

## PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES : LE TEMPS DE LA PLANIFICATION

Stéphane Le Bouler

Presses de Sciences Po | « Les Tribunes de la santé »

2005/2 n° 7 | pages 49 à 58

ISSN 1765-8888

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2005-2-page-49.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Personnes âgées dépendantes : le temps de la planification

**Presses de Sc. Po.** | *Les Tribunes de la santé*

2005/2 - no 7

pages 49 à 58

ISSN 1765-8888

---

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-2-page-49.htm>

---

Pour citer cet article :

"Personnes âgées dépendantes : le temps de la planification", *Les Tribunes de la santé*, 2005/2 no 7, p. 49-58.

---

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sc. Po..

© Presses de Sc. Po.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## VIELLISSEMENT ET SANTÉ

# Personnes âgées dépendantes : le temps de la planification

Stéphane Le Bouler

La prospective des besoins en établissements pour personnes âgées dépendantes n'est pas séparable d'une analyse globale de la prise en charge de la perte d'autonomie. Il importe d'étudier le domaine propre de l'hébergement en institution en l'insérant dans un ensemble plus large, pour deux raisons : les alternatives radicales (domicile/établissement, solidarité familiale/solidarité publique) ont de moins en moins de sens, et la planification est nécessairement soucieuse des effets externes et des irréversibilités qu'elle crée. Il ne s'agit pas de dévoiler le chiffre magique des besoins liés à la dépendance mais de préparer les engagements d'une collectivité sans préempter le futur en bloquant des évolutions possibles ou souhaitables.

1. Par lettre de mission en date du 31 janvier 2005, Catherine Vautrin, secrétaire d'État aux personnes âgées, a demandé au Commissariat général du plan d'évaluer les besoins d'hébergement en établissements des personnes âgées dépendantes. Conformément aux termes de cette commande, les trois volets suivants seront examinés : détermination du besoin en nombre de places nouvelles en EHPAD à l'horizon 2010-2015 et estimation à l'horizon

Sauf à réduire la planification à quelques attributs frustes, il est intéressant d'en tester les usages sur un objet tel que la prise en charge des personnes âgées dépendantes<sup>1</sup>. Plusieurs questions pratiques de construction des politiques publiques seront traitées ici. Comment construit-on la vieillesse et la dépendance dans les statistiques, dans les lois et règlements, dans les représentations symboliques ? Comment la puissance publique s'insère-t-elle dans les échanges familiaux ? Comment organiser, dans nos systèmes démocratiques, la délibération sur la répartition intergénérationnelle des ressources ? Comment organiser la péréquation territoriale ? Quel rôle pour la puissance publique face à la médicalisation de la vieillesse ? Quelles innovations soutenir ? Quelles dépenses faire prendre en charge par la collectivité ?

### LE SENS DE LA PLANIFICATION

*La notion de besoins et ses usages*

Quelques données de cadrage peuvent être rappelées : la population des

2025 ; répartition géographique des établissements sur le territoire et définition d'un modèle optimal de constitution d'un EHPAD (taille, rapport avec d'autres types d'hébergement, éléments de programme architecturaux) ; financement des opérations de construction en tenant compte des capacités financières et des contraintes résultant du statut des différents intervenants potentiels (secteur public, secteur privé associatif et secteur privé commercial). Les rapports correspondants sont attendus respectivement pour juin, octobre et décembre 2005.

2. « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030-2050) », Insee, *Résultats Société*, n° 16, juillet 2003.

3. Selon l'Insee, « le vieillissement devrait toucher plus particulièrement les départements peu urbanisés du centre de la France, de l'Ouest et du Massif central, ainsi que le nord-est du pays. Il devrait être moins important sur le littoral méditerranéen, en région Rhône-Alpes et surtout en Île-de-France ».

4. OCDE, *Policies for an ageing society: recent measures and areas for further reforms*, Economics Department, Working Paper 369.

