

UNIVERSITÉ PARIS XIII – SORBONNE PARIS NORD

École doctorale Érasme

**Étude de l'efficacité des modes de prise en charge de la dépendance. Pour un
nouveau modèle social de financement.**

THÈSE DE DOCTORAT

présentée par

Sébastien Dambrine

Centre d'économie et de gestion Paris Nord (CEPN)

pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN SCIENCES ÉCONOMIQUES

soutenue le 14 mars 2025 devant le jury d'examen constitué de :

BOUTILLIER Sophie, Professeur des universités CNU 05, Université du Littoral Côte d'Opale, Rapporteur
DOMIN Jean-Paul, Professeur des universités CNU 05, Université de Reims Champagne-Ardenne, Rapporteur
BATIFOULIER Philippe, Professeur des universités CNU 05, Université Sorbonne Paris Nord, Examineur
BRECHAT Pierre-Henri, Praticien hospitalier – HDR CNU 02, Examineur
GALLOUJ Camal, Professeur des universités CNU 06, Université Sorbonne Paris Nord, Examineur
PELISSIER Aurore, Maître de conférences – HDR CNU 05, Université de Bourgogne Europe, Examineur
CASTIEL Didier, Maître de conférences – HDR CNU 05, Université Sorbonne Paris Nord, Directeur de thèse

Cette thèse a été préparée au :
Centre d'Economie de l'Université Paris-Nord (UMR CNRS 7234-CEPN)



Université Sorbonne Paris Nord — Campus Villetaneuse 99
avenue Jean-Baptiste Clément
93430 Villetaneuse
France
Téléphone: 33 (0)1 49 40 32 55 / 35 27
Mail: cepn-secretariat@univ-paris13.fr
Site: <https://cepn.univ-paris13.fr/>

L'Université Sorbonne Paris Nord n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses: ces opinions devront être considérées comme propres à leurs auteurs.

À Annie et Claude Dambrine,



Sommaire

Remerciements	vi
Table des abréviations	viii
Introduction générale	1
Revue de littérature	2
Problématique.....	8
Objectifs de thèse.....	9
Plan de la thèse	10
Partie 1 : Solutions innovantes et dynamiques de genre dans la prise en charge à domicile des seniors dépendants.....	12
Propos liminaires à la première partie.....	12
Chapitre 1 : La dépendance au regard des effets de genre ; l'étude de cas d'une évolution sociétale au Maroc. La France est-elle un modèle à suivre ?	15
Chapitre 2 : Nouveaux modes de prise en charge ; l'exemple des cohabitations intergénérationnelles.....	40
Synthèse de la première partie	66
Partie 2 : Inégalités sociales et dépendance, étude de l'impact de la précarité sur la dépendance des seniors.....	67
Propos liminaires à la deuxième partie.....	67
Chapitre 1 : Analyse des déterminants à la prise en charge humaine de la dépendance liée à l'âge	69
Chapitre 2 : Étude des déterminants du financement départemental de la dépendance..	95
Synthèse de la deuxième partie	113
Partie 3 : Modèle social de prise en charge de la dépendance ; analyse de son évolution et pistes d'amélioration.....	115
Propos liminaires à la troisième partie	115
Chapitre 1 : Une approche historique de la dépendance	117

Chapitre 2 : Modèle de financement de la dépendance vers une évolution nécessaire ..	145
Synthèse de la troisième partie	197
Conclusion générale	199
Principaux résultats et réponse à la problématique	199
Limites de la thèse et pistes de recherche	203
Bibliographie :	206

Table des illustrations :

Tableaux :

Tableau 1 Analyse de l'effet du taux d'activité des femmes sur le recours à l'aide d'un proche, données de l'enquête VQS.....	23
Tableau 2 Analyse genrée de l'aide informelle, donnée de l'enquête SHARE.....	24
Tableau 3 Effet du taux d'emploi féminin sur le besoin d'emploi d'aide à domiciles en France	30
Tableau 4 scénarios d'évaluation de l'impact du taux d'activité féminin sur le recours à l'aide d'une tranche de 5% de la population du Maroc.....	32
Tableau 5 Coût moyen des gardes de nuit sur Paris	47
Tableau 6 Comparaison des coûts de prise en charge pour les personnes âgées et des ressources des jeunes	53
Tableau 7 Evaluation du handicap social des jeunes en cohabitation intergénérationnelle ..	57
Tableau 8 description des variables enquête SHARE.....	75
Tableau 9 test de corrélation des variables explicatives	76
Tableau 10 Analyse des effets marginaux des variables explicatives sur le recours à l'aide de l'entourage	80
Tableau 11 Analyse des effets marginaux des variables explicatives sur l'indice des activités de la vie quotidienne.....	82
Tableau 12 description des variables enquête VQS.....	90
Tableau 13 Analyse des V de Cramer	90
Tableau 14 résultats de l'étude de robustesse	92
Tableau 15 Résultat des régressions linéaires relatives au financement départemental de l'APA.	100
Tableau 16 Résultats des tests d'autocorrélation spatiale	102
Tableau 17 Tableau comparatif des sociétés d'assistances mutuelles autorisées et libres ..	133
Tableau 18 exemple de deux sociétés d'entraide mutuelle à Paris.....	133
Tableau 19 Revenus agricoles français de 1780 à 1872 selon M. de Foville	134
Tableau 20 indicateurs pondérés de calcul du handicap social.....	166
Tableau 21 score de pondération par catégorie d'aide	169

Tableau 22 Taux de pondération par type de variables du handicap social.....	177
Tableau 23 Taux de pondération des variables financières.....	178
Tableau 24 Grille d'évaluation des variables financières.....	179
Tableau 25 Grille d'évaluation du handicap social.....	182
Tableau 26 Estimation du reste à vivre par décile	185
Tableau 27 Tarif de base de la méthode du reste à vivre	185
Tableau 28 Score des 3 cas test du tarif handicap social.....	189
Tableau 29 Evaluation du nombre d'heures à atteindre pour déclencher l'aide complémentaire pour les cas 1, 2 et 3.....	193

Figures :

Figure 1 Proportion de personnes ayant recours à l'aide d'un proche par classe de revenus nets.....	77
Figure 2 Proportion de personnes ayant recours à l'aide d'un proche en fonction du revenu	77
Figure 3 Revenus médians départementaux au regard d'un seuil de 30000 euros / an.....	78
Figure 4 Représentation de l'effet marginal de l'indice IADL selon les groupes ADL.....	83
Figure 5 Représentation de l'effet marginal des revenus du ménage selon les groupes ADLA	83
Figure 6 Représentation de l'effet marginal du nombre d'année d'études selon les groupes ADLA.....	84
Figure 7 Représentation de l'effet marginal de la taille du foyer selon les groupes ADLA	84
Figure 8 Représentation de l'effet marginal de l'indice de qualité de vie selon les groupes ADLA	84
Figure 9 carte de significativité des autocorrélations spatiales pour les dépenses APA.....	103
Figure 10 carte des liens d'influence interdépartementaux pour les dépenses APA.....	103
Figure 11 carte de significativité des autocorrélations spatiales pour les dépenses moyennes par bénéficiaires de l'APA	104
Figure 12 carte des liens d'influence interdépartementaux pour les dépenses moyennes par bénéficiaires de l'APA.....	104

Figure 13 carte de significativité des autocorrélations spatiales pour les dépenses totales d'un conseil départemental	105
Figure 14 carte des liens d'influence interdépartementaux pour les dépenses totales d'un conseil départemental	105
Figure 15 carte de significativité des autocorrélations spatiales pour la part de l'APA sur les dépenses totales du conseil départemental	106
Figure 16 carte des liens d'influence interdépartementaux pour la part de l'APA sur les dépenses totales du conseil départemental	106
Figure 17 carte de significativité des autocorrélations spatiales pour le GMP départemental	107
Figure 18 carte des liens d'influence interdépartementaux pour le GMP départemental ...	107
Figure 19 Reconstitution de l'Oikoumène, Carolyn Weiss.....	120

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse Didier Castiel pour avoir accepté de me donner la chance d'intégrer ce parcours doctoral. Ce parcours qui a débuté par un simple message sur LinkedIn, qui aura abouti à presque 6 années de travail et de collaboration. J'aurais, grâce à cette confiance accordée, développé de nombreuses compétences nouvelles, un regard plus large sur le domaine de la protection sociale et réalisé toutes les rencontres si riches qui feront l'objet de cette section de remerciements. Je le remercie évidemment pour son aide, ses relectures et ses précieux conseils, sans lesquels ce travail de thèse n'aurait pas pu aboutir.

Je remercie également l'ensemble des membres de mon jury pour m'avoir fait l'honneur de leur présence. Philippe Batifoulier, pour avoir accepté d'en être membre et, surtout, pour son précieux soutien au fil des années passées au laboratoire, que ce soit en tant que directeur, chef d'équipe ou en dehors de ces fonctions. Jean-Paul Domin, pour avoir accepté la charge de rapporter cette thèse. Je le remercie également pour les échanges très utiles que nous avons eus lors de ma première participation aux journées de l'AES. Sophie Boutillier, d'avoir également accepté la lourde tâche d'être rapporteur, je la remercie d'avoir pris un temps précieux pour évaluer ce travail. Camal Gellouj, pour les échanges toujours agréables que nous avons eus et pour m'avoir fait le plaisir d'accepter ma demande de faire partie de ce jury. Aurore Pélissier, qui me fait l'honneur de sa présence dans ce jury et que je remercie vivement pour le temps qu'elle a accepté d'accorder à l'évaluation de mon travail. Enfin j'aurais également des remerciements particuliers pour Pierre-Henri Bréchat qui, en plus d'être examinateur lors de la soutenance de cette thèse, aura été de tous mes comités de suivi. Je le remercie ainsi pour son exigence bienvenue, sans laquelle ce travail n'aurait sans doute pas été le même.

Je remercie les membres de mon comité de suivi. Nicolas Da Silva, que je remercie vivement pour son implication dans ce comité mais également en dehors. Il aura su être d'une aide et d'un soutien précieux, je le remercie pour ses conseils et sa bienveillance. Victor Duchesne pour m'avoir fait le plaisir de sa présence tout au long de ces années et même après son départ, malgré une activité professionnelle prenante. Je tiens à souligner son engagement sans faille auprès des doctorants et sa présence pour l'intégration des nouveaux arrivants.

Je tiens à remercier l'ensemble des membres du CEPN. Je remercierai tout d'abord Corinne Gauthier pour l'incroyable travail qu'elle rend au sein du laboratoire. Il faut souligner sa gentillesse, son professionnalisme et son implication qui dépassent très largement la gestion administrative. Corinne est d'une aide précieuse et prend toujours le temps même si elle ne l'a pas pour prendre de nos nouvelles et échanger toujours dans la bonne humeur et la bienveillance. Je lui souhaite ainsi qu'au laboratoire de rester aussi longtemps qu'elle le voudra au sein du CEPN. Bien évidemment, je remercie Mehrdad Vahabi pour sa présence à la direction du laboratoire dans une période tumultueuse. Gaye Del Lo pour ses conseils, ses relectures et sa sympathie. Benoit Desmarchelier pour ses précieux conseils sur le chapitre 2 de ma première partie. Ariane Ghirardello, Jean-Michel Courtault, Isabelle Liotard ainsi que l'ensemble de l'équipe SPI pour leur accessibilité et les échanges toujours agréables lors des

pauses déjeuners, dans lesquelles les doctorants sont intégrés sans aucune forme de formalisme. J'ai une pensée pour Liliana Cano ainsi que Fabien Hildwein avec qui j'ai eu le plaisir de collaborer lors des TD qu'ils m'ont confiés au sein de l'USPN. Je les remercie pour leur aide, leurs conseils et les échanges que nous avons pu avoir à cette occasion. Je ne pourrais pas terminer mes remerciements du laboratoire sans remercier Jean-Pierre Kokossou.

Enfin, j'aurais une pensée particulière pour mes collègues doctorants à commencer par celui qui ne l'est plus ; Nicolas Himounet qui aura choisi le froid de la Normandie et renoncé à un brillant avenir dans la finance pour poursuivre la mission plus noble mais moins rémunératrice d'enseigner les méandres de l'économétrie aux jeunes du Havre. Je le remercie surtout pour ces moments d'échange, de discussions plus ou moins discrètes, de rires continus et de travail passés dans le bureau J214 pendant lesquels il n'aura, à cause de moi, pas beaucoup avancé sur sa thèse mais grâce à qui j'aurai en revanche énormément régressé. J'ai également une pensée pour l'ensemble des collègues ayant partagé ce bureau qui brille par son respect de la parité ; David Dosso, l'homme qui murmure à l'oreille des 18/20. Philipp Roderweis qui mérite bien qu'on écrive son nom correctement. Jonas Grangeray, notre historien, toujours bien coiffé. Francisco Castro, qui ne nous a toujours pas ramenés ses surprises, Philippe Devin, Guillaume Larrouturou et Leonhard Kersten. Bien entendu, il ne m'est pas possible de ne pas évoquer Laura Allès avec qui j'ai eu de nombreux échanges qui, malgré nos désaccords, auront toujours été enrichissants. J'ai également une pensée pour tous les autres (actuels ou anciens) doctorants et doctorantes du labo, Marie-Lou, Gyowon, Raphaël, Colin et toutes celles et ceux qui ne sont pas cités nominativement.

