

LE MESSAGE DU PRÉSIDENT

La Lettre du Collège aborde régulièrement les thèmes d'actualité, avec me semble-t-il un effort permanent de l'équipe rédactionnelle de trouver des thèmes importants et des auteurs de qualité. Elle est aussi un vecteur de diffusion d'informations professionnelles, bien que pour cette fonction sans doute supplantée à terme par le site du CES. Pour autant, il me semble qu'elle ne remplit pas encore une fonction essentielle dans une communauté scientifique, celle du débat d'idées. Qu'à cela ne tienne, diront les nostalgiques des débuts du CES, où l'on s'entassait dans la salle de réunion du CREDES, relançons des séminaires. Surtout pas, disent tous ceux qui constatent aujourd'hui la densité des réseaux de communication et de coopération dans lesquels ils sont insérés, et l'extraordinaire prolifération de colloques, mini-colloques, conférences, séminaires, rencontres, etc. qui saturent nos emplois du temps. Et les sérieux de rajouter ; voyons, les débats d'idées, on y participe en publiant et en lisant les bonnes revues ! Conclusion, d'une façon ou d'une autre, il semblerait que l'espace de la controverse est saturé : satisfaisons nous de l'existant et estimons nous heureux de trouver chaque trimestre des volontaires. D'ailleurs, puisque le Collège grandit en nombre, le réservoir potentiel d'auteurs augmente et les soucis du Directeur de la Publication devrait disparaître. Je persiste pourtant : le une page écrit un soir de rage pour dénoncer des idées fallacieuses, l'idée folle qui fleurit en principe dans tous nos cerveaux créatifs par profession, l'idée fixe qui d'un seul coup trouve sa traduction lumineuse, l'idée qui a le tort d'avoir raison trop tôt jusqu'à ce que le temps passant, elle devienne banale car adoptée par tous, cela fait aussi partie du débat, sauf si nous sommes devenus si sérieux que nous les réservons à nos propres travaux et à nos publications. Attention : controverse ne veut pas dire pamphlet et attaque *ad hominem* par idées interposées ! Donc, un appel aux libres opinions, sachant que l'objectif est bien d'engager la discussion : je m'engage à répondre au premier qui prend la plume que nous lui tendons tous.

Gérard de POUVOURVILLE

ÉDITORIAL : LES ENJEUX ÉCONOMIQUES DU VIEILLISSEMENT

Directeur de recherche CNRS
CREGAS – Unité INSERM U537

En introduction à ce numéro spécial de la Lettre du Collège consacré à l'économie du vieillissement, il nous a semblé opportun de rappeler les principaux enjeux de ce choc démographique sur le système de santé et plus généralement la sécurité sociale*.

« Ainsi, parmi les tendances incontournables qui risquent de modifier considérablement le système de santé, à savoir le vieillissement, le progrès technique et l'évolution de la demande de soins, la première sera marquée par trois évolutions lourdes qui domineront la situation :

1- L'augmentation de l'espérance de vie, passée, chez les hommes, de 45,3 ans en 1900 à 63,4 en 1950 et à 75 ans aujourd'hui et qui continue à augmenter d'environ trois mois par an, par le haut, c'est à dire à la fin de la vie.

2- A partir de 2010, les classes d'âge nombreuses nées entre 1945 et 1970 atteindront 60 ans et gonfleront le haut de la pyramide des âges, alors que des générations peu nombreuses, nées après 1970, arriveront à l'âge actif.

3- Le modèle de la famille nucléaire et urbaine, accueillant de moins en moins les ancêtres en fin de vie, se généralise.

Combinés, ces trois changements vont augmenter le nombre de personnes âgées, surtout de plus de 85 ans, en majorité des femmes seules (veuves ou divorcées) et donc la demande de soins ou d'aide, à domicile comme dans des institutions. Une grande partie de ces personnes âgées, encore aujourd'hui soignées en partie gratuitement par les femmes dans leur famille, devra être prise en charge par des employés rémunérés et de moins en moins nombreux. La charge de la grande dépendance va donc augmenter dans des proportions inconnues jusqu'alors.

Cette évolution, prévisible et inéluctable, va poser à la fois un

problème de financement et un problème d'emploi. D'abord, comment financer ces dépenses au moment où, justement, la charge des retraites va exploser ? Ensuite, qui s'occupera de ces personnes dépendantes, lesquelles auront besoin d'aide personnelle à un moment où, justement, la population d'âge actif et le chômage vont diminuer ? Qui s'en occupera, sachant quelle difficulté la France rencontre déjà à faire garder ses 2 millions d'enfants de moins de trois ans ? Et comment rémunérer ces emplois ? L'OCDE estime que la demande de dépenses de santé en Europe tendrait à augmenter de 40% d'ici 2040 si l'on y répond selon les attentes et l'évolution du progrès technique. Nous ne sommes plus dans des évolutions marginales. Cette perspective pourrait bouleverser le consensus européen et générer de nombreux conflits, politiques, économiques, voire philosophiques. »

Ce numéro permettra de mieux appréhender ces grands enjeux, de même que les échanges qui se dérouleront lors des prochaines Journées des Economistes Français de la Santé, organisées à Nantes et consacrées à ce thème.

Béatrice MAJNONI d'INTIGNANO
Université Paris XII Val de Marne

Philippe ULMANN
Conservatoire National des Arts &
Métiers de Paris
Collège des Economistes de la Santé

* Extrait du livre : « Economie de la Santé », publié par les auteurs aux PUF, coll. Thémis, mai 2001.

L'économie du vieillissement :

Un domaine de recherche à développer

Même si « à la longue nous serons tous morts » selon la célèbre expression de John Maynard KEYNES (1924), l'accroissement ininterrompu jusqu'à maintenant de l'espérance de vie dans les pays développés oblige de plus en plus à allonger les horizons temporels retenus dans les réflexions politiques économiques et sociales. Pourtant, la gérontologie sociale manque encore d'un apport conceptuel pertinent dans la mesure où l'analyse économique du vieillissement reste un domaine largement inexploré.

Bien sûr, les théories du cycle de vie (Ando A., Modigliani F., 1963) comme celles du "capital humain" (Becker G., 1962), ont déjà proposé des concepts élargissant le champ de l'analyse en incluant non seulement la période finale de la vie humaine mais également les effets intergénérationnels consécutifs aux décès. De leur côté, les économistes de la santé ont assez rapidement pris en compte le "capital santé" (Grossman M., 1972) et les dépenses nécessaires à son entretien. Pourtant, malgré ces efforts l'image conceptuelle des aspects économiques d'un vieillissement, souvent réduit à une phase du cycle de vie, laisse encore bien des questions en suspens.

A l'origine, la réflexion gérontologique s'est construite essentiellement à partir de modèles médicaux et démographiques. Ainsi, dans cette voie de la recherche conceptuelle, ceux-ci ont-ils précédé les analyses fondées sur les modèles économiques. Un rapide retour historique est utile car leur expérience, leurs tâtonnements constituent aujourd'hui une source de réflexions méthodologiques susceptibles de favoriser une conceptualisation mieux adaptée pour l'analyse économique.

Une perception pessimiste du vieillissement au XX^e siècle

En médecine, à la suite des travaux de Pinel, la conception organiciste du vieillissement a conduit à l'assimiler à une « dégénération » voire purement et simplement à une maladie contre laquelle il fallait lutter. Cette orientation négative a profondément imprimé les mentalités collectives mais également le point de vue des experts. Confirmant indirectement un tel point de vue, les fondateurs du Centre d'Études et de Recherches Gérontologiques prennent bien soin de préciser dans leur premier bulletin daté de 1952 que « seuls les vieillards dont l'activité sociale s'est maintenue longtemps retiennent [leur] attention pour les entretenir en bon état physiologique et leur donner une retraite qui sera un crépuscule heureux de leur vie de labour. » (R. Wibaux, 1952, cité par D. LE DOUJET, 2000)

Comme l'a démontré Patrice Bourdelais (1993) avec les réflexions des démographes du début du XX^e siècle, le diagnostic des médecins concernant l'état individuel des

personnes vieillissantes s'est trouvé étendu à l'ensemble de la population. Déjà, l'un des fondateurs de l'école démographique française, Jacques Bertillon (1895) qui considérait selon P. Bourdelais (1999) que plus une population est âgée et plus elle est chétive. Quelques années plus tard, dans un article de la Revue internationale de sociologie, Arsène Dumont (1902) insiste sur les effets psychologiques et sociologiques négatifs de la présence accrue des personnes âgées au sein d'une population. Mais dans ce domaine, la palme des notions faisant florès revient sans contestation possible à la notion de « *vieillesse de la population* » introduite presque incidemment par Alfred Sauvy en 1928. A partir de ce moment, rapidement utilisée dans les argumentaires de l'Alliance contre la dépopulation, la question du vieillissement est associée à celle de la baisse de la natalité noircissant encore davantage le tableau social fait du vieillissement. Même le rapport Laroque, publié en 1962 et célébré à de nombreux titres pour l'intérêt de ses réflexions, succombe à ce pessimisme. En effet, dès ses premières lignes une phrase souligne l'ampleur de la menace : « *Politiquement et psychologiquement, le vieillissement se traduit par le conservatisme, l'attachement aux habitudes, le défaut de mobilité et d'inadaptation à l'évolution du monde actuel* »...

