

Les Enjeux Techniques de l'actuel Débat sur la « Dépendance »

Par
Dr Alain Colvez
Directeur de Recherche à l'INSERM
Expert scientifique à la CNSA
(Caisse Nationale de Solidarité
pour l'Autonomie)

Vannes le 18 janvier 2011

Les Éléments du débat

- La CNSA, le « vieillissement de la population », la « dépendance », le « handicap », la santé, la médecine, le médico-social, la protection sociale, l'aide sociale, l'assurance privée, ...
- Le débat annoncé
 - Les principes d'action politique
 - Les éléments techniques
- La démographie, l'épidémiologie,

Une vue d'ensemble des évolutions de la santé de la population

- Qu'est-ce qui déstabilise notre système de santé ?
 - C'est la **faute des patients** qui abusent des consultations médicales et des médicaments
 - C'est la **faute des médecins** qui ne pensent qu'à gagner de l'argent
 - C'est la **faute des compagnies pharmaceutiques** qui poussent les médecins à prescrire toujours plus de médicaments
 - C'est la **faute de la société** qui ne veut plus « entourer » ses anciens...
 - C'est la **faute du « vieillissement de la population »**

Définition du vieillissement

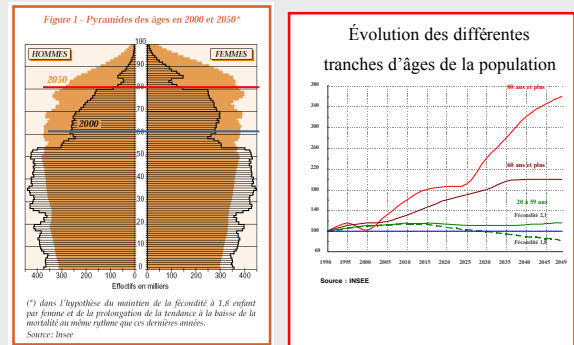
- Un processus lié au temps
- Un processus délétère
- Un processus irréversible
- Un processus universel

*Le vieillissement de la population ne répond pas à la
définition d'un vieillissement*

Faire face à deux transitions

- La transition démographique
 - Changement de la structure d'âge
- La transition épidémiologique
 - D'un régime de maladies aiguës vers
 - La prédominance des états chroniques handicapants

La transition démographique = changement de structure par âge de la population



La transition épidémiologique (Omran 1970)

- Baisse des maladies aiguës (en particulier infectieuses)
- Montée relative des états chroniques et des états chroniques handicapants
- La France est (trop) lente à intégrer la transition épidémiologique dans la structure de son système de santé
- Difficulté à « défragmenter » son système de santé (ou au moins coordonner ses composantes)

Les quatre secteurs d'activité du système de santé (quatre logiques différentes)

- **Secteur 1 : La prévention**
(programmes d'interventions structurées, actions populationnelles ou individuelles)
- **Secteur 2 : Diagnostic et soins aux affections aiguës**
(logique : signes - diagnostic - traitement)
- **Secteur 3 : Suivi et contrôle des affections chroniques stabilisées (non handicapantes)**
(abord par problèmes : subjectif - objectif - décision - évaluation)
- **Secteur 4 : Suivi, contrôle, et compensation des Etats chroniques handicapants stabilisés (ou lentement évolutifs)** (évaluation multidimensionnelle - plan d'aide et de compensation - suivi)

Quelques repères historiques pour la prise en compte de la transition épidémiologique et des états chroniques handicapants ^(1/2)

■ Au niveau international

- En 1980 : L'O.M.S. publie une classification internationale des conséquences des maladies.

■ En France : 2 dates

- 1962 : Le Rapport Laroque
- 1975 : La loi Veil sur la prise en charge médico-sociale

1980 : L'O.M.S. publie une classification des conséquences des maladies

- supplément à la classification des maladies
- fixe la définition du handicap comme un désavantage qui peut être modulé par l'environnement
- même si la déficience est stabilisée
- désigne des dimensions servant à la reconnaissance du désavantage (mobilité, indépendance physique, occupations, etc..)

