faible dans les pays du Sud et de l'Est comparés à ceux du Nord et de la Hollande, la France, l'Allemagne et l'Angleterre se situant en position intermédiaire.

La conclusion à tirer est qu'une politique d'aide aux aidants ne saurait consister uniquement en la mise en place de mesures facilitant la réalisation du « care » par les aidants âgés mais qu'elle doit absolument inclure des mesures spécifiques de conciliation entre travail et aide ciblant les aidants plus jeunes en âge de travailler.

#### Une ressource qui risque de se raréfier dans le futur

Le regain d'intérêt pour l'aide informelle, jusqu'alors invisible, est directement lié à l'existence de la crise financière et économique entraînant des difficultés à financer l'aide professionnelle, laquelle trouve ses limites du fait de l'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population. Ce revirement apparaît au moment où le maintien à domicile des personnes âgées est privilégié à l'institutionnalisation pour des raisons économiques et de préférence des personnes âgées et de leur famille [21]. Ces évolutions impliquant un plus fort recours aux aidants se produisent alors que des menaces sur leur disponibilité future se font jour du fait des évolutions de la dynamique des familles et de la société : diminution du nombre d'enfants par ménage, augmentation de la décohabitation intergénérationnelle et du nombre de familles recomposées, promotion du travail féminin. Ces facteurs n'étant pas contrebalancés par ceux favorisant leur plus grande disponibilité : diminution d'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes ; augmentation de l'espérance de vie en bonne santé mais qui semble remise en question [55].

Cet ensemble de faits a amené les décideurs politiques à s'intéresser aux mesures permettant de garantir la

pérennité de l'aide informelle dont la durée va inéluctablement croître en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et du recul de l'âge de la retraite (d'où un risque accru de dégradation de leur santé).

#### Des difficultés à articuler politique en faveur des personnes âgées et celle en faveur des aidants

Parmi celles-ci, nous citerons la prégnance de la conception selon laquelle les besoins et attentes des aidants sont « naturellement » alignés sur ceux des personnes aidées. Cette synergie *a priori* positive suggère que toute mesure en faveur d'un des deux acteurs répondra automatiquement aux besoins de l'autre. Cette conception sous-estime la nature parfois conflictuelle des points de vue des aidants et de la personne âgée concernant la nature de l'aide (formelle/informelle ; monétaire/en nature) ou de son usage. Les prestations monétaires ciblant les personnes âgées (APA) peuvent induire des relations de domination, l'aidant devenant l'obligé de la personne aidée ou inversement, prenant le contrôle de la prestation et de son usage sans respecter ni les volontés ni les besoins de la personne âgée. De même, si l'accès aux services apporte le plus souvent des bénéfices, simultanément à la personne âgée et à ses aidants, des conflits peuvent néanmoins surgir : soit du fait que la personne âgée ne souhaite pas qu'un professionnel se substitue à un aidant pourtant épuisé ou désireux de travailler ; ou qu'à l'inverse ce dernier refuse un répit, la personne âgée ne la souhaitant pas ou la structure d'accueil étant jugée inadéquate par l'aidant. Il peut aussi y avoir conflit dans le partage des tâches entre professionnels et aidants. Dans tous ces cas, les bénéfices attendus des mesures mises en place risquent de ne pas être au rendez-vous. L'enjeu d'une politique d'aide aux aidants réside donc dans sa capacité à trouver le bon équilibre afin de répondre globalement de manière adéquate aux attentes et besoins non nécessairement congruents de chaque type d'acteur.

#### Un cadre d'analyse pour les politiques d'aide aux aidants

Le cadre de description de l'ensemble des mesures possibles de support aux aidants (dont certaines n'existent pas en France) (tableau 1) a été conçu [60] afin de faciliter la description et l'analyse comparative de ces politiques en tenant compte des difficultés mentionnées. En sus de son caractère (monétaire ou en nature), chaque mesure figure dans une des quatre catégories construites à partir de deux critères dichotomiques. Le premier permet de différencier sa(es) cible(s) : mesure visant uniquement les aidants (spécifique) ou visant les deux acteurs (non spécifique). Le second permet d'affiner cette première segmentation. Une mesure spécifique sera qualifiée de directe si elle vise à améliorer la délivrance effective de l'aide (dimension performative) : par exemple la formation des aidants. Elle sera dite indirecte si elle vise à créer un contexte institutionnel ou organisationnel facilitant (dimension incitative) l'existence ou le maintien dans de bonnes conditions de l'aide (par exemple : flexibilité