Ce pessimisme atteint son apogée au début des années quatre-vingt dans un ouvrage « La France ridée » sous la plume de Gérard-François Dumont. L'"esprit scientifique" y est invoqué pour expliquer que « *le vieillissement n'est pas seulement un problème général, mais une maladie qui compromet l'équilibre, l'activité et l'avenir de nos régions, de nos départements et de nos villes* ». Le diagnostic est même sans appel : « *vieillir est dangereux tant du point de vue politique, économique que social.* » L'image ainsi renvoyée d'une population âgée, inexorablement « *ournée vers le passé* » et « *incapable de faire les efforts d'adaptation et d'innovation* » a de quoi faire peur. Le mal est d'autant plus grand que le vieillissement semble contagieux. Les jeunes, « *plongés dès leur naissance dans la population vieillie* » et ainsi « *baignés dans une atmosphère de vieillesse* » sont condamnés à vieillir prématurément. Le vieillissement est considéré comme une maladie à retentissement social.

L'engagement des économistes dans ce champ d'analyse ne peut donc avoir lieu sans précaution. Pourtant leur apport théorique est attendu puisque dès 1952, le Centre d'Études et de Recherches Gérontologiques envisage d'emblée quatre sections : une section démographique, une section médicale, une section économique et une section sanitaire et sociale. Si les aspects préventifs et éducatifs sont plutôt confiés

à la dernière section, « *le travail le plus ingrat* » (sic) est confiée à la section économique.

Un champ « miné » pour l'analyse économique

Les risques d'une confirmation de cette perception négative du vieillissement par les économistes sont loin d'être nuls. La mutation progressive de l'idée de « salaire différé » en « prélèvement obligatoire » pour appréhender la réalité socio-historique des cotisations sociales conduit implicitement à « diaboliser » la protection sociale. Or, les personnes âgées sont doublement concernées par cette « *ténébreuse affaire* » (Dupeyroux J.-J., 1990). Leurs dépenses de santé, supérieures à celle de l'individu moyen, mobilisent les ressources de l'assurance maladie. Leurs retraites principales ou complémentaires pèsent de tout leur poids sur ces prélèvements, passés de 35% du PIB en 1974 à près de 45% aujourd'hui. Combien savent que près de 60% de cette augmentation résulte seulement du coût des retraites ? Faut-il d'ailleurs se désoler d'une telle augmentation liée à l'allongement de la vie ? Qui va espérer un retour aux taux de mortalité après 60 ans connus dans les années cinquante ? Qui se réjouirait de voir réapparaître les cohortes de personnes âgées (majoritairement féminines !) maintenues en-dessous du seuil de pauvreté comme on pouvait l'observer jusqu'aux années soixante-dix ?

Choisir comme indicateur du niveau de vie d'un pays le PIB par habitant a certainement un sens mais risque simultanément de faire oublier l'aspect diachronique du cycle de vie. Avec cet indicateur, la seule contribution des personnes âgées à l'amélioration du bien-être collectif passe par une mort prématurée du moins tant que les années inactives ne sont pas prises en compte ! Il est grand temps de réfléchir à des indicateurs couvrant l'ensemble du cycle de vie et de réinterpréter en conséquence les taux de prélèvement et les ratios.

Au niveau macrosocial, vouloir stabiliser le taux de dépendance (ratio Inactifs/actifs) risque de conduire à une impasse. En effet, dans une société qui abaisse ses taux de mortalité par la prévention, les soins et le progrès technique cela impliquerait une croissance continue de la population. Faire des enfants pour financer les retraites est-il un projet raisonnable ? L'inflation démographique est comme souvent une fausse bonne solution. Même le "baby boom", espérance de plusieurs décennies d'après guerre, se transforme inévitablement au bout d'un moment en "papy" et surtout en "mamy boom".

L'analyse économique ne manque donc pas de chantiers dans le domaine du vieillissement. Les multiples aspects de la science économique et des disciplines de gestion sont concernés depuis l'analyse macroéconomique des effets des retraites jusqu'à l'analyse microéconomique de la taille des établissements accueillant des personnes âgées en passant par l'étude des transferts

intergénérationnels, l'économie de la finance, l'économie publique et l'économie de santé. La question des retraites attire beaucoup de collègues. D'autres s'intéressent plutôt au phénomène de la dépendance qui ne touche qu'une fraction de la population âgée. Dans tous les cas, l'économie du vieillissement suppose des approches multiples.

L'économie indispensable à la réflexion gérontologique

Les questions gérontologiques constituent un terrain particulièrement sensible par leur complexité par l'intrication des enjeux économiques et financiers, humains et sociaux. En effet, près de la sphère privée et parfois même de l'intimité des personnes, il faut parvenir à analyser l'articulation délicate de réponses conjuguant services marchands et solidarité primaire (principalement familiale). Inévitablement au cœur de l'économie relationnelle, les services nécessaires à la prise en charge de la dépendance sont confrontés à la redoutable « maladie des coûts » décrite par Baumol (1967). En termes d'allocation des ressources, on serait tenté de compenser intégralement les conséquences de la dépendance. Sans doute facile au plan financier la compensation n'est plus pertinente pour effacer les conséquences psychosomatiques (sentiment de perte d'autonomie, celui d'être inutile ou encore d'être à la charge de ses proches) (Genier P., 1996). Rechercher une proportionnalité entre l'aide apportée et le besoin de la personne semble également raisonnable mais dans l'évaluation du besoin comment tenir compte des interactions complexes avec l'environnement matériel et social de la personne âgée ? (Ennuyer B., 1999)

En termes d'économie publique, l'aide de la collectivité doit-elle être subsidiaire ou complémentaire par rapport à celle de l'entourage ? Faire le premier choix, revient à pénaliser familles aidantes et parfois personnes aidées et à créer une désincitation à l'aide volontaire visible. Adopter la seconde position peut sembler préférable mais alors l'aide publique doit-elle avoir le même niveau quelle que soit l'intensité de l'aide « naturelle » ou bien faut-il non seulement en changer la nature (par exemple avec des « aides aux aidants ») mais également en moduler le montant ? Enfin, dans le champ de l'économie de la santé, les coûts de la fin de vie, les arbitrages qualité-durée de vie, la valeur relative attribuée aux années de vie gagnées après la retraite, les modalités précises du rationnement des dépenses de santé n'ont pas fini d'impliquer médecins et économistes dans des réflexions où économie et politique devront être confrontés aux réflexions éthiques.

Henry NOGUES
LEN - CEBS
Université de Nantes

Bibliographie :

- ANDO A, MODIGLIANI F., « The "life-Cycle" Hypothesis of Saving : Aggregate Implications and Tests » *American Economic Review*, 1963, Vol. 53, 693-728.
- BAUMOL W.J., « Macroeconomics of unbalanced Growth :the anatomy of Urban Crisis », *American Economic Review*, juin 1967, vol. 57, 415-26.
- BECKER G.S., « Investment in Human Capital : A Theoretical Analysis », *Journal of Political Economy*, Vol. 70, 9-49.
- BERTILLON J., « De la dépopulation de la France », *Journal de la Société Statistique de Paris*, n°12, 1895, p. 431, in P. Bourdelais (1999).
- BOURDELAIS P., *L'âge de la vieillesse*, Paris, Odile Jacob, Histoire, 1993.
- BOURDELAIS P., « Le vieillissement de la population », *La Recherche*, n°322, juillet-août, 1999, 88-91
- DUMONT A., « Essai de sociologie concrète », *Revue internationale de sociologie*, n°, 1902, 42-55, cité par P. Bourdelais (1999).
- DUMONT G-F., *La France ridée*, Paris , Hachette, 2^eed., 1986.
- DUPEYROUX J-J., « Une ténébreuse affaire », *Droit Social*, n°3, mars 1990, 231- 240
- ENNUYER B., « Les mots pour les dire », communication au séminaire organisé par l'ENSP sur « Les politiques de prise en charge de la dépendance en Europe », Rennes 19-20 mai 1999.

- GENIER P., "Quel est l'apport des nouvelles théories de l'équité pour la définition des politiques publiques ? Le cas de la dépendance des personnes âgées", *Sciences Sociales et Santé*, Vol 14, n°3, décembre 1996, 76-99.
- GROSSMAN M., The correlation between health and education, in Terleckyi NE, ed. *Household production and consumption ; studies in income and wealth*, NBER, New York, 1972, n°40.
- KEYNES, J-M., (1924), *La réforme monétaire*, Paris , Editions du Sagittaire.
- LAROQUE P., *Politique de la vieillesse*, Rapport de la Commission d'études des problèmes de la vieillesse, Paris, Documentation française, 1962.
- LE DOUJET D., *Le temps des vieux : de la gérontologie du 3^e âge à la gérontologie du 4^e âge : naissance de la psychogérontologie*, Thèse de Doctorat, Université Rennes 2 Haute Bretagne, septembre 2000.
- SAUVY A., Exposé et débats, in *Journal de la Société Statistique de Paris*, n°12, décembre 1928, 317-320, cité par P. Bourdelais (1993) ;
- WIBAUX R., « Notre programme », éditorial *du Bulletin trimestriel du Centre d'Etudes et de Recherches Gérontologiques*, Société de Diffusion Médicale et Scientifique, 1952, n°1-2.