65 ans et plus représentait 11,4% de la population en 1950, 16% en 2000. Elle représentera, selon le scénario central des projections de l'Insee<sup>2</sup>, 17% en 2010, 21% en 2020 et 24,9% en 2030. La population des 75 ans et plus représentait 7,2% de la population en 2000, elle représentera 9% en 2010, 9,6% en 2020, 13,1% en 2030. Les effectifs des plus de 75 ans passeront ainsi de 4,23 millions en 2000 à 5,5 millions en 2010, 6 millions en 2020 et 8,3 millions en 2030. En termes de répartition territoriale, les évolutions nationales seront amplifiées ou, au contraire, atténuées en fonction des phénomènes migratoires<sup>3</sup>.

En comparaison internationale, les projections prises en compte par l'OCDE<sup>4</sup> sont manifestement sujettes aux différences de modélisation. Elles font état d'un impact du vieillissement sur les dépenses publiques de santé (court et long terme) variant de 0,5 point de PIB en Corée à 6,2 points en Australie sur la période 2000-2050. Les chiffres affichés par la France, l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni sont respectivement : 2,5, 3,1, 2,1 et 1,7 points.

Face à ces chiffres, le débat public oscille souvent entre catastrophisme et relativisme, attitude de déni et cécité. Les chiffres de la démographie sont pourtant connus. S'il demeure bien des incertitudes en matière de dépendance, cela tient pour une part à la lenteur de la construction du système d'information et d'enquêtes de référence. Il existe des marges considérables à exploiter dans la prévention de la perte d'autonomie et dans la prévention de l'institutionnalisation. Donner pour acquis les scénarios du pire en matière de prévalence future de la dépendance n'est donc pas forcément de bonne politique. Personne n'aura la naïveté de croire que les rapports commandés au Plan l'ont toujours été à des fins d'action. D'autres motifs sont d'ailleurs parfaitement légitimes. Il n'empêche, la responsabilité de l'institution est de borner les anticipations, même lointaines, et de révéler les engagements... et les pièges.

Que sait-on ? Compte tenu de la démographie, les populations de très grand âge vont fortement progresser dans les années à venir. Ce fait est doublement exceptionnel : il l'est, dans nos sociétés, eu égard aux effectifs concernés ; il l'est aussi au regard de la situation en dehors des pays industrialisés. Compte tenu des évolutions respectives de l'espérance de vie à 60 ou 75 ans et de l'espérance de vie sans incapacité, les effectifs de personnes requérant potentiellement une prise en charge pour cause de perte d'autonomie vont également progresser.

Au-delà, le jeu est ouvert. La question de la prise en charge de la perte d'autonomie invite à se méfier des « faux amis » : traduire les données de prévalence en « besoins » de prise en charge est une opération délicate. Com-

5. Économiste à l'université Paris-Dauphine.

me l'explique Agnès Gramain<sup>5</sup>, plusieurs transformations sont nécessaires : passer des déficiences à l'expression d'un besoin d'aide, puis à l'expression d'une demande, laquelle rencontre une offre de prestation qui déterminera le niveau de consommation effective. Ces transformations sont insérées dans un contexte économique et social et dans un cadre institutionnel et légal. Elles dépendent par ailleurs largement des caractéristiques individuelles, de l'habitus des personnes âgées (rapport antérieur aux services sociaux et aux services domestiques, rapport à la famille et aux enfants, rapport à la santé et au corps, appartenance à la société locale...).

Sous ces réserves, qui ne sont pas de forme, si l'on tient pour acquis la progression des effectifs dans les décennies à venir, même dans les scénarios les plus optimistes, il est légitime de renforcer l'offre correspondante.

*Portée des engagements et « soutenabilité »*

Croisées avec l'état actuel du parc et de son utilisation, les données démographiques et épidémiologiques et les données relatives à la construction d'un taux d'institutionnalisation sont censées permettre de dégager un nombre de places cible dans une gamme de prise en charge définie.