tableau 1

<b>Actions de support</b>	
<b>Mesures spécifiques directes</b>	
<b>En nature</b>	
Approche cognitive	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information, conseils, avis</li> <li>• Éducation, formation</li> </ul>	des aidants naturels des aidants professionnels
Approche émotionnelle, psychologique	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien apporté par...</li> </ul>	des professionnels des groupes de pairs
Approche sociale	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loisirs, bons moments, culture, vacances</li> </ul>	
Approche « santé »	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-up/visites médicales/Cafés « Alzheimer »</li> <li>• Programme « Bien vieillir »</li> </ul>	
<b>Monétaires</b>	
Types d'usage	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complément de revenu</li> <li>• Reconnaissance formelle</li> <li>• Substitutif à l'aide professionnelle</li> </ul>	
<b>Mesures spécifiques indirectes</b>	
<b>Reconnaissance « politique »</b>	
Groupe de revendication	
<b>Facilitation de l'activité professionnelle des aidants</b>	
Droits à la retraite	
Droits à la protection sociale	
Existence de congés « aidant familial » et possibilité d'être rémunéré	oui non
Aménagement des horaires de travail (activité professionnelle)	légal Informel
<b>Reconnaissance des besoins de l'aidant</b>	
Évaluation spécifique des besoins	
Formation de professionnels	
<b>Mesures non spécifiques directes</b>	
Modalités de répit	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours temporaires en institution</li> <li>• Centres de jour</li> <li>• Garde à domicile de la personne âgée (nuit, jour, week-ends, 24 h /24)</li> </ul>	
<b>Mesures non spécifiques indirectes</b>	
<b>Monétaires</b>	
Allocation pour la personne âgée dépendante	
Budget personnel	
Exemptions fiscales	
Bons monétaires (Chèque emploi-service universel, Cesu).	
<b>En nature</b>	
Accès aux services de soins de long terme (financement public)	
Adaptation du logement	
Informatique	Télesurveillance simple Télesurveillance complexe

des horaires de travail). Une mesure non spécifique sera dite directe si elle vise prioritairement l'aidant, par exemple tout dispositif de répit. Elle sera dite indirecte si sa cible prioritaire est la personne âgée (par exemple : aménagement du logement, allocation personnalisée d'autonomie).

### Quelle place a la France par rapport à ses voisins en termes de politique d'aide aux aidants ?

L'analyse comparative menée en utilisant ce cadre [46] montre que l'existence d'une politique d'aide aux aidants efficace, *i.e.* permettant de compléter l'aide professionnelle en maintenant le bien-être de l'aidant, n'est envisageable que s'il existe un accès adéquat des personnes âgées en perte d'autonomie à des services professionnels, c'est-à-dire dès lors que leur intervention est incontournable. Dans les pays où l'accès aux services est restreint et où les aidants interviennent de façon intensive, il ne peut exister de véritable politique d'aide aux aidants dans la mesure où cette politique vise davantage à se substituer à celle visant les personnes âgées dépendantes qu'à la compléter (Angleterre, Italie). Les mesures de conciliation entre aide et travail y sont donc peu développées.

Une politique efficace d'aide aux aidants doit prévoir un ensemble de mesures répondant aussi aux besoins spécifiques des aidants en âge de travailler ou en emploi. Son efficacité va dépendre de la qualité des politiques globales d'emploi et du travail, mais aussi de la qualité des relations sociales existant au sein des entreprises, en rendant celles-ci sensibles aux problèmes des aidants<sup>2</sup>. La Suède et la Hollande sont dans ce cas depuis longtemps, mais l'exemple récent de l'Allemagne est aussi parlant : alors que lors de la mise en place de l'assurance dépendance en 1995, le taux d'emploi des femmes était faible, cette conciliation est devenue un enjeu essentiel dans les années 2000, la nouvelle politique de l'emploi visant à accroître leur accès au marché du travail. La réforme de 2008 de la dépendance a accompagné cette transition par

des mesures spécifiques s'adressant aux aidantes en emploi. Mais si les pays nordiques et la Hollande sont ceux qui ont le mieux réussi, c'est aussi du fait que les politiques familiales du logement et des transports créaient un contexte global favorable au niveau législatif<sup>3</sup>. Il en résulte qu'une politique d'aide aux aidants efficace ne peut être qu'intersectorielle.

La France est dans l'expectative [37] car elle fait face, relativement au problème de la conciliation travail/aide, à plusieurs difficultés objectives : la coexistence d'un marché de l'emploi tendu, de relations sociales dégradées au sein des entreprises [49], d'une faible flexibilité dans l'organisation du travail et d'une politique de l'emploi qui a fait des plus de 50 ans une variable d'ajustement, alors que les femmes travaillent majoritairement à temps partiel. D'où une politique d'aide marquée par une rhétorique compassionnelle centrée sur les aidants âgés et en particulier les aidants « Alzheimer », promue cause nationale depuis dix ans et qui semble avoir détourné l'attention des autres dimensions cruciales d'une politique d'aide globale aux aidants, tout en mettant en concurrence les autres publics concernés par une politique globale de soutien à tous les types d'aidants. La Conférence de la famille de 2008 semble avoir été un des rares moments de consensus où politiques de la petite enfance, du handicap et de la vieillesse ont été pensées synergiquement.

Il faudra donc une forte volonté politique pour faire de la conciliation entre travail et aide un des axes prioritaires de la nouvelle politique d'aide aux aidants dans le cadre d'une refondation de la politique visant les personnes âgées dépendantes. La note de prospective de la CNSA [11], ainsi que les préconisations du Centre d'analyse stratégique [27] en sont deux signes encourageants. Car seule une conception large de la politique d'aide aux aidants transcendant le secteur médico-social sera à même de faciliter la participation sociale de tous les types d'aidants et à faire de l'aide informelle un outil individuel du bien-être de la personne aidée et de son aidant mais aussi un outil collectif contribuant au renforcement des liens sociaux. 🧡

2. Employers for Carers. Business case, 2010 : <http://www.employersforcarers.org/>

3. *Ibidem.*