Longévité différentielle et consommation médicale

L'allongement de la durée de vie a été accompagné, au cours de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, d'une augmentation importante de la consommation médicale. Parallèlement à cet allongement de la durée de vie les inégalités sociales devant la mort ne se sont pas réduites. La mortalité différentielle selon la catégorie socioprofessionnelle, mise en évidence par G. CALOT et M. FEBVAY en 1965 [1], a été confirmée pour les années 80 par les travaux de G. DESPLANQUES [2] et pour la période 1982-96 par ceux de A. MESRINE [3]. Cette inégalité sociale se manifeste aussi devant la maladie et a été mesurée dans les enquêtes auprès des ménages (sur « la santé et les soins médicaux » et sur « la santé et la protection sociale » [4], [5]) ainsi que dans différentes enquêtes épidémiologiques [6] et à partir des bilans des centres d'examen de santé de la Sécurité sociale [7]. Les disparités sociales de mortalité et de morbidité semblent donc perdurer malgré le développement des soins médicaux.

Nous présentons ici une première tentative pour appréhender l'impact mécanique que peut avoir cette longévité différentielle sur la consommation médicale des différents groupes sociaux.

Nous appelons consommation médicale longitudinale l'ensemble des consommations médicales d'une personne au cours de sa vie. Un tel paramètre, apparemment simple, présente un double inconvénient :

- il faudrait agréger des consommations médicales de périodes très éloignées, dont le champ, le prix, la nature et l'efficacité évoluent très rapidement ; quel sens pourra-t-on donner à ces montants agrégés ? la catégorie

socioprofessionnelle évolue elle même avec le temps, la situation sociale de chaque groupe étant différente à 60 ans d'intervalle,

- si on pouvait donner un sens à un tel calcul, encore faudrait-il, pour le mener à bien, conduire une observation homogène sur toute la période.

Le concept de consommation médicale longitudinale se rapproche de celui de durée de vie moyenne (ou espérance de vie longitudinale), notion familière aux démographes mais rarement mise en oeuvre.

Par référence à l'espérance de vie du moment, couramment appelée espérance de vie, nous introduisons la notion de « consommation médicale viage¹ ». Pour calculer l'espérance de vie, on affecte la mortalité au cours de la première année à un ensemble virtuel de naissances ; aux survivants théoriques on affecte la mortalité de la deuxième année, et ainsi de suite jusqu'à extinction complète de la cohorte. L'espérance de vie de cette cohorte virtuelle est une synthèse de la mortalité de toutes les classes d'âge. De la même façon nous affectons à chacune des personnes de cette cohorte fictive la consommation médicale moyenne des personnes de son âge, la consommation médicale viage de cette cohorte est la somme de toutes ces consommations. En divisant le résultat obtenu par l'effectif originel de la cohorte, on obtient la consommation médicale viage par personne.

La consommation médicale viage des catégories socioprofessionnelles dépend à la fois de leur

¹ Viage = le temps de la vie. Larousse universel en 2 volumes 1923

consommation aux différents âges et de leur taux de survie : dans l'analyse des inégalités, ce paramètre venant s'ajouter à l'indice redressé par âge et sexe¹. Ce premier essai d'application porte sur les hommes.

La mortalité

Les dernières publications en matière de mortalité différentielle des hommes présentent l'espérance de vie à 35 ans et l'indice standardisé de mortalité (SMR) de 35 à 65 ans par catégorie socioprofessionnelle sur la période 1982-96 [3] (Cf. tableau 1). L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les « *cadres supérieurs et professions libérales*² » et les « *ouvriers non qualifiés* » atteint 7,5 ans ; cet écart est encore plus important si on ventile les catégories socioprofessionnelles dans la nomenclature à 2 chiffres, il atteint 9 ans, entre l'espérance de vie des « *cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques* » et les « *ouvriers non qualifiés* ».

Tableau 1 : Mortalité des hommes suivant la catégorie socioprofessionnelle, 1982-96

Catégorie socioprofessionnelle	Espérance de vie à 35 ans	Indicateur standardisé de mortalité (de 30 à 75 ans)
Cadres supérieurs	44,5	0,60
Agriculteurs exploitants	43,0	0,72
Prof. intermédiaires	42,0	0,77
Indépendants	41,5	0,84
Employés	40,0	1,03
Ouvriers qualifiés	38,5	1,12
Ouvriers non qualifiés	37,0	1,30
Ensemble	40,0	1,00

Source : [3], p. 229, Données : INSEE échantillon démographique permanent.

Pour l'ensemble des hommes l'espérance de vie à 35 ans est de 40 ans et la probabilité de décéder entre 35 et 65 ans de 0,22³.

La consommation médicale

Les données sont issues de l'appariement entre les fichiers de l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) du département statistique de la CNAMTS pour 1995 et 1997 et ceux de l'enquête auprès des ménages sur la santé et la protection sociale (ESPS) du CREDES

[8]⁴ [9] (Cf. tableau 2). Les consommations sont évaluées à partir des remboursements de Sécurité sociale auxquelles on ajoute les tickets modérateurs et les dépassements connus. Ces consommations sont en partie sous estimées : paiements forfaitaires aux établissements et non affectés, ou insuffisamment, à des personnes précises, soins non remboursés, dépassements non connus etc. La sous estimation est moins forte pour les soins de ville que pour l'hospitalisation.

Les estimations sont effectuées pour les hommes de plus de 18 ans déclarant exercer ou avoir exercé une activité professionnelle salariée ou libérale, y compris donc les retraités, les chômeurs, les malades etc. et non compris les indépendants et les exploitants agricoles dont l'observation des consommations médicales est incomplète.

Après élimination des effets dus aux différences de pyramides des âges les consommations médicales sont proches de la moyenne, seuls se distinguent, les « *cadres supérieurs* » avec une plus faible consommation et les « *ouvriers non qualifiés* », avec une consommation élevée.

Ces différences sont essentiellement dues à l'hospitalisation, relativement faible pour les « *cadres supérieurs* » et forte pour les « *ouvriers non qualifiés* ». Or l'hospitalisation est très dispersée au niveau individuel et entachée d'une forte sous-estimation et ces résultats restent fragiles, c'est pourquoi nous avons testé une hypothèse alternative de consommation égale.

La consommation médicale viage

Pour calculer la consommation médicale viage du moment, nous affectons aux survivants des différents âges leur consommation médicale, année par année. Pour pallier aux aléas et lisser les variations selon l'âge tant de la mortalité que de la consommation médicale nous avons utilisé deux modèles simples (et même simplistes).

Nous avons supposé que les quotients de mortalité des hommes croissent de manière exponentielle en fonction de l'âge à partir de 35 ans⁵ (loi de Gompertz), sous la condition d'une probabilité de décès entre 35 et 65 ans de 0,22 et d'une espérance de vie à 35 ans la plus proche possible de 40 ans. A partir de la mortalité générale des hommes nous estimons les mortalités des différentes catégories socioprofessionnelles en utilisant leur taux standardisé de mortalité.

Pour l'ajustement de la consommation médicale en fonction de l'âge nous avons retenu, un polynôme⁶ de degré 3 ; l'objectif est d'affecter une valeur centrale à la consommation médicale de chaque année d'âge (cf. graphique 1).

¹ Introduit pour corriger l'effet du aux différences de structures par âge et sexe

² Dans la suite du texte, nous noterons « cadres supérieurs ».

³ Ces estimations d'espérance de vie sont basées sur un échantillon de 190 000 personnes extrait du recensement de 1982 et porte sur la période 1982-96. La catégorie socioprofessionnelle est celle du recensement et peut avoir changé au cours de cette période.

⁴ Pour l'année 1997 les estimations sont basées sur l'échantillon apparié EPAS-ESPS et pour l'année 1995 sur l'EPAS apparié avec ESPS durant les 4 années 1992 à 1995, la catégorie socioprofessionnelle a été donnée pour chacun des quarts à une année différente de 1992 à 1995

⁵ Quotient de mortalité = $\text{Exp}(a * \text{âge} + b)$

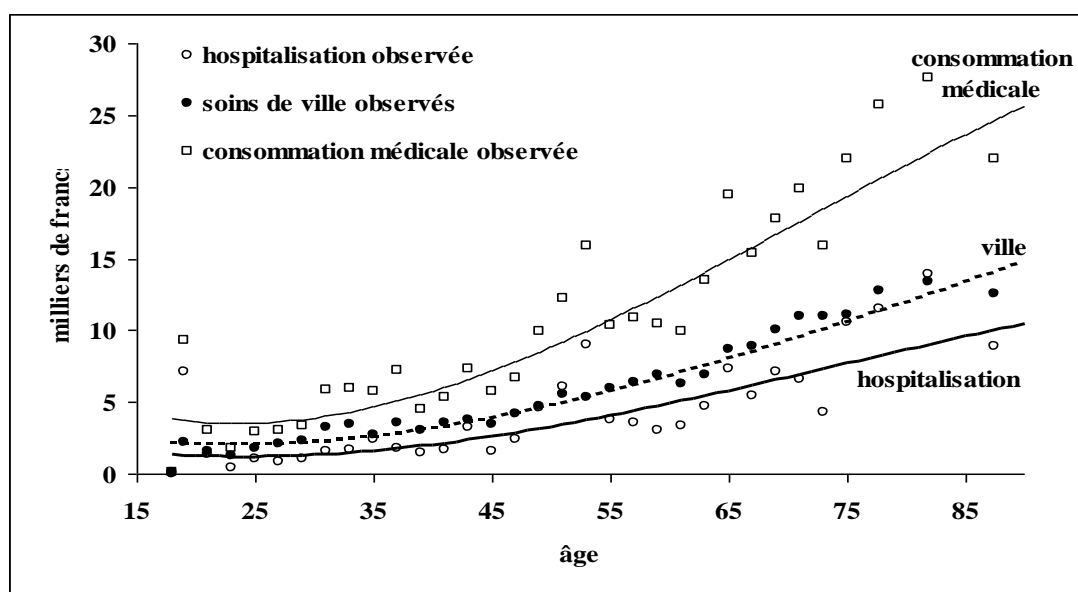
⁶ $\text{CMT} = a + b * \text{âge} + c * \text{âge}^2 + d * \text{âge}^3$