Classifications des déficiences, des incapacités et du handicap

- *Ph Wood propose trois classifications*

- Une classification des Déficiences
- Une classification des Incapacités
- Une classification des dimensions pour juger du Désavantages (du handicap)

Les dimensions pour la reconnaissance du désavantage

- la mobilité physique
- l'indépendance physique (dépendance)
- les occupations;
- l'intégration sociale
- la suffisance économique
- l'orientation dans le temps et dans l'espace

Quelques repères historiques pour la prise en compte de la transition épidémiologique et des états chroniques invalidants (2/2)

■ Au niveau international

- En 1980 : L'O.M.S. publie une classification internationale des conséquences des maladies.

■ En France : 2 dates

- 1962 : Le Rapport Laroque
- 1975 : La loi Veil sur la prise en charge médico-sociale

Un peu d'histoire

- Le système de santé français a été structuré en 1945 au moment de la création de la Sécurité Sociale
- Avec deux missions principales
 - L'accès de tous à la médecine
 - Le **paiement à l'acte**
 - La suppression de la pauvreté des vieux travailleurs retraités
 - **Fonds National de Solidarité** (aide sociale)
 - **Cotisations de retraites** (par répartition entre les actifs et les retraités)

En 1945 les états chroniques invalidants « oubliés » ?

- 1962 : Le rapport Laroque :
 - Pose le problème de la prise en charge des personnes âgées ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne
 - Crée l'aide ménagère à domicile
 - **Financement par le budget d'action sociale** des caisses de retraite
- 1975 : La loi Veil : la prise en charge médico-sociale
 - Reconnaissance des états chroniques invalidants comme une entité différente des maladies
 - Notion de handicap même si définition encore incertaine (à la fois lésion et désavantage)
 - **Financement par un budget mixte de l'action médico-sociale**

Au total trois systèmes, trois logiques :

- le sanitaire (pour les maladies),
- Le social (pour les personnes âgées)
- le médico-social (pour les personnes handicapées)

Pour faire face aux maladies et états chroniques handicapants

En France : Années 60 - 80 : l'émergence de la notion de dépendance

- Terme issu de la gériatrie hospitalière (longs-séjours hospitaliers)
- Utilisé pour signaler la charge, pour les personnels soignants, que représentaient les personnes âgées hébergées par ces structures hospitalières
- Montée de l'importance de la gériatrie avec l'évolution démographique

Les deux notions de base utilisées pour décrire la dépendance pour les actes de base de la vie quotidienne

- La dépendance d'un tiers pour les Activités élémentaires de la Vie quotidiennes (AVQ)
 - La toilette, l'habillement, les transferts (lit/fauteuil), l'alimentation.
- L'aide pour les Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ)
 - Les courses, la lessive, le ménage, se servir du téléphone, gérer ses médicaments etc.

Les premières étapes en France

- 1994- Prestation expérimentale dépendance (PED)
 - Un instrument pour ouvrir le droit aux prestations : l'instrument AGGIR
- 1995- Prestation Spécifique Dépendance (PSD)
 - Seuil d'intervention à 60 ans
- 2000- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

En France, deux structurations pour la prise en charge de problèmes chroniques handicapants.

Secteur dit « dépendance »

- L'attribution de l'A.P.A. loi du 20 juillet 2001
- dans*
- Les Equipes Médico-sociales des Conseils généraux
 - Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Secteur dit « handicap »

- L'instruction des demandes de prise en charge handicap (loi du 11 février 2005)
- une nouvelle architecture*
- La CNSA
 - Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)
 - La PCH