Puisque les rencontres faites tout au long de ce parcours ne se limitent pas au CEPN, je souhaite avoir un mot pour l'ensemble des équipes d'organisation des séminaires de l'AES et de l'AFEP, aux membres ayant eu la sympathie de me faire part de leurs remarques qui m'ont été d'une grande aide dans la construction de cette thèse. J'aurai une pensée pour les doctorants croisés lors de ces journées et plus particulièrement Yasser, qui, je l'espère, passera me rendre visite à Casa.

Il me semble également important d'évoquer les collègues soignants, les institutions et surtout les patients avec lesquels j'ai développé une culture professionnelle et un intérêt pour le sujet de cette thèse. C'est avant tout grâce et pour ces derniers que ce travail est né.

Enfin, je souhaite réserver mes derniers remerciements pour mes proches. Ma mère et mon grand-père Annie et Claude Dambrine, qui auront connu le début de ce travail de thèse et qui étaient impatients d'en connaître la fin. Ils m'ont permis d'avoir la résilience et la pugnacité nécessaires pour terminer cette thèse en dépit des circonstances. Il n'y aura sans doute pas assez de pages pour pouvoir les remercier suffisamment pour tout ce qu'ils m'auront apporté. Mon oncle, Francis Dambrine, pour ses encouragements et pour le soutien qu'il aura apporté à ma scolarité depuis toujours. Antoine Mortazavi pour m'avoir permis d'avoir les conditions matérielles tant pour débiter que pour finir cette thèse. Mes amis et plus particulièrement Matthieu Colombani pour son aide inestimable ces trois dernières années, Mehdi, Nathalie, Barbara, Ismaïl, Maryline et Gilles, ainsi que toutes celles et ceux qui auront supporté mes interminables monologues sur un sujet qui ne les intéresse pas toujours.

Table des abréviations

ADL / ADLA : Activities of Daily Living (Activités de la vie quotidienne)

AGGIR : Autonomie gérontologique groupe iso-ressources

AIS : Actes infirmiers de soins

ALD : Affection longue durée

ALS : Allocation de logement social

AMI : Actes médicaux infirmiers

ANCREAI : Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APL : Allocation personnalisée au logement

ARS : Agence régionale de santé

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

AVS : Auxiliaire de vie scolaire

CAF : Caisse d'allocations familiales

CASP : Centre d'action sociale protestant

CHU : Centre hospitalier universitaire

CI : Contribution individuelle

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CROUSS : Centre régional des œuvres universitaires et scolaires

CSP : Catégorie socio-professionnelle

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGTPE : Direction générale du Trésor et de la politique économique

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHESP : École des hautes études en santé publique

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA : Équipe spécialisée Alzheimer

ETP : Équivalent temps plein

GIR : Groupe iso-ressources

GMP : Gir moyen pondéré

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HCP : Haut-Commissariat au plan

IADL / IADLA : Instrumental Activities of Daily Living (Activités instrumentales de la vie quotidienne)

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

OFGL : Observatoire des finances et de la gestion publique locales

OMS : Organisation mondiale de la santé

OVE : Observatoire de la vie étudiante

PCH : Prestation de compensation du handicap

PIB : Produit intérieur brut

RAC : Reste à charge

RSA : Revenu de solidarité active

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SIPA : Soins intégrés pour les personnes âgées

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

VQS : Vie quotidienne et santé

Introduction générale

La France, dans sa tradition d'État providence, a entamé depuis la loi du 30 juin 1975 une évolution vers le financement de la dépendance liée à l'âge. Cette évolution s'est traduite par l'apparition de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) au 1^{er} janvier 2002. Cependant, cette aide, bien que résultant d'une réelle nécessité sociale, nécessite d'être questionnée. Cette thèse se propose donc d'interroger la notion d'équité dans la prise en charge sociale de la dépendance. En effet, nous considérons que l'organisation actuelle de du financement de la dépendance au travers de l'APA pose de nombreuses questions. Parmi celles-ci, l'organisation décentralisée du financement nous semble être un facteur d'inégalités dans le traitement de la prise en charge des seniors allocataires de l'APA. Nous nous interrogeons également sur la pertinence des modes d'évaluation de la dépendance et d'attribution de l'aide. Nous considérons en effet que les grilles d'évaluation entraînent un risque d'inégalité en raison d'une trop faible prise en compte des spécificités individuelles et d'une méconnaissance de facteurs de risque tels que l'entourage de la personne ou du caractère isolé de son lieu de résidence. Nous souhaitons en effet vérifier que le modèle social français permette d'adresser les enjeux de précarité de manière efficace. Il nous semble en effet capital, dans un pays où l'égalité s'érige en principe fondateur, que chaque senior puisse bénéficier d'un accès aux prestations sociales qui ne dépende que de son besoin réel et ce de façon déconnectée de facteurs exogènes. Avant toute chose, il nous semble important d'apporter une définition à la notion de dépendance telle que nous l'entendons ici. La loi du 24 janvier 1997 donne une définition claire et simple de ce qu'est la dépendance liée à l'âge : elle « est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. » Il s'agit ici d'une notion qui dépasse l'état de bonne santé, mais concerne *in fine* la capacité d'un individu à se maintenir dans cet état de bonne santé par l'accomplissement sans aide des actes essentiels de la vie. Cette aide peut ici être active, c'est-à-dire des prestations humaines (par exemple la réalisation des courses), mais également passive, c'est-à-dire une surveillance qui pourrait survenir lorsqu'il n'est pas certain que l'intégrité physique ou morale d'une personne soit conservée en l'absence de l'intervention d'un tiers. Nous pourrions, par exemple, penser aux nouvelles prestations proposées par La Poste permettant de favoriser le lien social, mais également d'avoir une

évaluation régulière permettant de remonter rapidement les situations à risque. Par situation à risque nous pouvons par exemple envisager le cas d'une personne présentant des troubles cognitifs et/ou mnésiques, la présence du postier permet de suivre dans une certaine mesure l'évolution de ces troubles et mieux anticiper le moment où une majoration des aides peut être nécessaire, voire dans certains cas des aménagements du domicile comme le retrait du gaz. Nous pourrions, dans cette même logique, penser à la question des troubles de l'équilibre qui, une fois apparus, nécessitent que l'aménagement du domicile soit repensé. La présence du postier permettant de remonter ces informations aux proches, il serait alors possible de proposer un aménagement simple tel que le retrait des tapis.

L'OMS (2017) définit des directives applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques (SIPA : soins intégrés pour les personnes âgées). Les capacités intrinsèques sont définies comme « étant l'ensemble des capacités physiques et mentales d'un individu ». Elles se différencient des capacités fonctionnelles qui sont en revanche définies « comme l'association et l'interaction des capacités intrinsèques avec l'environnement dans lequel vit une personne ». Ces recommandations font état de cinq fonctions essentielles : la locomotion, la cognition, le sensoriel, le psychosocial et la vitalité. Cet état de dépendance s'oppose donc à la conception d'une pleine autonomie dès lors que la présence d'une tierce personne s'impose dans le quotidien de l'être dépendant. C'est cette notion de nécessaire intervention extérieure qui est par ailleurs retenue dans les modalités d'évaluation de la dépendance. Nous retrouvons par ailleurs le concept d'aide intrinsèque dans les procédures d'évaluation, par la prise en compte des aides mécaniques dans l'autonomie réelle de la personne évaluée. Par exemple, le périmètre réel de marche est estimé avec l'usage d'une canne plutôt que ce qu'il serait sans l'usage de cette aide.

Revue de littérature

Afin de positionner ce travail dans la littérature existante, nous choisissons d'explorer quatre thèmes qui nous semblent d'importance. Nous rechercherons, dans un premier temps, des publications de référence traitant de façon générale la question de la dépendance et du vieillissement. Afin de répondre à nos interrogations sur le caractère équitable du modèle français de prise en charge de la dépendance, nous nous intéresserons ensuite de façon plus détaillée aux thèmes suivants : Le financement de la dépendance, ce thème nous permettra

de situer cette question centrale dans la littérature existante et orienter notre recherche en abordant l'effet qu'ont les politiques de financement sur le comportement des usagers. Nous nous intéresserons ensuite à la littérature spécifique à la question des aidants informels, qui nous permettra de mieux saisir l'importance de l'entourage des seniors et de l'impact de ceux-ci sur les besoins en aide professionnelle. Et enfin à la thématique de la précarité qui est l'élément central de ce travail de thèse et qui nous permettra ainsi de proposer une recherche qui se veuille complémentaire d'une littérature déjà existante.

Thème 1 : Dépendance et vieillissement

Marie-Ève Joël (2000) analyse en profondeur les diverses sources de revenus des personnes âgées en France, telles que les pensions de retraite, les aides sociales et les revenus du patrimoine. Elle met en avant les disparités économiques qui existent parmi les personnes âgées, soulignant la nécessité de politiques redistributives pour soutenir celles à revenu limité. Ainsi Marie-Ève Joël introduit la notion de la précarité des seniors et de l'importance d'y remédier. Elle note d'importantes disparités dans la composition des revenus où les retraités les plus aisés sont, sans surprise, ceux ayant accès à des revenus du patrimoine important. Ces inégalités sont tout naturellement issues des disparités retrouvées lors de la vie active et n'ont pas vocation à disparaître lors du passage à l'âge de la retraite. Elle note par ailleurs un important effet de genre puisque les femmes perçoivent des « pensions inférieures de 42 % à celles des hommes, en raison de carrières plus courtes et de salaires inférieurs. ». Joël plaide pour une meilleure efficacité des politiques redistributives notamment en augmentant l'ASPA, les pensions de retraite minimales et en ayant une action spécifique sur les retraites des femmes. Joël examine en détail les soins de longue durée, les soins à domicile et les services de santé, tout en mettant en lumière les défis liés à la disponibilité des services ainsi qu'à leurs coûts associés. Elle note tout particulièrement que les ressources disponibles pour le financement par l'assurance maladie des soins à domicile sont « souvent insuffisantes ». Elle note par ailleurs qu'il s'observe des « inégalités géographiques dans l'accès aux services de santé sont prononcées, les zones rurales étant souvent moins bien desservies ». Joël déplore par ailleurs que la complexité du financement des aides aux seniors, qui repose sur une combinaison de l'assurance maladie, d'aides sociales et de paiements par l'utilisateur, rende leur coordination complexe. Elle note par ailleurs à ce sujet que « La coordination des services

sociaux et médico-sociaux est souvent entravée par la multiplicité des acteurs et des financeurs, rendant la prise en charge complexe et fragmentée »

Thème 2 : Financement de la dépendance

Le financement de la dépendance présente des disparités importantes selon les régions et les ressources locales. Brunel et al. (2019) Dans les dossiers de la Drees, ont étudié les disparités de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile entre les départements, mettant en évidence l'importance des ressources locales et des politiques départementales. En effet, cette étude montre que les politiques départementales à destination des personnes âgées expliquent 6% de la variance du taux de bénéficiaire de l'APA. Par ailleurs, cette étude, dans son modèle de régression, montre une relation positive et statistiquement significative du taux de pauvreté des plus de 65 ans sur le taux de dépendance. Ainsi, la précarité, encore une fois, est un facteur explicatif de la dépendance. Il s'agit par ailleurs de la seule variable significative de cette étude. Dans le cadre du financement de la dépendance, l'intérêt de cette étude est de mesurer l'effet sur le recours à l'APA. Ainsi, plus le département est précaire, plus le poids de la dépendance sera amené à peser sur ses finances.

S'agissant des EHPAD, La CNSA (2017) a publié une analyse statistique des tarifs des EHPAD en 2016. Celle-ci révèle des écarts significatifs entre les établissements et met en lumière les défis financiers pour les résidents et leurs proches. De son côté, Cap Retraite (2022) souligne que les tarifs des EHPAD en Île-de-France varient considérablement en fonction de l'emplacement et des services offerts, créant ainsi des inégalités d'accès pour les familles à revenus modestes.

Arnaud Fizzala (2016) étudie en particulier les plans d'aide APA saturés et note qu'un quart des plans d'aide sont dans cette situation. C'est-à-dire que les bénéficiaires ont un besoin qui excède le montant du seuil national des aides de l'APA. Ceci se traduisant par un reste à chargé plus élevé. Il note par ailleurs que les femmes ou les personnes vivant seules ont davantage de plans saturés, ce qui note une fois de plus un effet de genre ainsi que l'effet de l'isolement. Il note que les personnes les plus pauvres ont tendance à avoir plus de plans d'aide saturés par rapport aux revenus moyens. Il note cependant qu'il s'agit également du cas des personnes les plus riches. Une des explications possibles tient dans la capacité à payer des personnes les plus aisées qui disposent d'une capacité à payer supérieure aux plus précaires

et ont donc un recours plus important à l'aide à domicile. S'agissant des précaires, les corrélations entre niveau de vie et sévérité de la dépendance pourraient être une source d'explication. Fizzala propose dans ce dossier d'adopter un tarif de référence national afin d'éviter les écarts significatifs et ainsi diminuer les inégalités. Il propose également de mieux tenir compte des aides techniques afin de réduire le poids financier de celles-ci sur les ménages. S'agissant de la capacité à financer l'aide, Amélie Carrère (2021) montre que la capacité à financer l'aide influence fortement la décision des seniors dépendants à rester au domicile. En effet, à un reste à charge élevé (RAC), le nombre d'institutionnalisations augmente. L'article montre une relation de report de l'institution vers le domicile selon que l'un soit plus coûteux que l'autre. Il met ainsi en avant des arbitrages qui peuvent être centrés avant tout sur la réalité financière de la prise en charge de la dépendance, qui pourrait prendre le pas sur la volonté du sénior dépendant. Carrère souligne également les disparités de financement départementales influençant la capacité à payer des seniors selon leur lieu de résidence.