Tableau 2 : Consommation médicale par personne et par an, 1995-1997
Hommes de 18 ans et plus exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif	Consommation médicale			Soins de ville			Hospitalisation complète		
		Consommation observée	indice brut	Indice* redressé	Consommation observée	indice brut	indice* redressé	Consommation observée	indice brut	indice* redressé
Cadres supérieurs	937	8 999	1,08	0,88	5 669	1,08	1,03	2 395	1,08	0,60
Prof. intermédiaires	1787	9 597	1,02	1,04	5 115	1,02	1,04	3 688	1,02	1,05
Employés	730	8 749	0,95	1,02	4 892	0,95	1,05	3 287	0,95	1,02
Ouvriers qualifiés	2811	8 709	0,99	0,98	4 555	0,99	0,95	3 428	0,99	1,01
Ouvriers non quali.	832	9 873	0,94	1,14	4 685	0,94	1,01	4 615	0,94	1,37
Ensemble	7097	9 111	1	1,00	4 893	1	1	3 482	1	1

Données : appariement ESPS-EPAS, années 1995 et 1997 - fichiers CREDES, * les indices sont redressés selon l'âge par la méthode de standardisation indirecte

Graphique 1 : Consommation médicale par personne et par an, 1995-1997
Hommes de 18 ans et plus exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle

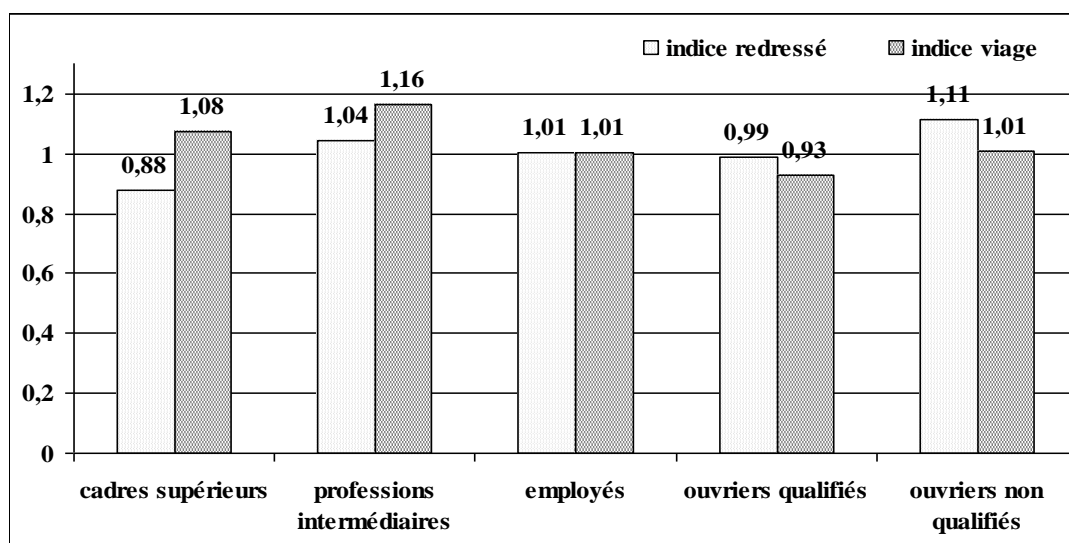


Données : Appariement ESPS-EPAS, années 1995 et 1997 - fichiers CREDES

Tableau 3 : Consommation médicale viage du moment, 1995-1997
hommes de 35 ans et plus exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif	Consommation médicale		Soins de ville		Hospitalisation complète	
		Consomm. observée	Indice brut	Consomm. Observée	Indice brut	Consomm. observée	Indice brut
Cadres supérieurs	811	496376	1,08	320742	1,28	131791	0,75
Professions intermédiaires	1413	537243	1,16	291123	1,16	207325	1,17
Employés	474	463881	1,01	260106	1,04	176747	1,00
Ouvriers qualifiés	2057	427982	0,93	226061	0,90	169493	0,96
Ouvriers non qualifiés	524	465217	1,01	224907	0,90	213227	1,21
Ensemble	5279	461199	1	251028	1	176511	1

Graphique 2 : Consommation médicale, indice redressé par âge et indice viage
hommes de 35 ans et plus exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle



Données : INSEE échantillon démographique permanent, Appariement ESPS-EPAS, années 1995 et 1997 - fichiers CREDES

C'est pour les « *professions intermédiaires* » que la consommation médicale viage du moment est la plus élevée, du fait d'une espérance de vie et d'une consommation médicale supérieures à la moyenne ; ils se situent au dessus de la moyenne pour la consommation viage tant pour les soins de ville que pour l'hospitalisation.

La consommation plus proche de la moyenne des « *cadres supérieurs* » résulte d'une consommation viage élevée de soins de ville et faible d'hospitalisation, au contraire des « *ouvriers non qualifiés* » dont la consommation de ville est faible et l'hospitalisation élevée.

Si la consommation médicale par âge était la même pour les différentes catégories socioprofessionnelles, ce qui est une hypothèse acceptable puisque les écarts de consommation ne sont pas statistiquement significatifs, l'ordre des consommations viages serait le même que celui des espérances de vie. L'effet des seules différences de mortalité entraînerait une consommation médicale viage du moment supérieure de 40 % pour les « *cadres supérieurs* » par rapport aux « *ouvriers non qualifiés* » au lieu de moins de 10 %.

Au total, l'indice de consommation viage, (consommation viage d'une catégorie sur la consommation viage moyenne) modifie l'ordre des groupes sociaux tel que déduit de l'indice de consommation d'une année redressé par âge (Cf. graphique 2). Du fait de leur plus grande longévité, l'indice de consommation médicale viage des « *cadres supérieurs* » est supérieur à l'indice de consommation médicale redressé par âge, 1,08 et 0,88. En sens inverse, pour les « *ouvriers non qualifiés* », l'indice de consommation viage est inférieur à l'indice redressé par âge, respectivement 1,01 et 1,11.

L'indice viage de soins de ville accentue les écarts observés sur l'indice redressé par âge. En sens inverse, les écarts sont moins importants sur les indices viages d'hospitalisation que sur les indices redressés par âge car ce sont les mêmes catégories socioprofessionnelles qui ont une forte mortalité et une forte hospitalisation.

Andrée MIZRAHI et Arié MIZRAHI
 ARgSES, ARgSES – CNRS

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CALOT G., FEBVAY M., La mortalité différentielle suivant le milieu social, période 1955-1960, Etudes et conjonctures, N° 11, INSEE, novembre 1965
- [2] DESPLANQUES G., L'inégalité devant la mort, *La société française, données sociales* 1993, INSEE, 1993, pp. 251-258.
- [3] MESRINE A., L'inégalité sociale devant la mort, *La société française, données sociales* 1999, INSEE, 1999, pp. 228-235.
- [4] DESPLANQUES G., MIZRAHI An., MIZRAHI Ar., *Mortalité et morbidité par catégories sociales*. Solidarité santé, SESI, N° 4 1996, pp. 75-85.
- [5] MIZRAHI An, MIZRAHI Ar., Vieillesse relative par groupes socio-économiques : personnes âgées et autres adultes - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991 - 1992. C.R.E.D.E.S., 1995/05, 14 pages et Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 1988-1991. C.R.E.D.E.S., 1994/01, 93 pages.
- [6] LECLERC A., CHASTANG J.F., « *Quantifier les inégalités* », Les inégalités de santé, La découverte/INSERM, 2000, pp.109-121.
- [7] GUEGEN R., LOCUTY J., DESCHAMPS J. P., Etablissement d'un indicateur de vieillissement, in 3rd Int. Conf. On System Science in Health Care, Eds Springer Verlag, Berlin 1984.
- [8] COM-RUELLE L., DUMESNIL S., Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux, France 1995, CREDES juin 1999.
- [9] ALIGON A., COM-RUELLE L., DOURGNON P., DUMESNIL S., GRIGNON M., RETAILLEAU A., La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles, CREDES mai 2001, N° 1345.

Coordinations gérontologiques, réseaux et évaluation socio-économique.

La nécessité d'une meilleure coordination ou intégration des services est une idée aussi ancienne que la politique sociale et médico-sociale destinée aux personnes âgées. Elle résulte du morcellement des services, structures et financements, plus accentué encore dans le domaine des personnes âgées que dans le secteur sanitaire, ce qui explique un développement très précoce de pratiques de réseaux, généralement dénommés coordinations gérontologiques, ce terme de réseau n'apparaissant que plus récemment.

L'inadéquation des financements, parcellisés par prestation, a pour corollaire que les projets ont recours à une aide financière extérieure, dont l'octroi est assorti de l'exigence d'une évaluation et de plus en plus souvent d'une évaluation économique, ce qui n'était pas habituel dans ce milieu et heurte sa culture. C'est ce qui nous a déterminé à mener des recherches sur cette question, pour proposer, tester, un cadre méthodologique d'évaluation socio-économique, à partir de travaux empiriques menés pour le compte de la Fondation de France, qui les a initiés, du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, du Conseil Régional et de la Caisse Régionale d'Assurance-Maladie Rhône-Alpes, Conseils Généraux, qui apportent les financements de soutien mentionnés ci-dessus.