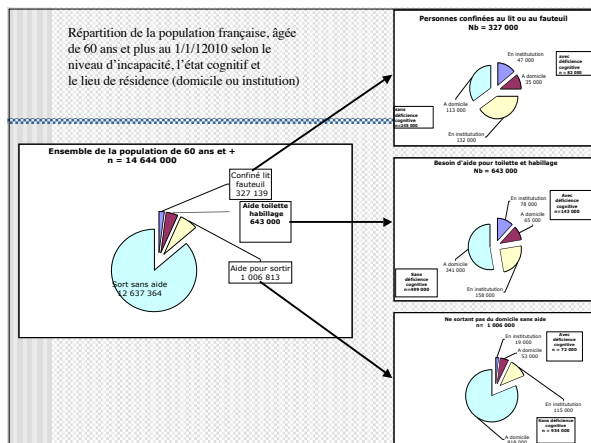
L'assurance privée

- Depuis les années 80
- Difficulté d'estimer « le risque » (probabilité de survenue de l'événement)
- Choix des AVQ comme instrument de référence pour définir les termes des contrats (Index de quatre AVQ)
- Prudence des démarches (sécurité et revision des clauses ... et seuils d'attribution élevés).

Prise en charge financière

Premier paramètre : Les effectifs en fonction des niveaux d'incapacité

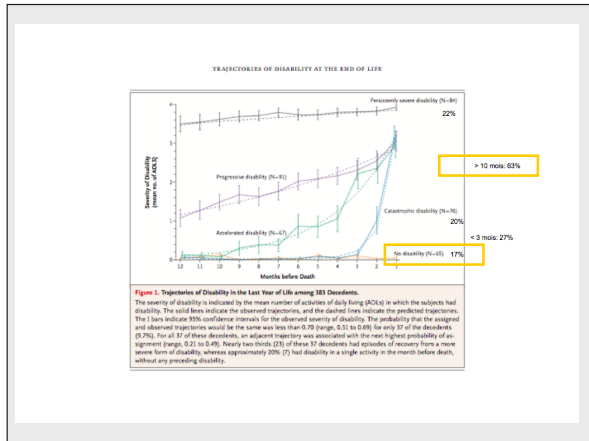
- Les effectifs sont importants mais les ordres de grandeurs sont connus
- Les perspectives démographiques sont parfaitement connues (50 ans à l'avance)
- Trois éléments à considérer
 - Le niveau d'incapacité
 - La présence ou non d'une détérioration intellectuelle
 - La vie à domicile ou en institution



Deuxième paramètres : le risque

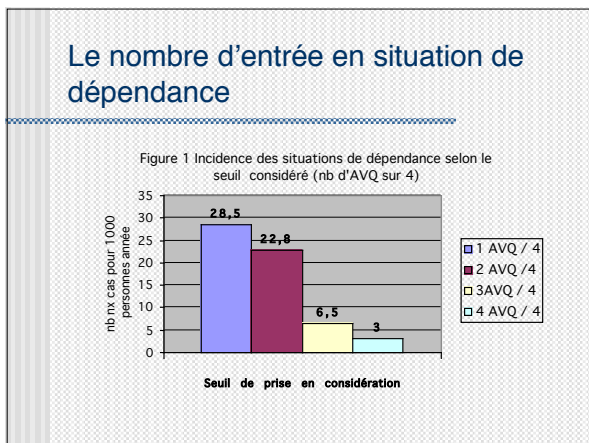
Quand on atteint 75 ans, la perspective de mourir sans passer par une période d'incapacité est faible (17% ?)

Assurer un risque dont la probabilité est de plus de 60% n'est pas la moindre des difficultés.