Thème 3 : Aidants informels et aide aux aidants

Les aidants informels jouent un rôle essentiel, mais souvent mal reconnu. Campéon et al. (2012) notent que 83% des personnes âgées dépendantes reçoivent l'aide de leurs proches. Ils soulignent par ailleurs l'importance de l'impact qu'a cette aide sur la vie professionnelle et personnelle des aidants. Claude Martin et Marie-Eve Joël (1998) examinent quant à eux les arbitrages économiques et familiaux nécessaires pour aider les personnes âgées dépendantes. Marie Ève Joël (2000) s'intéresse également à la question du coût de l'aide pour les aidants. Elle distingue des coûts directs et indirects. Les premiers pouvant concerner l'équipement du domicile (lits, sanitaires...) tandis que les seconds sont plus spécifiquement liés à des pertes de revenus du fait de la moindre disponibilité des aidants. Au-delà du coût financier, Joël note l'impact qu'a l'aide sur la santé physique et mentale des aidants en entraînant des états de stress et d'épuisement. Elle plaide par ailleurs pour un soutien accru aux aidants, notamment par l'utilisation de périodes de répit.

Dans une autre publication, Joël (2018) discute des différentes approches économiques pour comprendre le rôle des aidants informels, soulignant leur contribution cruciale, mais non rémunérée. Davin, Paraponaris et Protière (2015) explorent le coût économique de l'aide

informelle et mettent en avant son importance pour le bien-être des personnes âgées. Cette étude du consentement à payer (CAP) nous apprend que les aidants âgés de moins de 60 ans ont un CAP plus élevé que ceux âgés de plus de 60 ans (16,2 euros par heure contre 10,6 euros). L'étude révèle également un effet de genre puisque plus de 60% des aidants sont des femmes. Ces dernières ayant un CAP nettement moins élevé que celui des hommes (11,7 contre 16,5). Par ailleurs, nous pouvons retrouver qu'au plus le lien avec la personne aidée est étroit, au plus le CAP est faible. En effet, les conjoints déclarent une valeur moyenne de 9,8 euros, les enfants 12,9 euros, et les autres types de relations 21,6 euros. Ceci peut nous amener à poser la question de l'invisibilité du travail tel que présenté par Krinsky et Simonet (2012) qui discutent du déni du travail, où les formes de travail non reconnu ou invisibilité, comme celles des aidants informels, posent des questions sur la valorisation et la reconnaissance sociale du travail effectué en dehors des structures formelles. Ainsi, si nous devons mettre en parallèle les travaux de Davin et Al et ceux de Krinsky et Simonet, nous pourrions considérer que plus l'aidant est proche, plus il dévalorise son travail, car il entre dans la sphère de ce qu'il peut considérer comme étant un acte normal.

Cette notion de coût pour l'entourage est par ailleurs reprise par Roméo Fontaine (2017) qui examine les comportements de prise en charge et la place du soutien familial dans le système de protection sociale, soulignant les implications économiques et sociales de l'aide informelle. Devetter, Messaoudi et Farvaque (2012) explorent quant à eux le thème de la professionnalisation dans l'aide à domicile ; leurs travaux mettent en avant les contraintes de temps et la pénibilité du travail des professionnels du secteur.

Thème 4 : Précarité

La littérature souligne l'effet de la précarité sur la santé et le bien-être des personnes âgées. Le Haut Comité de la santé publique (1998) met en lumière la progression de la précarité en France, confirme son impact sur la santé, soulignant les enjeux de développement en matière de politiques publiques. Hassen et al. (2020) ont quant à eux identifié les déterminants socio-économiques et comportementaux dans une cohorte de patients âgés atteints de maladies cardiovasculaires en Belgique et en France. Ils montrent que les facteurs tels que l'âge avancé, vivre dans de grandes villes et appartenir au quantile de richesse le plus bas augmentent le risque d'être porteur d'une maladie cardiovasculaire. Dans cette étude, les Odds ratios ajustés

pour les grandes villes et le quantile le plus bas de richesses sont respectivement de 1,14 et 1,21. Autrement dit, vivre dans une grande ville augmente de 14% le risque de maladies cardiovasculaires. Le fait d'appartenir au quantile des revenus les plus faibles entraîne un risque augmenté de 21% par rapport aux personnes aux revenus les plus élevés. Ceci démontre qu'à minima pour le cas des maladies cardiovasculaires des enjeux de précarité et de milieu de vie peuvent se démontrer statistiquement. Grundy et Holt (2001) suggèrent que la richesse, immobilière ou non, est positivement corrélée avec une meilleure capacité de fonctionnement, soulignant l'importance des ressources financières pour maintenir l'autonomie fonctionnelle.

Didier Castiel (2010) explore la transition de la précarité au handicap social, examinant les implications pour les politiques de santé publique. Il pose une grille d'analyse par laquelle sont étudiées les situations des patients inclus à l'étude. Celle-ci permet de conclure que seulement un tiers de la population hospitalisée ne présente pas de handicap social et que ce dernier a notamment pour conséquence des hospitalisations plus longues de 1,2 journée en moyenne, ce qui pour le cas du CHU en question représente un surcoût de 21342 journées, soit 11,2 millions d'euros. L'article met également en avant un effet de la précarité sur les facteurs de risque d'être dans une situation de santé dégradée en augmentant, par exemple, les comportements à risque (tabagisme notamment), mais également l'accès aux soins. Cette publication nous permet donc de mettre en avant la précarité comme un enjeu majeur des politiques de santé publique. Florence Jusot et al. (2009) examinent quant à eux l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe, soulignant l'impact des inégalités socio-économiques sur les trajectoires de santé. Ceci renforce les conclusions de Castiel en ajoutant un facteur d'hérédité si on le considère comme un processus de répliation sociale. Fontaine et Pennec (2020) analysent les inégalités sociales dans la vieillesse, montrant comment les conditions socio-économiques défavorables affectent la santé et l'autonomie des personnes âgées. Ils notent par exemple que « certaines inégalités sociales dans la vieillesse se forment tout au long de la vie et ne font que prolonger et reproduire des inégalités, par exemple issues du monde du travail ». Ils soulignent par ailleurs que les personnes les plus vulnérables financièrement ont un accès plus réduit aux soins préventifs, ce qui entraîne une augmentation du risque de dépendance.

Carcaillon-Bentata et al. (2021) mettent en lumière le rôle crucial des déterminants socioéconomiques dans la présence d'une altération dans la perception de l'état de santé chez

les individus âgés de 55 à 65 ans entre 2010 et 2017. L'étude des ratios de prévalence (PR) montre systématiquement une aggravation de la perception de l'état de santé des catégories les plus précaires par rapport à la catégorie la plus privilégiée (catégorie de référence). À titre d'exemple pour les catégories de statut financier perçu (difficile, adéquat, satisfaisant), la catégorie difficile a un PR de 1,53 tandis que celui de la catégorie "satisfaisant" chute à 1,27. C'est-à-dire que lorsque les personnes en situation difficile ont une probabilité 53% plus élevée de se déclarer en moins bonne santé, les personnes en situation adéquate ne présentent plus qu'un risque accru de seulement 27%.

S'agissant de l'espérance de vie, Brabant et Delannoy (2019) montrent une différence de 12,7 ans entre les 5% d'hommes les plus riches et les 5% les plus pauvres, tandis que pour les femmes cet écart se réduit à 8 ans. Delannoy observe que le niveau de vie facilite l'accès aux soins. Elle note cependant que s'agissant des aides à domicile, il est nécessaire de différencier celles-ci des aides sanitaires. Le reste à charge n'étant pas le même en raison des modalités de financement.

Problématique

Cette revue de littérature nous aura conduit à nous intéresser à la question centrale de l'effet de la précarité sur la dépendance. En effet, que ce soit autour des travaux de Marie Eve Joel autour de la question des aidants, de Fizzala ou Delannoy sur le reste à charge, ou de ceux de Didier Castiel autour de l'évaluation du handicap social, nous souhaitons nous inscrire dans cet axe de recherche et proposer de créer un lien entre les notions d'aidants, de reste à charge et de handicap social. Ainsi, nous choisissons de retenir comme cadre théorique à la question de la précarité l'approche défendue par Castiel et al. (2009) qui rappellent que « Les déterminants sociaux, sociétaux et environnementaux peuvent expliquer environ 50 % des variations de l'état de santé des populations ». Dans cet article, la question du handicap social est étudiée de façon large afin de proposer une approche prenant en compte « tous les autres facteurs, qui apparaissent comme bien plus prédominants que le simple état de santé et/ou les comportements supposés à risques. ». Castiel (2010) précise par ailleurs « le concept de handicap social retrace le désavantage social, qui peut d'ailleurs n'être qu'une situation de passage et non un stigmate porté à vie, comme peut l'être le handicap physique ou mental. Il n'y a pas nécessairement analogie entre ces trois handicaps. ». Dans notre cas, nous pourrions nous intéresser aux situations pouvant être facteur d'inégalités dans la façon dont la

dépendance est compensée. Que ce soit par la structure intrafamiliale ou par une prise en charge institutionnelle. L'intérêt du modèle de Castiel réside dans le fait qu'il ne considère pas uniquement les phénomènes de pauvreté induits par un revenu faible, mais également la notion de patrimoine, mais surtout de condition de logement, de relations avec autrui, d'état de santé (comprenant les incapacités) ainsi que l'insertion culturelle du sujet.

Cette thèse qui s'intéressera au modèle de prise en charge sociale de la dépendance et aux questions d'inégalités territoriales peut donc trouver un intérêt dans ces travaux. Nous pourrions donc interroger notre capacité à prendre en charge équitablement les seniors lorsqu'ils entrent en dépendance, ainsi que les éléments mis en place pour prévenir sa survenue.

Nous pouvons formuler la question suivante : Le modèle social de prise en charge de la dépendance répond-t-il aux besoins des seniors de façon équitable ?

Nous formulerons pour cela deux hypothèses principales ;

- L'organisation décentralisée du financement de la dépendance est vectrice d'inégalités territoriales à l'échelle interdépartementale.
- Le mode de calcul du montant des plans d'aides de l'APA ne tient pas compte de l'ensemble des besoins des seniors et entraîne des inégalités de prise en charge.

Objectifs de thèse

Cette thèse a pour objectif principal, à partir de nos hypothèses de recherche, de s'intéresser à la question de la précarité et ainsi proposer une réponse adaptée aux enjeux d'égalité. Nous souhaitons donc, à partir d'une recherche historique et d'études économétriques, poser un diagnostic clair sur les failles d'un système que nous jugeons a priori vecteur d'inégalités. Ce diagnostic aura pour objet d'apporter des propositions concrètes afin de proposer un modèle alternatif dans lequel nous apporterons dans un premier temps une réponse à la première hypothèse par une nouvelle organisation du financement de la dépendance en réorganisant la charge financière du budget de la dépendance. Cette proposition aura pour but de réduire les inégalités territoriales en employant un tarifificateur unique et centralisé. Nous répondrons ensuite à la seconde hypothèse par la proposition de nouveaux modes de calcul et

d'évaluation des taux horaires de financement des heures de prestations d'aide. Ces modes de calculs auront quant à eux pour but de proposer une meilleure individualisation de la réponse tarifaire afin de prévenir une seconde inégalité de traitement liée à une méthode de calcul trop arbitraire et ne laissant pas la place à l'expression des besoins spécifiques des individus.

Plan de la thèse

Pour répondre à cette problématique, cette thèse élaborera une réflexion qui évolue à partir de l'étude de deux cas concrets à une analyse plus généraliste pour offrir une compréhension inspirée du terrain des enjeux liés à la prise en charge des seniors dépendants. En première partie, nous commencerons par étudier les dynamiques de genre dans la prise en charge à domicile des seniors. Cette thématique nous apparaît importante puisqu'elle permet de traiter une question qui nous est centrale, c'est-à-dire la place des aidants dans la prise en charge de la dépendance. Elle analyse comment l'évolution de l'emploi féminin influence les besoins d'aides des seniors. Puis nous continuerons par un examen d'une solution de prise en charge innovante dont l'intérêt réside cette fois-ci dans l'analyse de la précarité d'un nouveau type d'aidant informel. Ainsi, nous nous concentrerons d'abord sur un cas précis : l'évolution sociétale au Maroc, en analysant comment les différences de genre influencent la prise en charge des personnes âgées dans ce contexte. Cette étude comparative avec la France permettra de mettre en évidence plus aisément l'effet du genre lorsqu'il est appliqué à une société en pleine mutation. Enfin, nous explorerons les cohabitations intergénérationnelles comme un nouveau mode de prise en charge, montrant comment ces solutions spécifiques peuvent répondre aux besoins des seniors tout en offrant des avantages sociaux plus larges. Nous proposerons cependant une analyse critique et consciente des enjeux d'inégalités que ces dernières soulèvent.