Concepts et définitions.

Du point de vue économique, la question des réseaux et de la coordination renvoie à celle des principes et des modalités de collaboration ou d'échanges entre les acteurs d'un système de production. L'analyse économique distingue les concepts de marché et de hiérarchie, entre lesquels se situe une modalité intermédiaire, la coopération. Celle-ci est une association d'unités de production aux objectifs diversifiés, qui préfèrent ne pas investir dans une activité ou qui ne peuvent pas le faire parce que les barrières à l'entrée sont trop élevées. Ils préfèrent cette solution tant que les coûts de transaction qu'elle supporte (coûts de négociation et organisation de l'échange ou de la co-production) ne sont pas supérieurs à l'investissement ou au rachat de l'activité. La théorie économique montre que cette situation est préférable et plus stable lorsque les activités complémentaires sont très spécifiques. On remarquera qu'une des faiblesses des réseaux ou formes d'intégration des services pour les personnes âgées est précisément leur faible spécificité, ce qui rend ces formes d'association fragiles.

Sur cette base, nous proposons les définitions suivantes :

- services intégrés : ensemble de services mis en œuvre pour une population sur un territoire, par une même entreprise ou organisation, qui les rassemble sous un même pouvoir de décision ;
- réseau ou coordination : organisation volontaire de professionnels, pouvant inclure des bénévoles, qui mettent en commun leurs moyens, leurs ressources, pour développer des actions d'information, d'aides et de soins, de prévention, destinées à résoudre des situations complexes ou urgentes, identifiées comme prioritaires sur un territoire selon des critères élaborés au préalable en concertation.

Proposition d'une typologie.

Plusieurs approches sont repérables dans la littérature, qui apportent des éclairages complémentaires.

B. Davies (1992) propose une typologie du case management, ce terme étant l'équivalent anglais de la coordination en français, qui comprend plusieurs niveaux. Le premier distingue un modèle d'intégration institutionnelle de services ("Consolidated Direct Service Model") et un modèle sans intégration institutionnelle, le "Brokerage Model". Celui-ci se divise à son tour en deux variantes : le "Advocacy Model", dans lequel le case manager "plaide" le cas auprès des services pour mettre en place un plan d'aide, dans le cadre d'un réseau plus ou moins formalisé ; la deuxième variante est le "Brokerage Agency Model", dans lequel le case manager dispose d'une autorité et de moyens financiers qui permettent de dépasser le cadre des aides professionnelles stricto sensu ou d'aller au-delà des normes habituelles, de telle sorte qu'il joue un rôle d'incitation plus fort que dans le modèle précédent. Le modèle d'intégration institutionnelle est l'équivalent de celui d'une entreprise intégrée verticalement. On le rencontre aux Etats-Unis dans le cadre de compagnies privées d'assurances et surtout des Social Health Maintenance Organizations. On ne le trouve pas dans une forme privée lucrative en France, mais des embryons existent dans le cadre des mutuelles et au niveau communal dans les Centres Communaux d'Action Sociale, lorsque ceux-ci détiennent à la fois les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide-ménagères, les portages de repas, etc. La grande majorité des expériences françaises de coordination se rattachent à un "Brokerage model" de type "advocacy". Le modèle "Brokerage Agency" est celui du Kent en Angleterre.

La typologie fondée sur les tâches qui incombent à la

coordination consiste à lister un ensemble de fonctions. Elle a été systématisée aux Etats-Unis (Geron M.S. et Chassler D., 1995) et comprend l'information, l'évaluation de la personne, l'établissement du plan d'aide, sa mise en oeuvre, son suivi, son évaluation, la décision d'y mettre fin. Les coordinations concrètes peuvent comprendre tout ou partie de ces niveaux, qui peuvent aussi faire l'objet d'une mise en oeuvre séquentielle dans le temps.

A cette typologie des formes d'organisation, nous superposerons une typologie des logiques d'intervention des services intégrés ou des réseaux, que nous suggère les travaux empiriques d'évaluation que nous avons menés: une que nous appelons logique de filière, une que nous qualifions d'accompagnement. Nous proposons les définitions suivantes (M. Frossard, 1999) :

- une filière est une trajectoire d'une personne ou d'un patient dans un réseau ou un ensemble intégré ; cette trajectoire est légitimée, soit par l'état des connaissances scientifiques, soit par l'expérience professionnelle, soit par des logiques réglementaires ou tarifaires ;
- une trajectoire est un parcours effectué par une personne ou un patient dans un dispositif d'offre de services ou de soins ; ce parcours se caractérise par des passages d'un service à un autre, par un temps de passage dans un service, par des ensembles d'aides et de soins.

La logique de filière est essentiellement une logique de financeur, qui recherche l'efficacité au meilleur coût, sur la base d'un standard de référence. La logique d'accompagnement repose sur une conception individualisée du soin et de la prise en charge, refusant la standardisation et la notion de référence imposée. Cette distinction résume les enjeux de l'évaluation des coordinations gérontologiques aujourd'hui. La question posée aux évaluateurs en santé publique, comme aux économistes, est de savoir s'il faut ou non imposer une généralisation des pratiques de filière et comment évaluer des pratiques lorsque n'existe pas un référentiel universel.

Le cadre de l'analyse : le marché, les conventions, les organisations.

La demande qui est faite aux économistes en matière d'aide à la décision est généralement une analyse de type coût-efficacité. La mesure du coût d'un réseau ne pose pas vraiment de problème théorique. La question de l'efficacité est plus complexe. Mais l'important est de savoir si les conditions de la mise en oeuvre d'outils relevant de la théorie standard sont réunies. Or ce n'est pas le cas, les coordinations ou réseaux ne satisfaisant pas aux quatre principes, qui définissent le cadre de la rationalité substantielle. On se situe alors dans une situation de rationalité limitée. Si l'économie des

conventions fournit une grille pertinente de lecture des questions de santé et du social, en revanche, elle ne développe pas d'outils de décision correspondant à ce type de situation, ce qui en constitue une limitation importante, allant jusqu'à poser la question de son statut scientifique (L. Rochaix, 1992).

Le premier principe est que le choix s'effectue pour des biens ou services individualisés. Il n'en est rien pour la coordination. La personne coordonnée "achète", parfois sans le savoir, un service composite multidimensionnel, comprenant des aides, du soin, une sécurité, de la relation, etc. Cet ensemble peut varier d'une coordination à une autre. Il s'ensuit que l'utilité ou la préférence de l'utilisateur-consommateur ne peut être révélée. Dans un tel dispositif, le pouvoir des professionnels est considérable face à l'utilisateur, puisqu'ils ont étudié collectivement son cas et élaboré une solution. Ceci pose la question de la capacité d'autonomie de la personne dans la décision et de l'absence d'indépendance entre l'offre et la demande.

Le deuxième principe de la rationalité substantielle est que le choix s'effectue parmi un ensemble fini, délimité, de biens ou services, dans un cadre d'information parfaite. Dans le cas des réseaux, il n'y a pas (encore ?) de modèles répertoriés mais une multitude d'expériences uniques, de constructions jamais achevées, d'ensembles toujours en évolution et en devenir.

Les deux autres principes sont des corollaires des deux premiers. Faute d'une information parfaite et d'absence de critères d'efficacité substantielle, il est impossible de respecter le troisième principe qui est l'existence d'une situation unique de maximum de satisfaction. Dans le cas des réseaux, les co-échangistes savent qu'il existe (au moins les professionnels) d'autres modalités possibles de coordination, sans savoir si elles sont meilleures ou non. Le quatrième et dernier principe pose que le risque de la décision peut être mesuré. S'agissant de situations de choix dans un ensemble fini, connu, qui a une histoire, dans une situation d'information parfaite, on peut connaître la probabilité statistique de l'efficacité ou des défaillances d'un bien ou d'un service et choisir en fonction de ce risque. Dans le cas de la coordination, ce risque est inconnu, nous sommes dans une situation d'incertitude et les probabilités de succès (efficacité) ou d'échec ne sont pas statistiquement mesurables en toute rigueur.

Un exemple d'outil d'évaluation des réseaux et des coordinations dans un cadre d'économie des conventions et des organisations.

Les arguments précédents justifient notre tentative de recours à un autre paradigme d'évaluation économique. Nous ne présenterons ici qu'un outil, à titre d'exemple de la vie de recherche poursuivie, reposant sur les données d'un échantillon de sites diversifié, représentant 256 dossiers de

patients et une cinquantaine d'entretiens avec des professionnels. Cet outil est une mesure de la progression des apprentissages collectifs professionnels. Nous proposons de l'utiliser ici comme indicateur d'efficacité adapté à un cadre de rationalité limitée. Ainsi, faute de pouvoir mesurer une efficacité substantielle (amélioration de la santé ou de la qualité de vie), pouvons-nous mesurer l'évolution de croyances communes, de conventions qui lient les acteurs au réseau de coordination. Les progrès dans l'efficacité sont mesurés à travers la progression du consensus ou de pratiques communes qui caractérisent l'organisation en réseau.