À l'échéance 2010-2015, il ne servirait pas à grand-chose de bâtir des scénarios de changement radical de la prise en charge. Il faut cependant être attentif aux tendances émergentes et aux possibilités de diversification. Pour l'échéance 2025, les jeux sont plus ouverts. L'évolution du pouvoir d'achat des personnes et de leurs capacités contributives mérite d'être étudiée. Compte tenu de la démographie et de la situation des aidants, les contraintes évolueront inmanquablement mais une échéance lointaine peut aussi ménager la possibilité d'engranger les résultats d'une politique volontariste de développement de la prise en charge à domicile ou des formules d'hébergement intermédiaires.

De la même façon, s'il est temps de se préoccuper aujourd'hui d'optimiser la construction de nouvelles places, la première échéance ne permet pas d'envisager une configuration du parc radicalement nouvelle, alors que l'échéance 2025 permet de se situer – au moins pour un scénario – dans ce registre.

À quoi servirait-il d'anticiper si on ne se donnait pas les moyens de faire face ou si, tout simplement, on négligeait un certain nombre d'obstacles majeurs à une politique se voulant volontariste ? Il convient donc de vérifier que la programmation est adéquate et cohérente dans le temps, possible, soutenable. Cela suggère d'étalonner la croissance des besoins, de vérifier l'adéquation de la réponse en termes de montée en charge des équipements fournis, et implique notamment d'étudier de près les durées de réalisation des

équipements. Il convient aussi de considérer les besoins humains liés à cette prise en charge en établissement. L'anticipation a pour objectif d'optimiser l'utilisation des ressources publiques et privées ; il reste que cet effort doit être mesuré pour lui-même.

### *Irréversibilités*

Imaginons que demain les pouvoirs publics décident de renoncer au privilège donné depuis des décennies (au moins dans les déclarations) au maintien à domicile et développent un programme massif de construction de nouvelles places en établissement. Supposons que ces investissements trouvent effectivement leur financement, se fassent dans de bonnes conditions et permettent à terme de sortir de la situation de rationnement relatif de l'offre. Que créerait-on ainsi ? Cette politique générerait inmanquablement et par construction quantité d'effets d'aubaine. En outre, démultiplier les initiatives pour promouvoir la construction ne garantirait pas une répartition optimale sur le territoire. On imagine aussi les problèmes de recrutement de personnel quand la situation présente apparaît déjà tendue. Il n'est enfin pas du tout évident de sortir d'une situation de pénurie relative.

Supposons que les questions précédentes trouvent une réponse adaptée. Il reste qu'un tel choix de l'institutionnalisation – forcément exclusif – créerait des irréversibilités redoutables. Il tarirait les possibilités de développement de l'offre à domicile : on constate aujourd'hui des effets d'attraction importants des personnels de la campagne vers la ville et du domicile vers les établissements. Cela bloquerait par ailleurs les alternatives alors que toutes les initiatives du moment dévoilent les prémices – certes un peu confuses – d'une diversification de la prise en charge. La programmation immobilière a enfin ceci de particulier qu'elle inscrit des formes contingentes dans la durée : il y a un consensus aujourd'hui autour d'établissements de 60-70 lits, en faveur d'une certaine configuration du bâti... Qu'en sera-t-il demain ?

Le besoin de planification est là : comment sceller des engagements de la collectivité sans préempter le futur en bloquant des évolutions possibles ou souhaitables ?

### **D'ABORD CONNAÎTRE**

Depuis les travaux de la Commission présidée par Pierre Laroque en 1960, il n'a certes pas manqué d'études et de rapports sur la prise en charge de la dépendance et les conditions du maintien à domicile. Pourtant, la lente construction institutionnelle trouve son pendant dans la mobilisation tardive des ressources de la connaissance.

6. Voir le numéro spécial de la *Revue française des affaires sociales* consacré à l'enquête HID, n° 1-2, janvier-juin 2003.