Dans la deuxième partie, nous aborderons les inégalités sociales et l'impact qu'elles ont sur la probabilité qu'ont les seniors d'être dans une situation de dépendance. Nous chercherons alors à comprendre comment les ressources économiques et les contextes territoriaux influencent la qualité et l'accessibilité de la prise en charge sociale et humaine. Nous réaliserons, dans un premier temps, une analyse des déterminants de la prise en charge

humaine, en étudiant l'impact des ressources financières sur la probabilité de recourir à l'aide d'un proche. Cette analyse permettra de rechercher si un lien statistiquement significatif s'opère entre la dépendance et la précarité, et ainsi de comprendre comment les inégalités économiques affectent la probabilité qu'un sénior se trouve en situation de dépendance. Dans un second temps, nous étudierons sur les déterminants du financement départemental de la dépendance. Cette étude aura pour but de rechercher si un lien statistiquement significatif s'opère entre les ressources d'un département et la probabilité qu'ont ses habitants à avoir recours à l'aide d'un proche, et enfin comment les départements les plus pauvres subissent le poids de la dépendance de leurs habitants. Ceci nous permettra d'émettre une critique du modèle de financement décentralisé français. Cette exploration montrera comment les disparités territoriales exacerbent les inégalités dans la prise en charge, soulignant les défis du modèle actuel.

Enfin, dans une troisième partie, nous synthétiserons les enseignements des parties précédentes dans une réflexion globale sur le modèle social de prise en charge de la dépendance en adoptant une perspective historique. Nous montrerons, dans cette partie, comment la logique concrète des parties précédentes s'inscrit dans un déroulement temporel plus large : l'émergence et le développement du système de protection sociale en France. Nous retracerons l'histoire des politiques publiques et des outils de financement pour voir comment ceux-ci ont pu répondre aux problèmes de la dépendance des personnes âgées. Cette partie s'interrogera sur la nature des motivations qui poussent les sociétés modernes à aider les personnes âgées. S'agit-il d'un trait commun des sociétés dites civilisées ou, au contraire, la régulation par l'État est-elle une nécessité pour garantir un traitement digne et équitable ? Il sera donc de rigueur que cette réflexion générale nous donne un éclairage critique qui nous permette de juger de l'adéquation de notre système face aux problèmes d'aujourd'hui. Nous pourrions alors, à la suite de ce travail, faire des propositions d'évolutions, ou réformes, de notre système de prise en charge de la dépendance. Et proposer un modèle alternatif de financement en vue de répondre équitablement aux besoins des populations dépendantes. Ce nouveau modèle s'appuiera sur une double évolution répondant aux deux hypothèses de cette thèse. Il souhaite limiter les inégalités et se propose de recentraliser le financement de la dépendance tout en instaurant des modalités nouvelles de tarification de l'APA basées sur une évaluation plus précise des besoins des seniors.

Partie 1 : Solutions innovantes et dynamiques de genre dans la prise en charge à domicile des seniors dépendants.

Propos liminaires à la première partie

Dans cette première partie, nous chercherons à comprendre les effets de l'évolution de la société sur le recours à l'aide des seniors et comment celle-ci réagit pour proposer de nouvelles solutions de prise en charge. Pour cela, nous réaliserons, dans un premier temps, une analyse des dynamiques de genre qui influencent le recours à l'aide informelle. Puis nous nous attacherons à l'étude des cohabitations intergénérationnelles. Cette partie s'articule donc autour de deux chapitres principaux, chacun abordant un aspect distinct, mais complémentaire de la problématique suivante ; comment l'évolution de la société française conduit à des innovations dans la prise en charge à domicile et comment les dynamiques de genre influencent-elles la gestion de la dépendance des seniors ?

Le Chapitre 1 sera donc consacré à l'étude de l'impact de l'emploi féminin sur le recours à l'aide informelle. Il souligne comment l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail affecte la disponibilité de l'aide informelle. Les femmes, traditionnellement les principales pourvoyeuses de soins informels, se trouvant de plus en plus partagées entre leurs responsabilités professionnelles et familiales. Cette dualité de rôles est de nature à créer des tensions et conduit à limiter la disponibilité de l'aide informelle, essentielle pour la prise en charge des seniors dépendants.

L'analyse des effets de l'augmentation de l'emploi féminin sur la disponibilité de l'aide informelle repose sur une comparaison entre les modèles de prise en charge en France et au Maroc. En France, les politiques publiques ont progressivement intégré la nécessité de soutenir les aidants informels, en particulier les femmes, par des mesures de conciliation travail-famille et des dispositifs de soutien financier et psychologique. Au Maroc, bien que la structure familiale reste traditionnellement plus forte, les changements sociaux et économiques commencent également à affecter la disponibilité de l'aide informelle. Ce chapitre examine comment ces deux contextes différents abordent la question du soutien aux aidants informels et propose des recommandations politiques pour améliorer cette situation, en mettant l'accent sur les besoins spécifiques des femmes aidantes.

Le Chapitre 2, quant à lui, aborde la cohabitation intergénérationnelle. Celle-ci consistant à faire cohabiter des seniors avec des jeunes et repose sur l'idée de créer du lien entre générations, tout en permettant de garantir un logement à moindre coût aux jeunes, tout en créant du lien humain au profit des seniors. La cohabitation intergénérationnelle présente ainsi plusieurs avantages, notamment la réduction de l'isolement des seniors, le soutien mutuel et le partage des tâches domestiques. Elle a pour ambition d'offrir une solution qui se veut à la fois économique ainsi que sociale aux défis croissants de la dépendance.

Ce chapitre s'intéresse à la nature du lien entre les jeunes et les seniors. Il cherche tout particulièrement à évaluer sur ce lien s'inscrit dans un rapport équitable ou si l'un des deux protagonistes tire un avantage supérieur à l'autre. Nos résultats montrent que, bien que la cohabitation intergénérationnelle soit une solution digne d'intérêt, des défis d'égalité et de conformité existent. Nous proposerons ainsi une lecture critique de cette solution innovante tout en proposant des pistes d'amélioration pour que celle-ci soit véritablement équitable et durable.

Ces deux chapitres s'inscrivent dans des dynamiques d'évolution sociétale, quand le premier s'intéresse à l'effet du genre sur la disponibilité des aidants naturels, le second quant à lui s'interroge sur une solution nouvelle de prise en charge à domicile. En effet, les défis liés à la disponibilité de l'aide informelle, exacerbés par l'emploi féminin, soulignent la nécessité de solutions innovantes comme la cohabitation intergénérationnelle. En comprenant l'impact de l'emploi féminin sur l'aide informelle, il devient plus clair pourquoi des solutions alternatives et innovantes sont nécessaires. L'intégration d'une comparaison avec une société en profonde mutation, dans notre cas le Maroc, nous permet de mieux saisir les implications que peuvent avoir l'amélioration des conditions professionnelles des femmes sur le recours à l'aide humaine. La France, bien que plus en avance en termes d'emploi féminin, n'est pas exempte de défis et continue une lutte permanente notamment contre l'effet de plafond de verre ainsi qu'en termes de juste rémunération. La cohabitation intergénérationnelle est ainsi présentée comme une réponse potentielle aux problèmes soulevés dans le premier chapitre. Elle n'est bien entendu pas suffisante, mais par son caractère nouveau, elle illustre comment une société peut trouver des ressources pour tenter de répondre à la question du vieillissement de la population et à l'arrivée de nombreuses personnes dépendantes. Cette première partie vise ainsi à repenser les modèles traditionnels de prise en charge à domicile pour répondre aux besoins croissants des seniors dépendants, et ce en fonction des évolutions sociétales.

Elle apporte une perspective de genre essentielle pour mieux comprendre les défis et les opportunités liés à l'aide informelle et formelle. Les résultats et les analyses proposés dans ces chapitres visent à apporter une critique objective des politiques publiques ainsi que des initiatives privées, en mettant en avant des stratégies pour encourager les innovations dans la prise en charge à domicile et pour le soutien des aidants. Les recommandations incluent des mesures pour améliorer la conciliation travail-famille, le soutien financier et psychologique pour les aidants, et la promotion de solutions alternatives et innovantes pour compléter l'offre de soins traditionnelle.

Chapitre 1 : La dépendance au regard des effets de genre ; l'étude de cas d'une évolution sociétale au Maroc. La France est-elle un modèle à suivre ?

Introduction

La loi française du 24 janvier 1997 donne une définition claire et simple de ce qu'est la dépendance liée à l'âge : elle « est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. » Il s'agit ici d'une notion qui dépasse l'état de bonne santé, mais concerne in fine la capacité d'un individu à se maintenir dans cet état de bonne santé par l'accomplissement sans aide des actes essentiels de la vie. Cette aide peut ici être active, c'est-à-dire des prestations humaines (par exemple la réalisation des courses), mais également passive, c'est-à-dire une surveillance qui pourrait survenir lorsqu'il n'est pas certain que l'intégrité physique ou morale d'une personne soit conservée en l'absence de l'intervention d'un tiers.

L'OMS (2017) définit des directives applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques (SIPA : soins intégrés pour les personnes âgées). Les capacités intrinsèques sont définies comme « étant l'ensemble des capacités physiques et mentales d'un individu ». Elles se différencient des capacités fonctionnelles qui sont en revanche définies « comme l'association et l'interaction des capacités intrinsèques avec l'environnement dans lequel vit une personne ». Ces recommandations font état de 5 fonctions essentielles : la locomotion, la cognition, le sensoriel, le psychosocial et la vitalité. Cet état de dépendance s'oppose donc à la conception d'une pleine autonomie dès lors que la présence d'une tierce personne s'impose dans le quotidien de l'être dépendant. C'est cette notion de nécessaire intervention extérieure qui est par ailleurs retenue dans les modalités d'évaluation de la dépendance. Nous retrouvons par ailleurs le concept d'aide intrinsèque dans les procédures d'évaluation, par la prise en compte des aides mécaniques dans l'autonomie réelle de la personne évaluée. Par exemple, le périmètre réel de marche est estimé avec l'usage d'une canne plutôt que ce qu'il serait sans l'usage de cette aide.

Les acteurs de l'aide se distinguent selon qu'ils soient professionnels ou non. Ces derniers seront nommés acteurs informels. Nous considérerons ici comme acteurs informels toute

personne liée d'une relation familiale ou amicale apportant un service à une personne âgée dépendante. Marie Ève Joël (2018) insiste sur le caractère complexe de la définition de l'aidant informel, mais en précise les contours : « on parle tantôt d'aide informelle, naturelle, familiale, profane, de proximité, non professionnelle. La complexité de l'aide informelle, son caractère multidisciplinaire, sanitaire et social, à géométrie variable, évolutif dans le temps ont été bien mis en évidence. La situation d'aide est loin d'être homogène. Les pathologies et les polyopathologies des personnes âgées sont différentes. »

L'étude VQS (vie quotidienne et santé) considère l'aidant « proche » comme étant soit un conjoint, un ami, ou une personne du cercle familial. Cette définition est suffisamment large et nous ne pouvons que l'approuver puisqu'elle englobe l'ensemble des acteurs qui peuvent composer l'aide informelle.

Il est notable, comme le souligne Marie-Ève Joël, que cette aide informelle soit protéiforme. Il est donc difficile d'en tracer des contours exacts. Elle peut compléter ou se substituer à une aide professionnelle, et ce malgré la technicité élevée de certains actes pratiqués au domicile. Le proche aidant devenant ainsi une sorte de professionnel par procuration et celui-ci peut soit apprendre au contact de professionnels diplômés soit assister à des formations réservées aux aidants comme il s'en développe de plus en plus notamment par la création de diplômes universitaires ou interuniversitaires accessibles aux proches aidants. L'association française des aidants proposant par ailleurs un catalogue de formations spécialisées¹.

Les acteurs professionnels s'organisent autour de différents acteurs qu'ils soient travailleurs sociaux, médicaux ou paramédicaux.