L'analyse de la littérature grise produite par les promoteurs des projets et des entretiens préalables ont permis d'identifier cinq dimensions potentielles d'un apprentissage collectif. On construit une échelle ordinale, dans laquelle les composantes sont cumulatives : les fonctions de coordination de niveau supérieur dépendent de la réalisation des fonctions de niveau inférieur.

Echelle de l'apprentissage collectif dans une coordination

5. développement d'une culture commune (60%)
4. mise en place d'outils commun (62%)
3. instauration d'une collaboration effective entre professionnel (79%)
2. connaissance des complémentarités et clarification de la répartition des compétences (84%)
1. amélioration de la circulation de l'information (89%)

=====→

Les niveaux ont été obtenus de la manière suivante : un questionnaire demandait d'attribuer une note de 0 à 10 sur une échelle analogique pour chaque item et nous avons retenu la proportion de notes supérieures ou égales à 5/10. Les résultats manifestent que l'effet d'apprentissage se réalise de moins en moins facilement lorsqu'on passe des niveaux d'information et de connaissance aux niveaux d'implication personnelle ou institutionnelle effective.

Conclusion

Le choix des outils de l'évaluation des expériences de services intégrés ou coordonnés dépend de leur modèle d'organisation, de leur logique d'intervention. Face à la multiplication des expériences de réseaux en France, l'A.N.A.E.S. a réalisé un document méthodologique qui présente les différentes adaptations des méthodes utilisées en Santé Publique en évaluation, auquel plusieurs membres du CES ont participé. Il ne préconise pas un modèle d'évaluation plutôt qu'un autre, délivrant un message de pluralité et de complémentarité des modèles. L'analyse des réseaux nous enseigne qu'il n'existe pas une méthode supérieure aux autres, mais des méthodes adaptées à un contexte. Les outils dérivés de la rationalité limitée sont appropriés à celui de l'émergence des réseaux, ceux de la théorie standard le sont dès lors que se généralisent un ou des modèles de référence.

Michel FROSSARD

Faculté de Sciences Economiques
Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie
Université Pierre Mendès-France de Grenoble.

Références

- ANAES : *Principes d'évaluation des réseaux en santé*. ANAES, 2000.
- DAVIES B. : *Care management, Equity and Efficiency : The International Experience.*, PSSRU, University of Kent at Canterbury, 1992.
- FROSSARD M. : " Evaluation socio-économique des réseaux : enjeux politiques et méthodologiques ", *Actes de la Conférence SYSTED99*, CPDG-Université Pierre Mendès France de Grenoble, 1999 : 128-131.
- FROSSARD M., BOITARD A. : "Evaluation des réseaux gérontologiques. Essai d'analyse économique des conventions", *Health and System Science*, vol. 2, N°1-2, 1998 : 161-184.
- GERON M.S. ET CHASSLER D. : " Advancing the state of the art. Establishing Guidelines for Long Term Case Management ", *The Journal of Case Management* vol 4, N°1, 1995 : 9-13.
- ROCHAIX L. : " Valeur descriptive, valeur prédictive ", *Sciences Sociales et Santé* Vol X, N°1, 1992 : 45-47.

Les aidants aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer et les démences de même type représentent un problème de santé publique dont l'importance et le poids économique sont mieux perçus depuis quelques années.

L'enquête PAQUID¹ estime le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans atteintes de démence en France en 1990 à 313 000, soit 3 % de la population âgée de 65 ans. Mais l'étude européenne EURODEM considère qu'il faut doubler ce chiffre.

Le principal facteur de risque est l'âge : la prévalence de la maladie d'Alzheimer croît exponentiellement avec l'âge. Ainsi, elle atteint 21,9 % pour les personnes âgées de 90 ans et plus. La prévalence est la plus élevée chez les femmes après 85 ans (près de 38 %).

Le vieillissement global de la population et la croissance du nombre de démences de type Alzheimer avec l'âge vont conduire à une forte augmentation du nombre de cas dans les années à venir. En 2020, il y aurait ainsi entre 430 000 et 1 100 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, si on reprend les prévisions de la cohorte PAQUID et celles de l'enquête EURODEM.

La moitié des personnes âgées démentes vivent à domicile, soignées par des proches qui passent beaucoup de temps auprès de leur parent malade et apportent une contribution financière non négligeable. L'évolution de la maladie accroît le temps passé par l'aidant à soigner son parent dément.

Il est donc important dans ce contexte de faire le bilan de l'aide qui est apportée, des problèmes qu'elle pose, de son coût et de son avenir.

L'aide apportée par les proches

Qui sont les aidants informels ?

L'aidant informel appartient à la famille ou à l'entourage proche. L'aidant principal est celui qui prend les décisions importantes pour la prise en charge du malade et apporte l'aide la plus importante, en espèces ou en nature. Dans deux cas sur trois, il s'agit d'une femme (conjointe, fille ou belle-fille), elle-même relativement âgée et qui présente souvent des problèmes de santé. Les autres membres de la famille, les voisins ou les amis interviennent relativement peu.

¹ L'étude PAQUID menées par l'INSERM en Gironde et en Dordogne suit plus de 4 000 sujets âgés de plus de 65 ans depuis 1968.

Les difficultés rencontrées par les aidants sont importantes. Différentes grilles telles que le NHP (Nottingham Health Profile) ou la grille de Zarit caractérisent ces difficultés : troubles du sommeil, dépression, isolement social, fatigue.

Le temps d'aide

Dans l'enquête² que nous avons menée en 1997 et en 1998 auprès d'aidants de personnes âgées atteintes de démence, les aidants informels déclarent consacrer en moyenne 42 heures par semaine à la personne malade. Les conjoints consacrent beaucoup plus de temps à la personne malade que les autres catégories d'aidants.

On ne peut pas dire qu'il y ait réellement substitution entre l'aide formelle et l'aide informelle. En effet, les tâches de soins et d'aide font l'objet d'un partage clair entre les différents aidants. Toilette et habillage sont assurés principalement par des professionnels ; les aidants informels participent à toutes les tâches, mais surtout le petit-déjeuner, le dîner, les courses, les papiers administratifs et le lavage du linge.

Le temps d'aide de l'aidant principal est influencé par deux caractéristiques principales : la cohabitation et le besoin d'aide de la personne malade, mesuré par son niveau d'incapacité et son degré de démence.

La cohabitation se traduit, en moyenne par cinq heures d'aide supplémentaires par jour (que l'aidant soit ou non le conjoint de la personne malade).

Le degré de démence de la personne âgée et le fait qu'elle soit ou non confinée au lit, influencent également le temps de la prise en charge.

La quantification des heures d'aide présente un grand intérêt. D'une part, le nombre d'heures peut servir d'indicateur pour apprécier la lourdeur de la tâche du soignant, d'autre part il est une composante majeure du coût de la maladie.

² Etude européenne conduite en 1997 et en 1998 auprès de 300 aidants de personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer en Europe par le LEGOS de l'Université Paris IX-Dauphine en collaboration avec l'Unité 500 de l'INSERM à Montpellier. Son objectif était de produire des éléments de comparaison et d'évaluation de différents programmes européens de soins aux patients atteints de maladie d'Alzheimer et à leurs aidants. Huit pays ont été étudiés : l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suède.

La contribution financière

Notre enquête apporte également des données originales sur la contribution financière du malade et des aidants à la prise en charge de cette pathologie, c'est-à-dire les dépenses qui ne sont pas financées par un organisme d'assurance public ou privé.

Dans notre échantillon d'aidants de malades d'Alzheimer, 80 % des familles de patients atteints de démence de type Alzheimer participent financièrement à la prise en charge. Cependant, l'implication financière de l'aidant est différente selon son lien de parenté avec la personne malade. Les aidants conjoints participent plus souvent au coût de prise en charge que les aidants non conjoints (enfants, belles-filles, nièces).

Les montants des dépenses effectuées sont importants. En moyenne, la personne malade et sa famille dépensent environ 651 Euros (4 277 francs) par mois, somme qui n'est remboursée par aucun organisme d'assurance et reste donc réellement à leur charge. Mais cette moyenne cache des divergences importantes, en particulier selon les catégories d'aidants concernées.

La dépense de l'aidant s'explique par le type de prise en charge : l'institution est plus chère pour les aidants que la prise en charge à domicile. Toutes choses égales par ailleurs, le coût supplémentaire pour l'aidant principal est de 206 Euros par mois (1 351 francs) en institution.

La dépense dépend également du type d'aidant. Les aidants conjoints dépensent environ 407 Euros de plus par mois que les autres aidants (2 670 francs). Par ailleurs, quel que soit l'aidant, si son revenu augmente, il consacre 11 % de ce supplément de revenu au coût de prise en charge de la personne dépendante. Enfin, lorsque l'aidant n'est pas le conjoint, plus le revenu de la personne malade est élevé, plus la contribution financière de son aidant principal est faible.

Ainsi, c'est l'aidant principal conjoint qui assure l'essentiel de la dépense privée totale, alors que dans les autres cas, la dépense de l'aidant apparaît plutôt comme un complément de la dépense de la personne malade.

Les conditions de ressources, l'obligation alimentaire, le recours sur succession sont les outils grâce auxquels les ressources économiques de la famille sont mobilisées pour financer la prise en charge.

Les aidants : une population fragile

Les aidants représentent une population en difficulté, fragilisée, qui doit faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la politique sanitaire et sociale.