Nous n'en sommes plus là aujourd'hui. S'il reste encore beaucoup de points aveugles, un certain nombre d'enquêtes ont permis de progresser dans la connaissance des caractéristiques des populations présentant des déficiences, mais aussi dans la connaissance des aidants familiaux ou de proximité et de l'offre professionnelle : les enquêtes HID à domicile et en établissement, l'enquête EHPA, les remontées d'information de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), le *benchmarking* européen et les études de l'OCDE nourrissent aujourd'hui le débat et autorisent des exercices de modélisation<sup>6</sup>.

Cet effort de connaissance se décline obligatoirement aujourd'hui à l'échelle du territoire de planification qu'est le département. Les schémas gérontologiques sont ici un support privilégié. Au fil des initiatives législatives, l'objet évolue. Plus important, il se « bonifie » peu à peu. La concertation avec les professionnels et les usagers (avec difficulté en l'espèce), l'effort d'appréciation des besoins et des caractéristiques de l'offre, voire les tentatives de construction des territoires de prise en charge se font plus ambitieux. Comme l'explique Alain Colvez, les schémas départementaux permettent de rassembler un ensemble de faits gérontologiques (ce qui pose des questions de disponibilité des données, de culture gérontologique sur le territoire). Ils sont aussi l'occasion d'élaborer un diagnostic partagé à l'échelle du département, sachant qu'un des enjeux est sans doute la capacité à construire les territoires et les pratiques de recours à un niveau infradépartemental pertinent. Les schémas sont enfin – et seront encore plus demain – un élément clef du partage des responsabilités avec l'État, en vue de la planification des équipements, de la péréquation et de l'établissement des passerelles avec les autres schémas d'organisation (en matière de handicap ou d'organisation sanitaire notamment).

Il demeure bien des disparités et des efforts à réaliser, mais on voit s'esquisser là un des attributs modernes de la répartition des compétences : des efforts parallèles – de l'État central et des collectivités – pour construire la connaissance. Reste sans doute à élaborer des ressources partagées : référentiels de bonnes pratiques, mutualisation des efforts de modélisation, articulation des échelles territoriales...

### LE SOUCI DE L'ÉQUILIBRE

*Écrire la solidarité au pluriel*

La construction réglementaire ou administrative de la dépendance est en prise directe avec une double logique, individuelle et familiale. Les sociologues ont souvent fait état d'un processus de négociation entre les personnes âgées, leurs proches et les professionnels. La dépendance est souvent niée, du moins au départ. Quand elle est reconnue, elle ne conduit pas spontanément

7. A. Jourdain, C. Martin, « De quoi dépend la dépendance ? », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 2-3, 1999.

à recourir à des services professionnels ; la demande s'adressera donc souvent d'abord au conjoint, aux enfants, voire à des relations de proximité : « Tout se passe comme si, en premier lieu, l'usager évaluait le potentiel familial dont il dispose »<sup>7</sup>.

Ce qui se joue dans la prise en charge de la dépendance dépasse, on le sait maintenant, une opposition simple entre solidarité familiale et solidarité publique. L'urbanisation, la décohabitation des générations ne signifient pas forcément rupture des contacts ; la socialisation d'une partie du risque dépendance n'engendre pas le retrait des solidarités familiales dans une logique de substitution.

L'idée de complémentarité entre aide familiale et aide publique a pourtant longtemps eu du mal à émerger, du fait notamment de son poids idéologique : quelle est la norme de solidarité et quel est le rôle de l'État ? Les avantages de la prise en charge familiale sont évidents : le coût social est réputé moindre et la réponse aux besoins plus souple. On ne peut cependant méconnaître la fragilité des situations concrètes : il y a en effet asymétrie entre les enfants ; l'aide est essentiellement le fait des femmes ; il peut y avoir concurrence entre assistance aux parents et aide aux enfants ; le soutien peut être rompu par tout événement affectant l'aidant (déménagement, évolution professionnelle, familiale) ; les évolutions démographiques laissent augurer une diminution du nombre d'aidants potentiels ; il existe de fortes inégalités sociales dans la capacité à mobiliser de l'aide ; l'aide familiale est en interaction permanente avec l'assistance publique et soumise à ses évolutions.