La prise en charge médicale et paramédicale :

Le législateur a fait le choix de placer le médecin traitant (dans la grande majorité des cas un médecin généraliste) comme coordinateur du parcours de soins. Ce rôle est renforcé par la loi HPST qui insiste sur le rôle d'orientation, de coordination et de synthèse du médecin traitant. Ces rôles font par ailleurs l'objet d'un forfait patientèle médecin traitant (FPMT) établissant une tarification par patient selon l'âge et les comorbidités. Ainsi, dans le cadre du suivi gériatrique, le médecin traitant se voit attribuer un forfait annuel de 5 ou de 42 euros par patient de moins de 80 ans selon qu'il ait une ALD ou non, et un forfait de 70 euros pour tous

¹ Catalogue consultable sur le lien suivant : <https://www.aidants.fr/vous-etes-aidant/participer-a-une-action-pres-de-chez-soi/formation-aidants-0/formation-aidants/> (consulté le 5/12/24)

les patients de plus de 80 ans. La prise en charge paramédicale regroupe ainsi l'ensemble des personnels infirmiers qu'ils interviennent de façon libérale ou salariée (SSIAD, HAD). Dans le cadre des SSIAD, le rôle de coordination est fixé par circulaire ministérielle ; celle-ci dispose que l'infirmier coordinateur est « la clé de voûte du dispositif de soins infirmiers à domicile ». La prise en charge paramédicale de la dépendance ne se borne cependant pas aux stricts soins infirmiers, mais propose un panel large de compétences. Nous retrouverons ainsi les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les pédicures podologues, les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Ces deux derniers professionnels n'agissant généralement que de façon salariée dans les SSIAD et HAD, par exemple. Le financement de la prise en charge médicale et paramédicale se fait essentiellement par l'assurance maladie. Le montant de la prise en charge varie selon les activités d'une prise en charge totale à nulle. Concernant les actes relevant des professions libérales, la part sécurité sociale couvre l'ensemble des honoraires médicaux (hors dépassements d'honoraires et ticket modérateur) et l'ensemble des actes infirmiers qu'ils soient médicaux ou non (AMI ou AIS selon la nomenclature générale). Les SSIAD et HAD font l'objet d'une prise en charge totale par l'assurance maladie.

- La prise en charge domestique des actes simples :

Elle peut se faire par l'intermédiaire des professionnels de l'aide à domicile. L'aide à domicile intervient donc dans les actes de la vie courante tels que l'entretien du logement, la réalisation des courses, la surveillance quotidienne. Mais également dans la réalisation d'actes de soins simples tels que les aides à la toilette. Ce secteur intervient en complément du secteur paramédical, mais également en suppléance afin de répondre aux besoins non couverts par l'offre des services pris en charge par l'assurance maladie. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2016) établit le coût médian horaire de l'aide à domicile à 23,55 euros. Ce tarif s'établit sur une composition des coûts majoritairement liés aux charges de masse salariale à hauteur de plus de 85 %, soit en moyenne 20,55 euros.

L'étude d'Arnaud Fizzala (2016) établit un reste à charge moyen de 80 euros par mois croissant selon la gravité du GIR. Sans surprise, le taux d'effort est ainsi croissant en fonction de la sévérité du GIR. Sur une comparaison de ressources, cette étude nous montre que le taux d'effort est croissant jusqu'au plafond de ressources de l'APA. Celui-ci décroît alors naturellement puisque les bénéficiaires reçoivent le même montant de participation (10%) alors que les revenus augmentent. En effet, à un taux de prise en charge identique, l'augmentation du niveau de vie améliore la capacité à payer des individus et, par conséquent,

diminue le taux d'effort, c'est-à-dire le rapport entre le montant de la dépense et le revenu. Nous apprenons par ailleurs qu'un quart des bénéficiaires ont un plan d'aide dit saturé. C'est-à-dire qu'ils ont atteint le montant maximal attribué au GIR dont ils relèvent.

La société marocaine connaît une volonté de transformation concernant l'emploi féminin. Le plan gouvernemental pour l'égalité 2023-2026 porte un volet important pour l'autonomisation économique des femmes en faisant du taux d'activité des femmes un levier d'autonomisation. Sa Majesté le Roi Mohammed VI prononce dans son discours du 27 septembre 2018 au sommet « Women in Africa » le message suivant « Aucun pays, aucune société, aucune économie ne peut relever les défis de l'heure ni mettre en valeur tout son potentiel si les femmes sont mises à l'écart. De ce fait, les mesures en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes doivent constituer le fondement de toute stratégie efficace de développement durable ». Cette volonté se transpose dans le plan Attamkine (2020) ayant un triple objectif à l'horizon 2030 ;

30% de taux d'emploi féminin contre 19% en 2020

Doubler la proportion de femmes diplômées de l'enseignement professionnel

Promouvoir un environnement propice et durable à l'autonomisation économique des femmes et des filles, protégeant et améliorant leurs droits.

Le rapport de présentation du projet Attamkine présente la difficulté de concilier travail et tâches ménagères parmi les deux principales raisons d'exclusion du milieu de l'emploi des femmes. Ainsi, la présence d'une personne âgée dépendante au sein du foyer ou dans un environnement proche entraîne donc un double enjeu dans cette volonté de promouvoir l'emploi féminin. Dans un premier temps, il est nécessaire d'envisager des solutions permettant aux femmes de se détacher d'une obligation de rester au domicile liée à la situation de dépendance d'un proche. Dans un second temps, pour les femmes issues des classes sociales supérieures et particulièrement dans les espaces urbains, le besoin de substitution du rôle d'aide intrafamilial peut se traduire par le transfert de responsabilité à un personnel de maison non qualifié. Un second enjeu de professionnalisation de l'aide se dégage. Cette perturbation de l'accessibilité à l'emploi des aidants naturels est bien connue, elle est par ailleurs décrite par Peyrache et Ogg (2017). Dans cet article les auteurs démontrent la difficulté d'atteindre les objectifs de taux d'emploi des 55 à 64 ans fixés par l'Union européenne en raison du choix que doivent opérer ces derniers ; rester hors de l'emploi pour prendre soin d'un proche ou déléguer son aide pour retrouver ou maintenir une activité

professionnelle. Notre article s'intéresse aux femmes marocaines, mais il s'intéresse à la même mécanique de substitution.

Nous proposons ainsi, dans cet article, d'étudier comment le taux d'emploi féminin peut impacter le taux d'aide informel. Nous travaillerons à partir de l'exemple français et étudierons comment celui-ci peut avoir un rôle dans l'implémentation d'une politique publique de prise en charge de la dépendance. Ceci également dans le développement d'un marché privé de la prise en charge professionnelle. Nous examinerons par ailleurs comment ce marché peut être lui-même un levier permettant un transfert de richesse entre le besoin de délégation des CSP+ vers la structuration d'un marché de l'emploi déclaré et professionnalisant à destination des classes populaires. Ceci dans l'esprit des plans gouvernementaux visant à l'autonomisation des femmes.

Méthodologie

Bases de données employées

Afin de réaliser notre étude, nous mobiliserons deux bases de données ;

- Enquête VQS

Nous avons recueilli les informations de l'enquête vie quotidienne et santé (VQS) 2021, dont nous avons sollicité l'accès aux données individuelles auprès du réseau Quetelet. Nous avons ensuite exclu les individus présentant une absence de réponse aux variables sélectionnées. Nous obtenons ainsi une base composée de 321343 observations. Nous retrouvons par ailleurs, dans cette base, un âge moyen de 43.2 ans, ce qui se trouve suffisamment proche de l'âge moyen de la population en 2021, évalué à 42 ans par l'INSEE (2022). Nous pouvons donc envisager que cet échantillon, au regard de l'âge, peut être représentatif de la population française. Dans un second temps, nous réalisons un second échantillon en excluant la population de moins de 60 ans pour étudier les effets sur une population en âge de percevoir l'APA. La base se recompose alors autour de 84881 observations.

- Enquête Share :

Nous avons recueilli les informations des 8 vagues de l'enquête SHARE après en avoir sollicité l'accès auprès de la plateforme en ligne de l'étude. Notre analyse se porte sur les variables de genre, d'âge et sur la variable « SP008 » qui nous permet de différencier les individus déclarant

apporter de l'aide à des membres extérieurs au domicile. Nous avons ensuite retenu les répondants français, exclu les individus présentant une absence de réponse à la variable « SP008 » ainsi que l'année 2013 en raison de résultats aberrants sur la variable de ressources. Notre échantillon se compose alors de 14090 individus.

Méthode statistique

Nos deux enquêtes permettent de percevoir l'aide informelle à la fois par le prisme de la population aidée (VQS), mais également par celui des aidants (SHARE). Dans la première enquête, nous avons en effet monopolisé les réponses à la question « recevez-vous de l'aide d'un proche ? » Tandis que dans la seconde nous avons monopolisé les réponses à la question « apportez-vous de l'aide à une personne en dehors de votre foyer ? »

Enquête VQS

Nous avons tout d'abord mis à profit les données VQS en utilisant une technique de régression linéaire pour mesurer l'effet du taux d'activité départemental des femmes (15 à 64 ans et 25 à 54 ans) sur le taux départemental de recours à l'aide d'un proche. Nous avons calculé ce taux en dénombrant les réponses oui à la variable « aident » et en en tirant la proportion par rapport au nombre total de répondants.

La notice de l'enquête VQS définit la variable « aident » comme ceci ; « En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou d'une perte d'autonomie, reçoit-elle l'aide de proches (conjoint, parent, enfant, ami...) dans la vie quotidienne ? ». Les réponses sont donc 1 : oui, 0 non.

Pour procéder au taux départemental de recours à l'aide d'un proche, nous avons utilisé la variable « depres » dont les valeurs sont égales au code du département. Nous avons donc utilisé la formule Excel `nb.ens.si` afin de recenser, pour chaque département, le nombre de personnes ayant répondu oui, soit le nombre de lignes contenant 1 dans la colonne correspondant à la variable « aident ». Nous avons ensuite déterminé grâce à cette information la proportion de réponses 1 par rapport au nombre de réponses 0 pour chacun de ces départements.

Les données départementales sont issues des indicateurs départementaux de l'année 2020 de l'INSEE.

Nous obtenons donc les variables dépendantes suivantes :

Taux d'aide d'un proche : population générale

Taux d'aide d'un proche : plus de 60 ans

Nous les analyserons à partir des variables indépendantes suivantes :

Taux départemental d'emploi féminin 15-64 ans

Taux départemental d'emploi féminin 25-54 ans

Nous utiliserons comme variable indépendante de contrôle la variable suivante :

Part départementale des plus de 65 ans

Ces régressions sont effectuées à l'aide du logiciel R studio selon les modèles suivants ;

- Régressions sur la population générale

$[Aide\ d'un\ proche\ population\ générale]_i = \beta_0 + \beta_1 \cdot [Taux\ emploi\ féminin\ 15-64\ ans]_i + \varepsilon_i$

$[Aide\ d'un\ proche\ population\ générale]_i = \beta_0 + \beta_1 \cdot [Taux\ emploi\ féminin\ 25-54\ ans]_i + \varepsilon_i$

$[Aide\ d'un\ proche\ population\ générale]_i = \beta_0 + \beta_1 \cdot [Taux\ emploi\ féminin\ plus\ de\ 65\ ans]_i + \varepsilon_i$

- Régressions sur l'échantillon des plus de 60 ans

$[Aide\ d'un\ proche\ population\ plus\ de\ 60\ ans]_i = \beta_0 + \beta_1 \cdot [Taux\ emploi\ féminin\ 15-64\ ans]_i + \varepsilon_i$

$[Aide\ d'un\ proche\ population\ plus\ de\ 60\ ans]_i = \beta_0 + \beta_1 \cdot [Taux\ emploi\ féminin\ 25-54\ ans]_i + \varepsilon_i$

$[Aide\ d'un\ proche\ population\ plus\ de\ 60\ ans]_i = \beta_0 + \beta_1 \cdot [Taux\ emploi\ féminin\ plus\ de\ 65\ ans]_i + \varepsilon_i$

Nous avons ensuite souhaité quantifier l'effet de la variable indépendante y sur la variable dépendante x. Pour cela, nous réalisons le calcul suivant ;

$Impact = \beta_1 \times \Delta x \times Population$

Enquête Share

Nous mobilisons dans l'enquête Share les variables suivantes :

SP008_ :

Cette variable est définie de la façon suivante dans la notice de l'enquête ; « Contiens des informations sur le fait que le répondant a personnellement apporté de l'aide à un membre de la famille ne vivant pas dans le même foyer, à un ami ou à un voisin. Dans ce contexte, l'aide comprend les soins personnels (par exemple, aider à s'habiller, se baigner, manger, sortir du lit, utiliser les toilettes), l'aide pratique dans les tâches ménagères et l'aide pour les démarches administratives telles que régler des questions financières ou juridiques. »

Female :

Cette variable est définie de la façon suivante dans la notice de l'enquête ; « Est la variable de genre codée selon le style "dummy". 0 : masculin ; 1 : féminin. Pour très peu de répondants, le genre varie entre les vagues d'enquête. Il s'agit principalement de cas qui n'ont pas encore été entièrement vérifiés. Il n'y a aucun moyen de déterminer l'information correcte, donc nous avons codé le genre de ces répondants à -3, « valeur invraisemblable », dans tous les cas. »

Age :

Cette variable est définie de la façon suivante dans la notice de l'enquête ; « Au moment de l'interview est calculé sur la base du mois et de l'année de naissance du répondant (dn002_mod et dn003_mod) et du mois et de l'année de l'interview (int_year et int_month). L'âge exact en mois est divisé par 12 pour obtenir l'âge en années. »

Nous choisissons de débiter notre analyse par l'étude des aidants dans un premier temps :

- Part du genre sur l'ensemble des aidants

- Part du genre sur l'ensemble des aidants de moins de 60 ans

- Part du genre sur l'ensemble des aidants de plus de 60 ans

Nous analyserons ensuite le poids qu'ont les aidants sur l'ensemble de la population de l'enquête :

- Part d'aidants sur l'ensemble des répondants par genre

- Part d'aidants sur l'ensemble des répondants de moins de 60 ans par genre

- Part d'aidants sur l'ensemble des répondants de plus de 60 ans

Résultats

Tableau 1 Analyse de l'effet du taux d'activité des femmes sur le recours à l'aide d'un proche, données de l'enquête VQS

	Taux d'activité des femmes âgées de 15 à 64 ans	Taux d'activité des femmes âgées de 25 à 54 ans	Part des 65 ans et plus
Taux de recours à l'aide d'un proche (ensemble des répondants ²)	-0,23 ⁽¹⁾ (3.98 ^{e-06} ***) ⁽²⁾	-0,19 (2.19 ^{e-06} ***)	0,11 (9.60 ^{e-05} ***)
Effet de l'augmentation de la variable explicative d'1% sur le nombre de personnes ayant répondu à l'enquête	-739	-611	353
Taux de recours à l'aide d'un proche (+60 ans ³)	-0.56 (4.60 ^{e-09} ***)	-0.54 (5.43 ^{e-13} ***)	-0.11 (0.051 .)
Effet de l'augmentation de la variable explicative d'1% sur le nombre de personnes ayant répondu à l'enquête	-475	-458	-93

Légende : inférieur à 0,1% ***, inférieur à 1% **, inférieur à 5% *, inférieur à 10% (Estimation du coefficient ⁽²⁾, T value

Dans le tableau 2, nous avons utilisé les données de l'enquête Share grâce auxquelles nous avons pu dénombrer les personnes déclarant apporter de l'aide afin de mesurer la proportion qu'elles représentent sur l'ensemble des répondants. Ceci en séparant les résultats en trois groupes ; population totale, inférieure ou égale à 60 ans et supérieure à 60 ans. Nous avons enfin décomposé ces trois groupes selon le genre des individus afin de rechercher la présence

² 321343 répondants

³ 84882 répondants

d'un effet de genre. Nous pourrions, à partir de ces données, étudier l'effet de genre, mais également l'effet générationnel.