D'un côté il subit les conséquences d'une situation non désirée, ceci se traduit par :

- des problèmes de santé ou un défaut de soins. L'aidant n'a pas le temps par exemple de refaire ses lunettes, de faire soigner ses dents ; dans l'étude de

l'Université de Pittsburgh de 1993 à 1998 le risque de mortalité des aidants, s'ils subissent une charge émotionnelle trop importante est supérieurs de 63 % à ceux des non aidants de l'échantillon de référence.

- des problèmes psychologiques, du stress et une qualité de vie détériorée. Dans notre étude, on observe 71 % de symptômes dépressifs, 50 % d'excès de fatigue, 56 % de troubles du sommeil.

L'aidant doit par ailleurs mener une stratégie, gérer la maladie de son parent âgé et en même temps le reste de sa vie la relation avec son conjoint si ce n'est pas la personne malade, la relation avec ses enfants, ses relations sociales et le maintien de sa vie professionnelle dans le cas où il travaille encore.

Cette gestion simultanée est particulièrement difficile à mettre en place, elle soulève des problèmes spécifiques qu'il est généralement très difficile de résoudre seul. Les problèmes rencontrés ne sont pas les mêmes aux différents stades de la maladie.

Il y a trois moments clés qui sont identifiés par les cliniciens :

- l'annonce du diagnostic
- le besoin d'aide lorsque la dépendance s'installe dans la durée d'une prise en charge provisoirement stabilisée
- le besoin d'aide en cas de crise, lorsque la santé et l'état de la personne démente se dégradent

Tous ces effets individuels négatifs liés à la relation d'aide créent des situations de détresse qui désignent la population d'aidants informels aux malades atteints de maladie d'Alzheimer comme une population fragile dont la collectivité doit se préoccuper.

Faute d'appui suffisant dans la gestion simultanée de sa propre vie et de la maladie de son parent malade, on observe ces formes d'enfermement et de repli entre une personne malade et son aidant.

Aider les aidants

Quelques principes

En règle générale, on observe que plus la famille aide moins la collectivité aide, ce qui est problématique. Une politique d'aide aux aidants équitable devrait avoir pour premier principe de ne pas pénaliser l'aidant actif.

Une politique d'aide aux aidants doit être spécifique : les aidants enfants n'ont pas les mêmes comportements que les aidants conjoints, qu'il s'agisse de leur vécu par rapport à la maladie, ou de leur comportement dans l'aide qu'ils dispensent en temps ou en argent et dans le recours aux aides professionnelles.

L'activité présente **ou** passée réduit le temps d'aide. L'aidant actif ou retraité donne, toutes choses égales par ailleurs, 20 heures (17 heures pour le retraité) d'aide en moins par semaine que l'aidant non actif. C'est-à-dire

que le (ou la) retraité ne se convertit pas automatiquement en aidant à temps plein.

La cohabitation accroît le temps d'aide hebdomadaire de 35 heures en plus (que ce soit le conjoint ou un aidant enfant). La politique de maintien à domicile concerne donc deux personnes et c'est dans ces termes qu'il faut la penser. Le cohabitant doit avoir les moyens de vivre et le minimum de qualité de vie.

La substitution entre temps d'aide et dépense n'est pas aussi évidente qu'il n'y paraît. Pour certaines raisons l'aidant donne de son temps, pour d'autres il donne de l'argent, ce ne sont pas les mêmes. Il y a là un problème d'incitation.

Avant de mettre en œuvre une politique, il faut regarder de près ce phénomène de non-substitution.

La diversité des réponses

- La première réponse consiste à prendre en charge correctement les personnes âgées, en développant des prestations adaptées, ce qui soulage d'autant l'aidant.

- La seconde réponse consiste à organiser des prises en charge qui incluent la personne malade et son aidant et fonctionnent en réseau.

À Périgueux, un centre de jour réservé spécifiquement aux personnes atteintes de démence de type Alzheimer réalise un diagnostic multidisciplinaire préalable à l'accueil du malade (évaluation de la demande), une évaluation médico-psycho-sociale et un projet de soins personnalisé en fonction du stade d'évolution. C'est une structure de proximité, le transport des malades peut se faire par taxi (grâce à des accords avec une société de taxis). Ce centre travaille en collaboration avec un réseau de soutien à domicile. Ses principaux objectifs sont de favoriser le maintien à domicile, d'aider le malade à conserver son autonomie, de soulager la famille et de retarder ou préparer l'institutionnalisation.

Il existe également un projet de réseau Alzheimer du Pays d'Aix-en-Provence : il s'agit d'organiser la prise en charge médico-psycho-sociale du patient et de sa famille dès le diagnostic posé. Les objectifs sont de maintenir à domicile le malade dans les meilleures conditions possibles, d'éviter ou de préparer son entrée en institution et d'éviter les hospitalisations intempestives. Un accueil de jour et un soutien psychologique en groupe de familles sont déjà en place.

Par ailleurs, il existe des centres experts (comme la Clinique de la Porte Verte à Versailles) qui posent le diagnostic de démence et proposent un suivi et un accompagnement du malade et de sa famille, que la personne malade soit à domicile ou en hébergement. Ces centres assurent généralement l'ensemble de la coordination des aides et travaillent en collaboration étroite avec les autres structures d'hébergement ou d'aide à domicile.

- Le troisième type de réponse consiste à mettre en place des aides directes à l'aidant.

Celles-ci peuvent se développer selon différents axes :

- l'information : En Allemagne, par exemple, un programme d'information a été lancé par le Ministère des affaires sociales du Bade-Wurtemberg. Des antennes de quartier informent les malades et leurs aidants sur l'offre et les possibilités d'aide, ainsi que sur les services offerts par les diverses structures locales disponibles. Il s'agit de structures professionnelles très largement reconnues par tous les acteurs. Au Danemark, des "groupes familiaux" ont été mis en place par certaines communes dans le dessein de rompre l'isolement des familles et de diffuser des informations de meilleure qualité à propos des troubles liés à la démence. Ces groupes sont animés par un consultant expert du sujet.

- la formation : En France, par exemple, l'association Ages et Vie organise le "Cercle des familles" où ce sont les familles qui fixent l'ordre du jour. Des intervenants extérieurs assurent l'animation en collaboration avec le personnel d'aide à domicile. En Allemagne, le centre de jour Clemens Wallrath Haus à Münster fait bénéficier les familles depuis 1993 de séances d'éducation et d'information sur l'évolution de la maladie de leur proche, au rythme d'une fois par mois. La Commission européenne depuis 1995 finance un programme de formation et de soutien aux aidants (familles, bénévoles et professionnels). Ce programme (appelé "Training, Teaching and Support Group") a pour objectif de reconnaître la personne atteinte de démence en tant que sujet vivant en relation avec un entourage et de trouver des manières d'être, d'aider et de vivre avec cette personne.

- des politiques de promotion de la santé des aidants ;
- une reconnaissance de la situation d'aidant, soit par le paiement des cotisations de retraite, soit par une indemnisation directe, soit par l'ouverture de droit au répit, soit sous forme par exemple du droit à un mois de placement de la personne âgée malade en établissement chaque année, comme en Espagne.

Marie-Ève JOËL

Agnès GRAMAIN

Élisabeth COZETTE

Laboratoire d'Économie et de Gestion
des Organisations de Santé (LEGOS)

Université Paris IX Dauphine

Références bibliographiques

ATTIAS-DONFUT C. (1995). Les solidarités entre générations. Vieillesse, famille Etat, coll. Essais et Recherches, Ed. Nathan, Paris 352p

- BOCQUET H., POUS J., CHARLET J.P., GRAND A. (1996). Mesure de la charge des aidants de personnes âgées dépendantes par la grille de Zarit. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, n°44, 57-65.
- BOUGET D., TARTARIN R. (DIR.), FROSSARD M., TRIPIER P. (1990). *Le prix de la dépendance. Comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement*, Paris : La Documentation Française, 414 p.
- BREUIL-GENIER P. (1998). Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels. *Economie et Statistique*, 6/7, n°316-317, 21-43.
- CLEMENT S. (1996). L'aide informelle visible et invisible. in AYME, S. et al. *Handicap et vieillissement. Politiques publiques et pratiques sociales*, Editions INSERM.
- CLEMENT S., GRAND A., GRAND-FILAIRE A. (1996). Aide aux personnes vieillissantes. in HENRARD J.-C., CLEMENT S., DERRIENNIC F., *Vieillesse, Santé, Société*, Editions INSERM.
- ETTNER S.L. (1994). The effect of the Medicaid home care benefit on long-term care choices of the elderly. *Economic Inquiry*, n°32, 103-127.
- HEBERT R., LEVESQUE L., LAVOIE J.P., VEZINA J. et al. (1999). Le soutien des aidants de personnes atteintes de démence vivant à domicile. *L'année Gérontologique*. Vol. 13, 335-353.
- HERVY M.P., COMTE J.F. (1995). *Enquête nationale auprès de familles ayant en charge un parent atteint de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés*. Association France Alzheimer et troubles apparentés, 51 p.
- JANI-LE BRIS H. (1993). *Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays des Communautés européennes*. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 186 p.
- JOËL M.E., COLVEZ A. (1999). *Une comparaison des différentes formes de prise en charge des malades atteints de démence de type Alzheimer dans la communauté européenne : analyse de l'impact économique et de la qualité de vie des aidants*. Rapport pour la Commission européenne, Direction Générale V, 217 p.
- JOËL M.E. (1998). *Aider les personnes âgées, arbitrages économiques et familiaux*. Editions de l'ENSP, avril 1998.
- JOËL M.E., MARTIN C. (1996). *L'organisation du soutien à domicile des personnes âgées dépendantes. Déterminants économiques et familiaux*. Recherche financée par la MiRe et la Fondation de France, 130 p.
- LESEMANN F., MARTIN C. (dir.) (1993). *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales, comparaisons internationales*, Paris : La Documentation Française, 215 p.
- O.E.C.D. (1996), *Caring for frail elderly people. Politiques in evolution*, Social policy studies, n°19, 291 pages.
- EISEN R., SLOAN F.A., Kluwer ed. (1996). *Long-Term Care : Economic Issues and Policy Solutions*, Academic Publishers.