Au-delà des quelques tendances esquissées ci-dessus, les enquêtes mentionnées sont particulièrement utiles en ce qu'elles permettent un travail de modélisation de la demande pour tenter d'établir des liens plus robustes et limiter l'approche intuitive en termes de besoins. Lorsqu'on calcule les chances d'institutionnalisation à caractéristiques données, il importe de descendre à un niveau fin d'analyse. La composition du potentiel d'aidants est essentielle : la relation entre institutionnalisation et taille des fratries n'est ainsi pas linéaire. Les événements déclenchants de l'institutionnalisation sont assez bien documentés : l'ordre d'apparition des déficiences (physiques ou psychiques) n'est en particulier pas neutre.

#### *Le soutien professionnalisé*

Les alternatives à l'hospitalisation se sont développées – même si c'est lentement – du fait de la convergence d'intérêts entre l'hôpital (que la technicisation progressive conduit à se détourner de la prise en charge des personnes âgées « simplement » dépendantes), les professionnels de la gériatrie (qui

8. B. Le Bihan, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède : une étude de cas-types », Drees, *Études et résultats*, n° 176, juin 2002.

9. A. Weber, « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2004 », Drees, *Études et résultats*, n° 388, avril 2005.

cherchent à valoriser leur pratique en alternative à la prise en charge hospitalière) et les financeurs (soucieux d'économies).

L'aide institutionnelle à domicile a dû renforcer son offre de services, notamment à travers les services de soins infirmiers à domicile. L'établissement de plans d'aide individualisés a permis de structurer cette offre. L'analyse en comparaison internationale de la réponse institutionnelle face à un certain nombre de cas types de dépendance<sup>8</sup> révèle la diversité des paniers de services d'aide à la personne : soins d'hygiène, aide ménagère, aides techniques, téléalarme, portage de repas à domicile, adaptation du logement, services de transports.

Dans le cas français, les ressources de l'allocation personnalisée d'autonomie apparaissent encore très concentrées sur les aides en personnel : 92% du montant des plan d'aide fin 2004<sup>9</sup>, alors même que cette allocation avait notamment pour caractéristique de solvabiliser la demande pour les autres aides qui, on le sait, peuvent grandement concourir à prévenir la dégradation des situations en termes de perte d'autonomie.

Les pouvoirs publics ont aussi fini par reconnaître l'importance de développer les possibilités d'accueil temporaire et non traumatisant des personnes âgées en institution, de façon à soulager quelque peu les aidants familiaux et à leur permettre notamment d'organiser un temps familial moins contraint (week-ends, vacances). Certains pays sont d'ailleurs bien plus avancés que la France dans cette reconnaissance de l'aidant, qui passe non seulement par le développement de formules d'accueil temporaire mais aussi par l'attribution de compensations (congrés, aides financières).

### *De l'institutionnalisation*

Claudine Attias-Donfut<sup>10</sup> a montré ce qu'elle appelle la « construction sociale de la dépendance », à mesure de son institutionnalisation : « L'évolution démographique ne paraît pas avoir été un élément décisif : la prise de conscience et l'inquiétude que suscite l'accroissement continu du grand âge, semblent plutôt avoir été nourris par le souci de développer un système diversifié de traitement de la dépendance hors des structures hospitalières, tout en maîtrisant les dépenses de santé ». Les grandes étapes de cette évolution sont bien connues :

- à l'origine dédié à l'assistance aux pauvres, l'hospice va bénéficier de son insertion dans l'univers hospitalier et permettre à ses occupants de bénéficier des progrès de la médecine, de l'hygiène et du confort ; il n'en garde pas moins l'image de la vieillesse des pauvres, contre-modèle par rapport auquel vont se construire les maisons de retraite ;