Tableau 2 Analyse genrée de l'aide informelle, données de l'enquête SHARE

	Nombre d'individus qui déclarent aider un proche	Âge moyen des aidants	
Femmes	2529	63	
Hommes	1987	65	
	Part sur l'ensemble des aidants	Part sur l'ensemble des aidants de moins de 60 ans	Part sur l'ensemble des aidants de plus de 60 ans
Femmes	56%	61%	53%
Hommes	44%	39%	47%
	Part d'aidants sur l'ensemble des répondants	Part d'aidants sur l'ensemble des répondants de moins de 60 ans	Part d'aidants sur l'ensemble des répondants de plus de 60 ans
Femmes	18%	23%	16%
Hommes	14%	15%	14%

Discussion

Discussion des résultats

Dans le tableau 1, nous pouvons constater que le taux d'activité des femmes a un impact négatif sur le recours à l'aide d'un proche. C'est-à-dire que plus les femmes sont en activité, moins les répondants à l'enquête VQS déclarent recevoir de l'aide d'un proche. Cet effet se retrouve sur la population générale de l'enquête, mais également sur l'échantillon des plus de 60 ans. Celui-ci étant par ailleurs plus important pour ces derniers. Si les résultats que nous obtenons sur notre échantillon nous montrent un effet important, n'ayant que près de 85000 répondants de plus de 60 ans, celui-ci ne semble pas insurmontable. En effet, une variation de 475 personnes ne représente pas un choc dans le marché de l'aide à domicile. Cependant, lorsque l'on considère que la France a une population de plus de 60 ans de plus de 26 millions d'habitants, nous pouvons donc envisager d'appliquer l'effet mesuré à l'ensemble de la population française, partant du principe que la taille de notre échantillon le rend représentatif. Ainsi, si une augmentation de 1% du taux d'activité des femmes en âge de travailler entraîne un effet de -0,56 % sur le taux de recours des plus de 60 ans, nous pouvons donc envisager une variation théorique du recours à l'aide d'un proche de plus de 147 000 personnes. C'est-à-dire que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans recevant de l'aide d'un proche viendrait réduire de 147 000 individus si le taux d'activité des femmes en âge de travailler venait à croître de 1%. Les données présentées par la Dress portant sur l'année 2011 montrent un recours médian de 0,9h/jour pour les bénéficiaires de l'APA, ce qui correspond à 27h par mois. Sur 147 000 personnes cela représenterait jusqu'à 3 969 000 heures de prestation par mois. Ceci, bien entendu, si nous considérons que l'aide apportée par un proche soit intégralement substituable par l'aide d'un professionnel. Les données VQS nous permettent de constater que 37% des personnes qui reçoivent de l'aide d'un proche reçoivent également l'aide d'un professionnel. Ainsi, nous pourrions considérer que l'impact pour ces derniers 37% sera modéré. Gimbert et Malochet (2012) rappellent que le caractère difficilement substituable de l'aide informelle. Ceci étant, nous pouvons donc envisager une fourchette tenant compte de ces 37% pour formuler une hypothèse basse ; nous obtiendrons alors un effet potentiel de 1 468 530 heures de prestations à pourvoir chaque mois pour chaque augmentation d'1 % du taux d'activité des femmes. Soit 9682 ETP nécessaires pour réaliser cette aide. Il est à rappeler que la France compte en 2020, selon les données de la

Dress, 782 000 bénéficiaires à domicile, soit avec un nombre d'heures par jour de 0,9, environ 8 445 600 heures par mois. Notre effet, s'il semble impressionnant au premier regard, ne représente qu'une variation de 17,39% du volume mensuel d'aide. Cependant, ces chiffres sont à comparer à l'évolution du taux d'activité féminine en France qui varie peu depuis les 10 dernières années. S'il a augmenté de 2,2 % entre 2010 et 2020, le taux de progression moyen se situe à 0,22 % (Insee : Femmes et hommes, l'égalité en question Édition 2022).

Le tableau 2 s'intéresse aux résultats de l'enquête Share. Cette dernière est également étudiée par Peyrague et Ogg (2017). Ils notent que les femmes peuvent être amenées à aider davantage que les hommes lorsqu'elles sont en situation d'emploi, et ce en raison du fait qu'elles représentent la majorité des travailleurs à temps partiel, ce qui favoriserait l'aide informelle. Nous avons donc pour vérifier cette hypothèse en réalisant une régression logistique en prenant la variable dépendante « apporte de l'aide » et pour variable explicative le nombre d'heures travaillées (en retenant comme sous-échantillon la population des répondants en situation d'emploi). Nous trouvons un lien négatif statistiquement significatif qui nous amène à considérer comme fondé le rapport entre temps partiel et aide informelle. Cette étude s'intéresse notamment à l'effet qu'a l'aide sur l'emploi et note que les aidants occasionnels ont 2,5 fois plus de chances d'être en situation d'emploi que les aidants réguliers pour le cas de la France. Ils notent également que le fait de n'apporter aucune aide augmente la probabilité d'être en emploi (il est à noter que l'effet est inversé pour la Suède et l'Espagne). Les auteurs notent, par ailleurs, un effet nord-sud qui peut être en partie expliqué par la situation de co-résidence qui se retrouve bien plus souvent en Espagne que dans les pays nordiques. Ainsi, l'étude considère tous les coprésidents comme des aidants naturels. Il nous faut donc prendre ces résultats avec précaution dans l'analyse qui est la nôtre. En effet, notre hypothèse est que le fait d'être aidant informel réduit l'emploi. Nous ne considérons pas qu'une délégation des fonctions d'aides à un tiers soit impossible en situation de corésidence, et ainsi les méthodologies de calcul ne sont pas totalement superposables. Il est donc à s'interroger sur le caractère d'endogénéité que pourrait avoir la corésidence dans l'interprétation des résultats. Peyrague et Ogg (2017) nous disent en conclusion que « Le défi des prochaines décennies est donc non seulement le financement des systèmes de protection sociale, mais aussi leur articulation avec les modèles d'aides formelles et informelles mis en place afin de répondre à une demande d'aide et de soins chez les personnes âgées de plus en plus soutenues. ». Nous souscrivons ainsi à cette analyse.

Notre étude, quant à elle, s'intéresse à la répartition genrée des aidants informels. Nous avons pour ceci considéré deux groupes, le premier groupe ne s'intéresse qu'à l'échantillon de répondants déclarant apporter de l'aide à une personne en dehors de son foyer. Le second groupe s'intéresse à l'ensemble des répondants et analyse le poids que représentent les aidants sur la population totale de l'enquête. Pour chacun des deux groupes, nous avons souhaité étudier si un effet générationnel peut s'observer. Nous avons donc réalisé deux sous-groupes ; les 60 ans et moins et les plus de 60 ans. Nous constatons que les femmes sont systématiquement plus nombreuses que les hommes. L'âge moyen des aidants nous indique par ailleurs qu'elles ont tendance à être plus jeunes (de deux ans en moyenne). Cet âge se centrant, par ailleurs, autour de l'âge du départ en retraite. Lorsque nous nous attachons aux deux sous-échantillons du groupe des aidants, nous constatons un effet qui n'est pas sans intérêt. En effet, nous observons que passé 60 ans, l'écart entre les femmes et les hommes diminue. Nous pouvons ainsi formuler l'hypothèse que ce resserrement est lié à la situation d'emploi, et ce dans la logique de nos observations précédentes. Ce phénomène se retrouve également lorsque l'on analyse le poids des groupes sur la population générale. Près d'un quart des répondants sont des femmes de moins de 60 ans déclarant apporter de l'aide, ce qui en soi est une proportion très importante. Ce qui nous intéressera tout particulièrement, c'est que cette proportion décroît fortement lorsque les femmes sont âgées de plus de 60 ans. Nous constatons donc un effet générationnel quand il s'agit de la population féminine, que nous ne retrouvons par ailleurs pas lorsqu'il s'agit de la population masculine. Notre analyse montre ainsi à la fois un effet de genre et un effet générationnel.

Analyse comparative entre sociétés française et marocaine

Une importante différence de rémunération des heures prestées explique une demande différente. Dans un cas, l'aide à domicile est réduite à quelques heures par jour au maximum, là où le coût chargé d'une heure simple de travail est équivalent à une journée complète de travail informel au Maroc. La littérature sur le consentement à payer des Français démontre bien qu'un arbitrage entre prix de la main d'œuvre et substitution de l'aide intrafamiliale s'effectue sur cette échelle horaire. Cependant, les inégalités au Maroc sont parfois très importantes entre les classes populaires et les classes supérieures. L'indice Gini du Maroc, qui selon l'étude du HCP se situe à 46,4, concernant l'inégalité des revenus. Cette même note montre que les revenus des 20% les plus riches sont environ 10 fois supérieurs aux 20 % les

plus pauvres, passant de 57 400 DH annuels par tête à 6 000 DH (2021). Pour étayer ce propos, nous pourrions citer l'OIT (2023) qui rappelle que « En 2015, près de 80% des actifs occupés exerçaient un emploi informel. Ceci implique une précarité généralisée sur le marché du travail marocain. ». Ils précisent également que « Plus de 92% des travailleurs sans éducation étaient informels en 2015 contre 26,1 % des diplômés du supérieur. ». Cette différence est un marqueur fort d'inégalités dans la mesure où le travail informel est synonyme d'absence des prestations sociales intimement liées au travail déclaré. Par ailleurs, Hassine et Nejari (2023) rappellent que « Le choix de ce sujet est motivé par l'importance de l'économie traditionnelle au Maroc qui représente selon la (BAM, 2021) 30% du PIB national et 80% de l'emploi global dans le pays ». Ainsi, le poids horaire de l'externalisation des tâches ménagères et, dans notre cas, de l'aide humaine aux seniors, ne pourrait se comparer d'un pays à l'autre. C'est ainsi qu'il n'est pas opportun de proposer une offre marocaine basée sur une organisation à la française. Une solution intermédiaire où la présence au domicile resterait économiquement soutenable, mais où la personne chargée de son exécution recevrait pour cela une rémunération comparable au secteur formel semble être une piste d'intérêt. En ce sens, une étude du consentement à payer des classes supérieures serait à envisager. Cette organisation à la française comporte également de nombreux risques financiers pour les aides à domicile, comme le soulignent Devetter et Messaoudi (2013). Parmi ces risques se trouve celui du temps d'improductivité lié aux déplacements entre différents bénéficiaires, qui est évalué à 8h par semaine pour un salarié à temps plein par Devetter et Barrois (2011). Ainsi, cette inégalité salariale entre CSP+ et classe ouvrière que nous avons évoquée précédemment est une opportunité qui doit être saisie pour résoudre cette difficulté liée à la multiplication des interventions. Notre modèle marocain devrait ainsi être en mesure de proposer des interventions plus longues où les coûts de transports et d'improductivité s'en trouveraient ainsi réduits à leur strict minimum. La courte durée des interventions est par ailleurs une des raisons pour lesquelles le métier d'aide à domicile reste précaire en France. Cette augmentation du volume horaire des interventions permet également de réduire l'effet pénibilité décrit par Devetter et Messaoudi (2013), qui croît avec le nombre d'heures de travail en raison de cette multiplication des interventions. Dans notre cas, une augmentation du volume de travail pourrait s'effectuer en dehors de cet effet de pénibilité et ainsi renforcer une forme d'autonomie financière de l'aide à domicile sans compromis sur son état de fatigue et ses coûts de déplacement (directs et indirects). Par ailleurs, Le Roy et Al. (2022) rappellent

que « le travail est irréductible à une série de tâches quantifiables, chronométrables ». Cette étude met en avant, par des entretiens, la disparition des actes relationnels non quantifiables au profit d'une logique comptable. Ainsi, si nous suivons cette logique du temps long, le modèle marocain pourrait proposer une solution bien plus humaine où l'aidant à domicile disposerait d'un temps suffisant pour créer un lien social auprès de la personne âgée et, par ailleurs, lui permettre de prévenir, par exemple, l'apparition ou l'aggravation d'éventuels troubles cognitifs, comme l'évoque Amieva (2018). Autre avantage d'une organisation à la journée, l'intervenant ayant, comme nous l'avons vu, le temps d'intervenir, l'industrialisation des tâches et la recherche d'une efficacité de production perdent leur origine liée à la contrainte horaire. Ainsi, l'effet de sélection du client en fonction de sa rentabilité que décrit Gallois (2013) devient inopérant. Nous pouvons donc y voir une forme de protection contre les inégalités de sélection où les cas les plus difficiles ne seraient finalement pas écartés pour des raisons financières, mais simplement pour des motifs sans doute plus légitimes d'adéquation entre la compétence d'une auxiliaire de vie et le besoin réel de la personne (à titre d'exemple, il n'est pas désirable d'employer une auxiliaire de vie pour réaliser des tâches normalement réservées aux infirmières diplômées).