LA VIE DU COLLÈGE

Compte rendu de l'Assemblée Générale du 5 avril 2001

L'Assemblée Générale du Collège s'est tenue le 5 avril dernier et a réuni une quarantaine de membres, malgré la fâcheuse habitude des syndicats des transports publics à organiser des grèves massives les jours des réunions des économistes de la santé (AG 2001, Colloque 2001, Journées de Lille, ...).

A cette occasion, les rapports moral et financier de l'association ont été approuvés, ainsi que le passage à une comptabilité en Euro à partir de l'automne 2001 et la modification de la période et du montant des cotisations. L'année universitaire comme exercice de référence pour les cotisations est abandonnée au profit de l'année civile. Il n'y aura donc pas d'appel à cotisations à l'automne prochain mais celui-ci interviendra à partir de janvier 2002.

Par ailleurs, du fait du passage à l'Euro et surtout de la stabilité du montant des cotisations depuis la création du Collège en 1989, le Conseil d'Administration a proposé à l'occasion de l'Assemblée Générale la nouvelle grille des cotisations :

Membre individuel : 50 €
 Membre institutionnel : 500 €
 Membre entreprise : 1000 €

Le Conseil s'est de plus engagé à ne pas augmenter ces cotisations pendant 2 ans et, à l'avenir, procéder à des

augmentations plus régulières et moins fortes. Ces propositions ont été adoptées par vote en séance.

Compte Rendu du Conseil d'Administration du 11 juin 2001

Lors de la réunion du Conseil d'Administration du Collège qui s'est tenue le lundi 11 juin 2001 dans les locaux du Collège, les points suivants ont été examinés.

- **Les statuts du Collège** : le Conseil d'Administration a décidé de soumettre à la prochaine Assemblée Générale, prévue au début de l'année 2002 et qui sera aussi marquée par les élections du nouveau Conseil d'Administration, une modification des statuts du Collège afin de créer deux nouvelles catégories de membres du Collège : membre correspondant et membre étudiant

Le statut de membre correspondant a pour objectif d'ouvrir l'association aux économistes de la santé étrangers, en particulier francophones, qui souhaitent développer des relations avec le Collège et servir de relais de ses activités à l'étranger.

Le statut de membre étudiant, depuis longtemps en discussion au CES, pourrait permettre aux étudiants impliqués dans des cursus et/ou des recherches en économie de la santé de s'intégrer au sein de notre communauté. Il s'agirait d'un statut provisoire, limité à la durée des études, n'octroyant pas de droit de vote et

permettant de bénéficier d'un tarif de cotisation très préférentiel.

• **Le fonctionnement du Collège** : Au cours de la réunion, la proposition suivante a été soumise au vote par le Président :

Le Conseil d'Administration du Collège considère :

1. Qu'il est nécessaire de maintenir le potentiel actuel du Collège en termes de Secrétaire Général, secrétariat et locaux.
2. Que le projet CODECS devra être poursuivi au-delà de la période de financement initiale de 3 ans et que le Président et le Secrétaire Général sont mandatés pour trouver un relais de financement qui devra couvrir les coûts réels du projet après 2002 (financement assuré d'ici là).
3. Qu'une des finalités du CES est d'offrir à ses membres des outils d'intérêts collectifs.
4. Que le projet d'Observatoire Européen de l'Assurance Maladie est abandonné dans sa version initiale et qu'uniquement un des aspects du projet

est retenu, à savoir l'organisation d'un séminaire. Il est donc décidé comme opportun de préparer une maquette pour l'organisation d'un séminaire international sur 3 ans sur le thème de l'assurance en santé, assorti d'un projet de financement

Cette proposition a été votée par le Conseil d'Administration du Collège à l'unanimité pour les 3 premiers points et à la majorité pour le 4^{ème} point.

Du côté des membres

Avec plus d'une dizaine de nouveaux membres depuis le début de l'année, notre association compte désormais 150 membres individuels, 8 membres institutionnels et plus de 29 membres entreprises.

Cette nette progression rendait plus que nécessaire l'actualisation de l'annuaire. Vous trouverez donc joint à la Lettre du Collège, l'annuaire 2001, version synthétique, en attendant la version détaillée pour l'année prochaine.

LES PROJETS DU COLLÈGE

La base CODECS

Le site internet de la base CODECS (accès via le site du Collège), qui est ouvert depuis le 5 mars dernier, a déjà reçu plus de 2000 visites en un peu plus de 3 mois.

Début juin, les 385 études disponibles en ligne sur le site CODECS se répartissaient de la manière suivante :

Type d'études	Nombre d'articles (%)
Etudes complètes	111 (28,8%)
Etudes de coût	101 (26,2%)
Etudes portant sur les résultats	18 (4,7%)
Etudes méthodologiques	122 (31,7%)
Revue de la littérature	33 (8,6%)
Total	385 (100,0%)

Parallèlement au travail des chargées de recherches pour compléter la base avec les publications les plus récents, la politique de communication entreprise depuis le lancement de la base pour la faire connaître auprès des chercheurs, professionnels de santé, des administrations et de l'industrie se poursuit.

Dans le même temps, l'équipe CODECS s'efforce de faire connaître la base à l'étranger. A ce titre, des documents de présentation de CODECS, en anglais et en français, devraient être distribués au prochain colloque de l'iHEA en juillet à York.

Enfin, le Collège poursuit ses démarches pour développer un réseau de base de données européen sur le modèle de CODECS et de la base de York. Nos collègues allemands et italiens nous ont déjà indiqué leur volonté de participer activement à un tel projet, en particulier en collaborant avec le Collège pour déposer des dossiers de financements auprès des instances publiques et privées européennes.

Collaboration au projet de la MiRe : La prévention dans le champ sanitaire et social

Le vendredi 15 juin 2001 s'est tenue au Ministère de la Santé la première réunion du Comité de Pilotage du projet « La prévention dans le champ sanitaire et social » initié par la Mission Recherche (MiRe) de la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques (DREES).

Le Collège, représenté par son Secrétaire Général Philippe Ulmann, avait été invité à participer à cette

première réunion en tant qu'instance représentative des économistes de la santé. Assistait aussi à cette réunion, Martine Bungener, au titre de son laboratoire de recherches (CERMES).

Dans le cadre de ce projet, il est prévu deux séries de séminaires, une pluridisciplinaire sur les « domaines et techniques de prévention » et une autre économique sur « économie de la prévention ». En outre, à l'issue de ces séminaires un colloque international serait organisé et un programme de recherches sur appel d'offres serait lancé par la MiRe.

La MiRe a souhaité, en invitant le CES a participé à ce Comité de Pilotage, que notre association puisse collaborer à cette initiative, en faisant office de relais avec l'ensemble de la communauté scientifique en économie de la santé.

D'ores et déjà un premier séminaire est programmé pour l'automne 2001, dont l'organisation a été confiée par la MiRe à Jean-Paul Moatti. D'autres contacts entre le Ministère et le Collège seront pris dans les prochaines semaines afin d'étudier les possibilités de collaboration, qui seront au préalable évoquées lors du prochain Conseil d'Administration du Collège, le lundi 10 septembre 2001.

Le colloque européen de juillet 2002

La première réunion du Comité Scientifique du Colloque Européen des 8-10 juillet 2002, à l'Université Paris V, s'est tenue le vendredi 1^{er} juin 2001 au Collège.

Etaient présents à cette réunion : Carlos Gouveia Pinto (Port.), Bengt Jönsson (Suè.), Reiner Leidl (All.), Emile Lévy (Fra.), Guillem Lopez Casanovas (Esp.), Gérard de Pouvourville (Fra.), Frans Rutten (P-B), Harri Sintonen (Fin.), Peter Zweifel (Sui.).

Les autres membres du Comité Scientifique, à savoir Martin Buxton (R-U), Mike Drummond (R-U), Louis Eeckhoudt (Bel.), George France (Ita.), Alan Maynard (R-U), Lise Rochaix (Fra.), Joan Rovira (Esp.) étant pris par d'autres obligations, n'ont pu assister à cette première réunion.

La séance a été consacrée à la préparation d'un premier programme ainsi qu'à l'appel à communications. Plusieurs propositions de thèmes ont d'ores et déjà été retenues et figurent sur l'appel à communication qui accompagne la Lettre du Collège.

L'ensemble du Comité d'Organisation compte non seulement sur une forte présence française au cours du colloque mais surtout sur de nombreuses propositions de communications.

LOGO C.E.S.

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Economistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES – 7, rue de Citeaux, 75012 Paris.

Tél: 01-43-45-75-65, Fax : 01-43-45-75-67,

E-mail : CES2@wanadoo.fr

Site internet : <http://perso.wanadoo.fr/ces/>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Gérard de Pourville,

Secrétariat de rédaction : Muguette Depardon, Philippe Ulmann.

Réalisation : Louyot.

Tirage : 600 exemplaires.