- celles-ci révèlent une nouvelle demande d'hébergement, issue notamment

10. Cf. notamment « Dépendance des personnes âgées : pourvoyance familiale et pourvoyance sociale », in *Revue française des affaires sociales*, n° 4, octobre-décembre 1993.

des classes moyennes qui cherchent un lieu de vie pour pallier un hébergement familial rendu difficile par la décohabitation et l'urbanisation ;

- la loi de 1975 prend acte de cette demande et du refus de l'hospice en entérinant sa disparition au profit d'établissements sociaux (maisons de retraite) ou sanitaires (établissements de long séjour) ;
- la différenciation de la fonction soins et de la fonction assistance et hébergement est confrontée au recul progressif de l'âge d'entrée en institution, qui a obligé les pouvoirs publics à revoir les modes de tarification en établissements.

Cette réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes conditionnera à court terme la faculté d'accueillir les personnes âgées dépendantes (classées en GIR 1 à 4) à la signature d'une convention tripartite entre l'État, le président du conseil général et l'établissement. Cette convention définit les conditions de fonctionnement des établissements, sur le plan financier et sur le plan de la prise en charge des personnes et des soins, notamment en termes de niveau de formation du personnel d'accueil. Dans ce cadre, l'allocation personnalisée d'autonomie peut d'ailleurs être versée sous la forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance, qui prend en compte le niveau de perte d'autonomie moyen des résidents.

Le mouvement de conventionnement est en cours. Il concerne au premier chef les établissements accueillant massivement les personnes cibles. Mais dans le cadre d'une entrée toujours plus tardive en institution et à des niveaux de perte d'autonomie de plus en plus importants, il révèle aussi la précarité de la situation des logements-foyers qui représentaient fin 2003 plus de 150 000 places d'hébergement sur un total de 670 000 (USLD, maisons de retraite, logements-foyers)<sup>11</sup>.

Au-delà de ces problèmes latents de déclassement d'une part substantielle du parc actuel, l'évolution du niveau de dépendance des personnes accueillies retentit bien évidemment sur les besoins d'encadrement et les caractéristiques de la médicalisation des structures, au-delà de catégories administratives souvent un peu frustes.

## QUESTIONS D'AVENIR

Pour conclure, nous mettrons en exergue quelques questions qui retentiront fortement demain sur les conditions de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

### *La question du consumérisme*

On évoque souvent l'existence d'effets de génération en matière de de-

11. F. Tugores, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel », Drees, *Études et résultats*, n° 379, février 2005.

mande de soins. De tels effets sont également possibles en matière de dépendance, en termes de gamme de services et de confort attendus, tant au niveau des aidants qu'au niveau des personnes hébergées. Il y a là un levier important pour l'amélioration des conditions de la prise en charge. Un constat cependant : en l'état actuel de l'offre, la possibilité de choisir ne concerne qu'une certaine gamme d'établissements et apparaît liée aux capacités contributives. Les opérateurs font face quant à eux à des contraintes asymétriques s'agissant de la mobilisation de ces éléments de confort (sensibilité des prix de journée et contraintes liées à l'habilitation à l'aide sociale).

*Des capacités contributives*

À travers l'allocation personnalisée d'autonomie, le législateur a fait le choix de ne pas instaurer de conditions de ressources tout en assortissant l'allocation d'un ticket modérateur. Cette prestation, qui concernait fin 2004 865 000 personnes, a connu une diffusion beaucoup plus rapide que prévue. On estime aujourd'hui que la fin du processus de montée en charge approche. Si l'on n'a pas fini de mesurer les effets de cette allocation sur la demande de prestations, une chose est sûre : compte tenu des montants servis, de l'existence d'un ticket modérateur, de l'évolution prévisible des besoins et du coût de prestations, l'APA ne règle pas la question des capacités contributives. Dans une analyse prospective, cela justifie de prendre en compte l'évolution future du pouvoir d'achat des retraités et la mobilisation éventuelle des éléments de patrimoine.