Le risque conditionne le « débit » d'entrée en incapacité

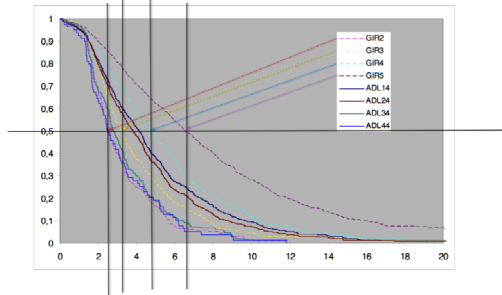
- Statistiquement, l'entrée en incapacité est plus tardive
- Le niveau d'incapacité considéré pour prendre en compte les personnes est très important
 - Processus de dégradation progressif
 - En retardant le niveau de prise en compte on diminue beaucoup le nombre de nouveaux cas par an
 - Mais on laisse les personnes sans aide dans les situations antérieures
 - Il faut fixer « politiquement » le seuil d'entrée en incapacité justifiant l'intervention de la redistribution sociale
 - Premier seuil l'impossibilité de sortir du domicile sans aide
 - Seuil quand la toilette ne peut être faite sans aide.



Troisième paramètre : La durée de vie en état d'incapacité

- Si l'on considère le niveau de besoin d'aide pour sortir de chez soi, la durée moyenne de vie est de **6 ans**
- A partir du seuil de besoin d'aide pour la toilette : durée de survie moyenne de **4 ans**
- Pour les personnes qui ont besoin d'aide pour 3 AVQ sur 3, durée de **2 à 3 ans**

Figure 22. Comparaison des différentes courbes de survie selon AGGIR et les ADL (sur 4)



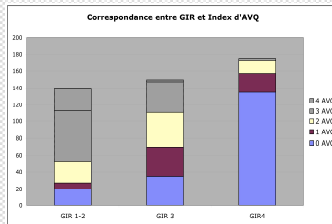
Correspondance entre Indicateur AVQ et GIR

Tableau II - Correspondance entre le classement selon le GIR et le classement selon le nombre d'AVQ d'une population de 684 personnes demandant l'attribution de l'APA, évaluées par les Equipes Médico-sociales de cinq conseils généraux

SCORE sur 4 AVQ	GIR-1	GIR-2	GIR-3	GIR-4	GIR-5	GIR-6	Total ligne
0 AVQ %	1 0.1%	19 2.8%	34 5.0%	135 19.7%	109 15.9%	105 15.4%	403 58.9%
1 AVQ %	0 0.0%	7 1.0%	35 5.1%	22 3.2%	4 0.6%	2 0.3%	70 10.2%
2 AVQ %	1 0.1%	24 3.5%	42 6.1%	15 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	82 12.0%
3 AVQ %	5 0.7%	56 8.2%	36 5.3%	3 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	100 14.86%
4 AVQ %	14 2.0%	13 1.9%	2 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	29 4.2%
Total colonne. %	21 3.1%	119 17.4%	149 21.8%	175 25.6%	113 16.5%	107 15.6%	684 100.00%

Recouplement des éligibilités (GIR et AVQ)

- 1- Le recouplement des éligibilités entre l'instrument des services des conseils généraux et le critère principal de l'attribution des rentes d'assurance privée est bas : 28%.
- 2- L'éligibilité à l'APA inclut 89% des personnes présentant une déficience des fonctions intellectuelles supérieures. Le critère de 3 AVQ sur 4 n'inclut que 34% des personnes présentant une déficience des fonctions intellectuelles.



Quelle intervention pour le privé ?

- Un socle universel ou un programme d'aide sociale (aux bas revenus)
- En supplémentaire ou en complémentaire
- Assurance obligatoire ou facultative ?
- La négociation du seuil d'intervention du privé est un point crucial

Conclusions

- 1- Le nombre de nouvelles situations de dépendance d'un tiers pour les actes essentiels de la vie quotidienne, varie de 7 nouveaux cas pour 1000 personnes années, quand le seuil de prise en considération est de 3 AVQ ou plus (sur 4), à 29 nouveaux cas pour 1000 personnes année pour un seuil de 1 AVQ ou plus (soit un écart de 1 à 4).
- 2- Le nombre moyen d'années de vie en situation de dépendance, varie de 5 années pour une prise en compte au seuil de 1AVQ (sur 4), à 3 années pour un seuil de prise en considération au seuil de 3 AVQ (sur 4).