Pour terminer cette comparaison entre la France et le Maroc, nous proposons d'évaluer l'effet de l'évolution du taux d'emploi féminin sur le besoin en matière de recrutement en France. Pour cela, nous avons utilisé les projections démographiques de l'INSEE auxquelles nous avons appliqué l'effet que nous avons mesuré précédemment pour déterminer le nombre de personnes impactées par une hausse constatée de 0,22%. Nous avons, selon les données présentées précédemment, déduit un nombre d'heures annuelles, puis le nombre d'ETP nécessaires pour couvrir ce besoin. Nos résultats sont présentés dans le tableau 3 :

Tableau 3 : Effet du taux d'emploi féminin sur le besoin d'emploi d'aide à domicile en France

Année	Nombre d'individus impactés par une hausse 0,22 % du taux d'activité féminin	Nombre d'heures annuel	Nombre d'ETP nécessaires
2020	32 524,80	10 538 035,20	6 557,58
2025	34 619,20	11 216 620,80	6 979,85
2030	36 220,80	11 735 539,20	7 302,76
2035	37 822,40	12 254 457,60	7 625,67

Perspectives de développement pour le marché de l'aide à domicile

Comme nous l'avons vu précédemment, le taux d'activité des femmes peut avoir un impact important sur le nombre de personnes déclarant recevoir de l'aide. Ainsi, il n'est pas impossible de considérer qu'une telle hausse viendrait augmenter le nombre de seniors sans solutions d'aide, ce qui en soit peut-être caractéristique d'un choc de la demande. Ce choc se caractérisant par un besoin d'augmentation de la production de soins ou d'aide, et ainsi une hausse des besoins d'emploi. Celui-ci, pour des raisons de capacité à payer, ne saurait être accompagné par une augmentation des prix. Il est à craindre que le secteur de l'aide professionnelle n'ait pas les pleines capacités à répondre à ce choc, créant ainsi une population mise à l'écart de l'aide. Population qui, par ailleurs, sera très probablement la plus précaire.

Lorsque l'on s'intéresse au Maroc, nous rappelons que les objectifs gouvernementaux ont fixé à 30% le taux d'activité féminine à l'horizon 2026. Le taux net d'activité féminine pour 2022 est estimé à 19,8 % par le Haut-commissariat au plan, ainsi un rattrapage de près de 10% est à envisager. Étant donné l'évolution du taux d'emploi féminin et le peu de temps imparti à la réalisation de cet objectif, il ne semble pas qu'un taux à 30% pour 2026 soit le scénario le plus réaliste. Cependant, nous pouvons malgré tout mesurer l'effet marginal du taux d'activité sur le taux de recours à l'aide des plus de 60 ans. Nous utilisons ici des résultats français pour des raisons de disponibilité des données. Ils ne peuvent ainsi pas être interprétés dans le contexte marocain avec un degré de certitude élevé. Cependant, ceux-ci peuvent donner un aperçu de ce que pourrait générer une hausse de l'activité féminine. Pour des raisons culturelles, le résultat que nous obtenons sera très certainement à minorer et servira d'hypothèse

pessimiste. Ainsi, pour une population âgée de plus de 60 ans représentant près de 3,7 millions d'individus, nous pouvons craindre que près de 21 000 personnes soient impactées à chaque augmentation d'un 1% du taux d'emploi féminin.

Analyse en fonction des différentes CSP au regard du CAP

Les données statistiques marocaines concernant les catégories socioprofessionnelles ne permettent qu'une analyse partielle du phénomène que nous souhaitons quantifier. En effet, il nous serait utile d'avoir une évaluation de la taille de la population marocaine par classe d'âge et par classe sociale. Ceci principalement en raison des inégalités fortes que nous avons évoquées précédemment. Cependant, le Haut-commissariat au plan nous fournit des informations concernant la répartition de la population active par profession. Nous pouvons alors constater qu'en 2022, 5,1 % de la population active appartient à la catégorie « Responsables hiérarchiques, cadres supérieurs, membres des professions libérales ». Ainsi, s'il nous fallait, à titre purement illustratif, extrapoler nos résultats à la société marocaine, nous pourrions considérer que l'effet de l'emploi féminin aurait le plus de chance d'être observé dans la classe de population la plus privilégiée, ce qui correspond donc à 5,1% des actifs. Nous allons donc retenir un seuil de 5% de la population des plus de 60 ans afin d'envisager le nombre de personnes qui peuvent raisonnablement être impactées par la hausse du taux d'activité féminin et dont les revenus de l'entourage sont suffisants pour financer un service d'aide à domicile privé. Nous retenons les scénarios suivants :

Une hausse constante de 0,5 % du taux d'activité féminin jusqu'en 2030

Une hausse constante de 1% du taux d'activité féminin jusqu'en 2030

Une hausse constante de 1,3 % du taux d'activité féminin jusqu'en 2030

Il est à noter cependant que sur la population totale des femmes marocaines, le taux d'activité féminin n'a pas évolué positivement de 2010 à 2022. Il est en effet passé de 25,9% à 19,8%. Nous pouvons cependant considérer que les fortes inégalités sociales font que les femmes en milieu rural populaire ne sont pas impactées de la même façon que les femmes en milieu urbain issues des classes sociales supérieures (classe qui est celle qui nous intéresse). Nous choisissons donc de comparer l'effet marginal (1%) à une première hypothèse reprenant une hausse de la moitié de celui-ci. Ce taux marginal constituera notre seconde hypothèse. Enfin, notre troisième hypothèse permet d'atteindre l'objectif de 30% à l'année 2030, soit un taux de 1,3 % d'augmentation annuel.

Nos résultats sont présentés dans le tableau 4 qui suit ;

Tableau 4 : scénarios d'évaluation de l'impact du taux d'activité féminin sur le recours à l'aide d'une tranche de 5% de la population du Maroc

Année	Hausse de 0,5 % du taux d'activité féminin	Hausse de 1% du taux d'activité féminin	Hausse de 1,3 % du taux d'activité féminin
2023	627	1255	1631
2024	1285	2570	3341
2025	1971	3943	5126
2026	2685	5370	6981
2027	3425	6850	8905
2028	4191	8381	10896
2029	4982	9965	12954
2030	5802	11603	15084

Si nous considérons que chacun de ses individus envisage d'embaucher une aide à temps plein, nous aurions ainsi jusqu'à environ 190 000 heures de prestations supplémentaires à pourvoir chaque mois pour chaque tranche de 1000 personnes supplémentaires. Ceci sans compter les personnes se trouvant déjà dans une situation où le besoin d'aide professionnelle n'est pas couvert. Ce résultat, qui nous le rappelons, n'a qu'une valeur illustrative. Nous permet cependant de souligner l'importance d'une étude plus fine du phénomène en ayant à disposition le poids de chaque CSP.

S'agissant du consentement à payer (CAP), l'étude de Davin et al. (2015b) nous indique que « On peut considérer que tant que le coût d'opportunité de cette aide s'avère inférieur au prix de l'aide formelle proposée par les intervenants professionnels, les aidants sont rationnels d'un point de vue économique en privilégiant l'aide informelle. ». Ainsi, dans l'optique d'une aide professionnelle au Maroc, il est bien évident qu'à partir du moment où le coût journalier de l'aide excède celui du revenu de l'aidant informel, il n'y a absolument aucune raison de considérer qu'un tel service ait une chance d'être sollicité. Ainsi, il faut nous intéresser au seuil à partir duquel il deviendrait intéressant pour les aidants d'avoir recours à un professionnel.

Si ce CAP moyen pour une heure d'aide supplémentaire est évalué à 13,6 € par cette étude, ce montant n'est bien entendu pas transposable en l'état au cas du Maroc. Tout d'abord, il est à noter que les salaires ne sont pas les mêmes, mais surtout que les aides sociales prenant en charge le risque dépendance n'existent pas au Maroc. Ainsi la question du reste à charge n'est résolument pas la même. Comme nous l'avons vu selon la catégorie d'emploi (déclaré secteur financier VS informel), le salaire moyen peut être multiplié par 12. Ceci en ne tenant compte que de l'effet moyen. Si nous devons considérer que les cadres du secteur financier, ce facteur pourrait grimper bien plus. Il est donc difficile de transposer le coût d'opportunité réel pour le proche aidant face au coût de la main d'œuvre fut-elle déclarée. Il convient alors sans doute d'envisager une étude en utilisant la méthode des biens de proxy. Par cette méthode, nous pouvons utiliser comme valeur comparative le coût d'une prestation par un intervenant du secteur informel ainsi que le salaire mensuel d'une infirmière, par exemple. S'agissant du secteur informel, comme nous l'avons évoqué, le salaire horaire moyen est de 18,8 dh, ce qui, pour un temps plein de 44h semaine, reviendrait à 827.2 dh pour environ 3500 dh par mois hors congés et absences. Une infirmière travaillant dans le secteur public touchera quant à elle 4798 DH nets par mois, soit environ 25 DH par heure travaillée. Si nous devons évaluer ce CAP par la simple comparaison de la valeur de l'aide comparativement à celle d'un service qui peut être jugé comme équivalent, nous pourrions donc la situer entre le taux moyen informel et la rémunération d'une infirmière, soit aux alentours de 19 à 25 dh/h. Il nous semble cependant primordial de vérifier ce résultat par une enquête de terrain menée auprès de la population cible (les CSP +).

Une opportunité de structuration de l'emploi déclaré et qualifiant

L'emploi d'auxiliaire de vie qualifiée et spécialisée dans la dépendance s'accompagne de la nécessité d'avoir un réseau professionnel. Ce réseau doit être en mesure de fournir la main d'œuvre et d'en vérifier la compétence. Cette compétence pouvant être acquise dès le recrutement (par l'emploi d'aide-soignant par exemple), soit après le recrutement par un parcours de formation. Le particulier à la recherche d'un professionnel pour prendre soin soit de lui-même soit d'un proche se trouve donc dans une situation où la règle générale est celle où il ne dispose pas de l'ensemble des informations pour prendre une décision la plus rationnelle. Ainsi, par cette rationalité limitée, le particulier devra, pour maximiser son utilité, avoir recours à un intervenant tiers qu'est le service d'aide à la personne. Le contrat lié entre le service d'aide et le particulier peut être divers. Il peut être dans une délégation totale de la

gestion des professionnels avec un effet de dégageant des responsabilités d'employeur, comment le précisent Devetter et Valentin (2023). Il peut enfin se limiter à un service d'aide au recrutement par la présentation de candidats accompagnée d'une évaluation du besoin effectuée par le SAP. Choisir entre ces deux modes de mise à disposition du personnel n'est pas une décision anodine. Dans le cadre de la théorie de l'agence, nous trouverons dans la première solution une relation à trois niveaux. Dans un premier temps, le principal (le particulier) va donner pour ordre à un SAP de réaliser une prestation de service visant à prendre en charge une personne dépendante. Une asymétrie d'information est bien présente, le SAP étant détenteur d'un savoir-faire professionnel sur lequel le principal se repose afin de satisfaire son besoin. L'élément de contrôle, de surveillance étant dans le cadre du Maroc très présent, puisqu'il n'est pas inutile de rappeler la forte présence des enfants auprès de leurs parents dépendants. Le troisième niveau qu'est celui du professionnel intervenant à domicile le relie contractuellement au SAP qui viendra lui donner une liste de tâches à effectuer auprès du client. Dans ce cas la relation de contrôle est effectuée à deux niveaux, le premier directement par le client qui aura un rapport direct avec le professionnel et qui pourra s'il le juge nécessaire faire intervenir la société servant d'intermédiaire. Par cette relation à trois niveaux, nous pouvons voir apparaître une augmentation naturelle des coûts d'agence. Il s'agit alors de s'interroger sur le caractère évitable de cette situation. En effet, dans le cas où le service n'intervient qu'en intermédiaire de recrutement (tel un service mandataire), le particulier devient alors l'employeur et aura un lien de hiérarchie directe sur le salarié. L'effet n'est pas anodin, s'il permet de faire porter la responsabilité juridique de la relation de travail au client, le SAP ne peut dans ce cas plus jouer un rôle d'intermédiation en cas de désaccord entre le salarié et le client.