L'État peut être amené à compléter le dispositif d'aide sociale en matière d'assurance : il s'agit classiquement de faire face à la myopie des agents, à la sous-estimation des risques de devenir dépendant. Les assureurs privés ont, de leur côté, longtemps eu une difficulté particulière avec la prise en charge de la dépendance : l'incertitude qui pèse sur les préférences des personnes dépendantes, le caractère lacunaire de l'information statistique et la difficulté de définir et de discriminer les prestations semblaient propres à décupler les problèmes, rencontrés en matière de santé par exemple. Des contrats sont aujourd'hui proposés sous deux formes : assurance prévoyance ou assurance vie assortie d'une garantie dépendance. L'action sociale des caisses de retraite évolue elle aussi pour prendre en compte les personnes faiblement dépendantes dans une logique de prévention de la dégradation de leur situation.

*Construire les parcours, construire les territoires*

Le processus conduisant à la dépendance est un processus long. L'enjeu sanitaire est de retarder le plus possible l'apparition des états successifs de dépendance et d'en atténuer les conséquences pour la personne, mais aussi

d'assurer la continuité de la prise en charge à travers la liaison entre unités de court séjour, unités de rééducation ou de réhabilitation, domicile, unités de séjour de longue durée ou de soins palliatifs, le cas échéant.

Les problèmes médicaux spécifiques du grand âge exacerbent, et ce sera encore plus vrai demain, un certain nombre de problèmes d'adaptation de l'offre de soins. Il ne suffit pas en effet de reconverter des hôpitaux de proximité en structure de rééducation ou de long séjour ou en EHPAD, il faut organiser un maillage territorial permettant à la population concernée de disposer, sans dispersion des moyens, de l'offre adéquate et d'une structure de coordination des intervenants et d'orientation des patients. À l'évidence, le problème se complique de logiques territoriales très diverses : organiser ce réseau dans les pôles urbains et dans les zones rurales en voie de désertification n'impose pas les mêmes contraintes, en particulier en matière de gestion du personnel. À l'hôpital, certains outils, le PMSI hier, la T2A aujourd'hui, apparaissent largement inadaptés au secteur gériatrique et ne permettent pas forcément de valoriser les initiatives innovantes de certains établissements, soucieux de meilleure qualité et de coordination des soins.

En termes de planification, le rôle des schémas gérontologiques est en tout cas d'assurer la cohérence de l'organisation territoriale de la prise en charge, ce qui bien entendu ne peut se faire qu'en cohérence avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire, d'où l'importance des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie, à l'élaboration desquels la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie apportera son expertise.

### contact

[stephane.lebouler@plan.gouv.fr](mailto:stephane.lebouler@plan.gouv.fr)

**Stéphane Le Bouler, 37 ans, est ancien élève de l'École normale supérieure de Fontenay-Saint-Cloud, agrégé de sciences sociales et titulaire d'un DEA de sciences économiques. En 1998-99, il a contribué à la mise en œuvre des États généraux de la santé au cabinet de Bernard Kouchner. Il est depuis 1999 au Commissariat général du Plan : d'abord chargé de mission, puis responsable de l'évaluation des politiques publiques, il coordonne aujourd'hui les différents projets sur les questions de santé et de perte d'autonomie et anime notamment la mission demandée au Plan sur la prospective des besoins d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes. Il a été, en 2001, le rapporteur général du groupe de travail présidé par Bernard Chevassus-au-Louis sur les enjeux socio-économiques des OGM ; en 2002, il a été rapporteur de l'instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida, présidée par Christian Rollet. Il anime un séminaire sur l'évaluation des politiques publiques à l'Institut d'études politiques de Paris. Il s'exprime ici à titre personnel.**