La mise en place d'un tel réseau demande donc de s'interroger sur les avantages et les inconvénients de ces situations en gardant deux objectifs ayant une relation synergique ; la qualité des soins et la qualité de vie au travail. En effet, toute stratégie faisant intervenir des professionnels de santé (ou des professions apparentées) doit impérativement garantir des conditions de travail propices à l'exécution d'une tâche dont la pénibilité n'est plus à débattre. Ce lien pénibilité et non-qualité est largement décrit dans la littérature scientifique et institutionnelle (recommandations HAS 2017), Cristofalo et AL (2018), Ghadi et Liaroutzos (2015). Par ailleurs, un accompagnement social et psychologique devrait être proposé à ces travailleurs souvent confrontés à des situations humaines difficiles selon Devetter & Rousseau

(2007). Au-delà de la question du temps de travail, la structure hiérarchique est à penser. Le système français s'interroge principalement sur l'argument commercial de la simplification des démarches pour le client. Cependant, la question de la répercussion sur les rapports professionnels entre le salarié et le donneur d'ordre n'est clairement pas le cœur du problème. Plus généralement la qualité de vie au travail peut intervenir comme un élément secondaire si ce n'est satellite des processus de décision. Une approche purement comptable de la relation commerciale ne doit pas être au cœur de la création d'un réseau de SAP. Lorsqu'un SAP se voit objectivé uniquement sur un volume d'heures commercialisées, il en résulte des stratégies de commercialisation à tout prix. Celles-ci faisant globalement fi des intérêts du salarié, pourtant au cœur de la compétitivité de l'entreprise. Il convient donc de placer l'aide à domicile au centre du débat et de penser la commercialisation de sa force de travail en lui donnant des conditions d'exercice optimales. Par cela, il s'agit d'un volume horaire adapté, d'une attribution de tâches adaptée à ses compétences (on rappellera que selon l'OMS, le stress au travail est notamment dû à une inadéquation entre le travail et la capacité du travailleur à le réaliser).

Ainsi, le suivi de la performance des SAP se doit d'incorporer des indicateurs de qualité de vie au travail tels que le taux de turn-over, le nombre moyen de clients par professionnel, un indice de satisfaction au travail... ainsi que des indicateurs de satisfaction client. Penser l'efficacité d'un SAP par le seul prisme de la rentabilité a pour risque majeur de créer un terrain fertile à la non-qualité, ce qui, dans un domaine aussi sensible, entraîne des conditions de travail dégradées et propices à la maltraitance des personnes aidées. S'agissant des indicateurs Le Roy et al. (2022) apportent un regard critique sur le rôle des indicateurs d'évaluation des services français d'aide à domicile en leur attribuant un rôle d'industrialisation de la profession. Il convient alors de rester vigilant sur l'usage de l'indicateur comme objectivation de l'activité. Cependant, leur place reste fondamentale dans un processus d'assurance qualité. Le lien entre le management et maltraitance étant lui aussi démontré, selon Czernichow (2022) « les facteurs en cause sont bien différents dans un contexte institutionnel où les faits peuvent tenir aux ressources humaines disponibles pour aider les personnes vulnérables, en quantité (effectifs), en qualité (formation), en organisation (travail en équipe, transmissions entre professionnels, etc.), En management ». S'il faut le rappeler, le récent scandale des EHPAD français est un excellent exemple de suroptimisation du profit. La rentabilité à long terme a besoin d'une structure solide à l'abri de toute forme de

controverse liée à une maltraitance institutionnelle. Celle-ci se prévient directement par une stratégie commerciale adaptée au caractère humain de l'activité. Aussi, il est important que l'intérêt capitalistique soit pondéré par l'objet premier d'une entreprise sanitaire et/ou sociale. Si la rentabilité peut être un objectif, la financiarisation de la santé doit se faire dans la pleine conscience qu'il ne s'agit pas d'un bien ou d'un service comme les autres et qu'il ne répond pas aux mêmes règles. Un regard sur la valorisation boursière des groupes de santé privés ayant connu de fortes controverses suffit à rappeler à l'investisseur que prudence et patience sont des garanties fortes de sécurisation de leur investissement. Devetter et Valentin (2023) rappellent que « Ces cercles vicieux conduisent à privilégier le travail à bas prix, quitte à favoriser des organisations conduisant à des prestations de qualité médiocre. Les remettre en cause nécessite une réaffirmation des droits et devoirs liés à la relation d'emploi. ». Dans ce même article, nous pouvons tirer un enseignement important qu'est la caractérisation du travail de l'auxiliaire de vie. Afin de lui apporter une valeur, il est nécessaire d'effectuer une différenciation du savoir-faire nécessaire à l'exécution des tâches liées à la spécificité de la prise en charge de la dépendance. Il ne s'agit plus d'effectuer de simples tâches ménagères, mais bien de venir en aide à une population vulnérable en adoptant des savoir-faire spécifiques. Ainsi toute cette notion de qualité que nous avons évoquée précédemment doit s'accompagner d'un effort de formation du personnel des SAP. Ce critère de différenciation permet d'objectiver un coût de prestation supérieur à la concurrence qu'est l'emploi informel de personnel non qualifié. Il est à rappeler par ailleurs que le taux d'alphabétisation des femmes en 2019 est de seulement 53,9% contre 74,6% pour les hommes, comme le rappelle Gauthier pour le HCP (2021). Cependant, ce chiffre est à considérer au regard d'un très fort effet générationnel, en effet là où 90% des 15-25 ans sont alphabétisés seulement 23,5% des 50 ans et plus le sont. Ainsi, ce développement du secteur de l'aide à domicile, s'il doit s'effectuer comme nous le souhaitons dans un objectif de ruissellement social, doit s'accompagner d'une nécessité d'alphabétisation des populations recrutées. À cet égard, il est très souhaitable que l'ANLCA (agence nationale de lutte contre l'analphabétisation) puisse être un partenaire des structures souhaitant structurer ce marché émergent. Lorsque l'on se place du côté de l'intérêt de l'État, il est à noter, comme le rappellent Devetter et Valentin (2023), que pour que la formation puisse avoir une chance d'être mise en place, un intermédiaire employeur est nécessaire. Ainsi, il est dans l'intérêt de l'État de favoriser une démarche privée de structuration du secteur des services de l'aide à la personne tout en

impliquant les agences d'État pouvant favoriser la qualité de son développement. Comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, un tel marché se positionne parfaitement dans l'objectif gouvernemental d'émancipation financière de la femme marocaine.

Le développement du secteur de l'aide à domicile peut s'accompagner d'un effet vertueux sur la réduction des inégalités sociales au Maroc. Celui-ci à la fois pour les inégalités de genre, mais également dans les inégalités de classes.

S'agissant des inégalités de genre, l'effet vertueux est à espérer pour l'ensemble de la population marocaine. En effet, il s'agit bien de promouvoir un emploi déclaré et ouvrant droit à la protection sociale. Les populations les plus touchées étant bien entendu parmi les classes populaires et probablement dans une moindre mesure dans les classes moyennes. Si l'aspect positif est assez facile à envisager pour ces dernières, les femmes issues des classes sociales supérieures ne sont pour autant pas en reste. Comme nous l'avons vu, la question du consentement à payer s'opère notamment par rapport à l'évaluation du coût d'opportunité de la délégation de l'aide au sénior. Ainsi, si une offre qualitative se met en place, il est à espérer qu'un effet vertueux s'opère sur les femmes aisées. Il sera plus acceptable pour elles de ne pas renoncer à un emploi à responsabilité, dans la mesure où le ou les seniors dont elles ont la charge bénéficient d'une aide à domicile. L'intérêt de la déclaration d'un métier généralement réservé au travail informel est de donner à la femme marocaine une opportunité d'émancipation financière dans l'esprit des objectifs gouvernementaux. Par cette émancipation, il est notamment à espérer que ces personnes issues des classes les plus pauvres puissent par un salaire décent rejoindre la classe moyenne et ainsi améliorer leurs conditions de vie. Ceci se traduisant par ailleurs par une possible attractivité du secteur réduisant les difficultés de recrutement.

Conclusion

Notre étude met en avant l'importance de l'impact du taux d'emploi féminin sur le recours à l'aide informelle. Nous constatons que la majorité des aidants familiaux sont des femmes et qu'un effet générationnel peut être observé. En effet, la proportion de femmes aidantes est plus importante dans la population en âge de travailler que dans la population de plus de 60 ans, alors même que cet effet ne se retrouve pas chez les hommes. Si ces derniers peuvent se poser la question du coût d'opportunité de l'aide à un proche, il n'en demeure pas moins que ce rôle reste essentiellement féminin, et ce tout particulièrement dans une société où

l'autonomisation de la femme reste un enjeu d'actualité. Les données du haut-commissariat au plan montrent une hausse de la proportion de femmes aux postes à responsabilité au sein de la fonction publique marocaine. Ceci démontre que cette transition est en marche à minima dans les classes sociales supérieures. Si le travail reste grand pour les classes populaires, ce phénomène de féminisation des postes à responsabilité est un point de départ par lequel le besoin d'aide à domicile ne pourra qu'être croissant. Un effet de ruissellement est à espérer et pourra être accéléré par la professionnalisation des métiers du service à la personne, notamment dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes. Ce domaine demandant, par ailleurs, des compétences supérieures au simple entretien du logement.

Devetter et Horn (2012) nous disent au sujet de l'objectif de création d'emploi des SAP que les « services produits visent également d'autres objectifs, à commencer par la lutte contre la dépendance (c'est même la mission première de l'APA ou de la PCH, bien avant celle de créer de l'emploi) ou encore l'aide à la conciliation des temps professionnels et familiaux pour les services dits de confort. ». Il est donc important de garder à l'esprit que l'implémentation de politiques d'incitation au Maroc ne doit pas avoir pour but premier la création d'emploi à tout prix. S'il est désirable et capital d'offrir une porte de sortie du travail informel, un regard sur la qualité de l'emploi proposé est impératif. Le modèle français de fractionnement des heures et de l'utilisation d'une main d'œuvre précarisée par l'organisation d'un travail centré essentiellement vers les contraintes des usagers ne doit pas être le but premier du développement marocain. Bien au contraire, il doit s'agir d'un exemple à ne pas reproduire, avec comme objectif de tirer profit des faiblesses de ce modèle à la française pour proposer un modèle marocain innovant et égalitaire. Il sera ainsi possible d'inverser les normes et de permettre à une société en mutation d'être un exemple à suivre. Devetter et Horn (2012) appellent par ailleurs à la prudence dans leur évaluation de l'efficacité des mesures d'incitation fiscales en matière de création d'emploi. Il s'agit ainsi pour le Maroc de se saisir de ce dossier en ayant un regard très fort sur la qualité des emplois créés et sur la façon dont l'incitation doit se faire. Celle-ci pouvant bien entendu se faire fiscalement, mais s'agissant des questions de consentement à payer il semble également très important d'orienter les bénéficiaires (ou plus largement leur famille) vers une solution par laquelle le sénior aura une qualité de prise en charge garantie justifiant un coût plus important que celui de l'emploi informel d'un personnel non qualifié. Un développement d'une aide privée n'aura ainsi que plus d'impact sur ce triple objectif de prise en charge qualitative des seniors, de création

d'emplois formels et conséquemment d'autonomisation des femmes s'il est porté en collaboration avec les services de l'État. Les services d'aide à la personne devront, par ailleurs, se développer en proposant une offre différenciante basée sur la qualité des intervenants. Une montée en compétences des femmes de ménage vers un métier d'auxiliaire de vie est notamment à prévoir. Il s'agit alors de structurer ce métier en proposant des formations certifiantes (en lien avec les autorités marocaines). Le rôle social d'un tel développement devenant ainsi d'autant plus important qu'il permettra à de nombreuses femmes d'accéder à un emploi déclaré, mieux rémunéré et ouvrant la possibilité à l'accès aux biens et services financiers.

Il est par ailleurs nécessaire de considérer les objectifs présentés comme étant inscrits dans une relation synergique. Nous pourrions emprunter aux sciences de gestion le principe de la roue de Deming et l'appliquer à notre cas. Ici le besoin d'indépendance crée le besoin d'aide (plan) qui entraîne un besoin de recrutement d'une main d'œuvre compétente et la réalisation des soins (do). Il en résulte ainsi un gain d'autonomie pour les femmes des classes populaires, mais également supérieures. La création de procédures d'assurance qualité doit également accompagner le développement de services d'aide (check). Enfin, il est nécessaire que les services d'aides se dotent d'une volonté de remise en question et d'adaptation qui pourra passer par la formation initiale et continue des intervenants (act). D'une façon générale, la qualité de la prise en charge permet la pérennisation de ce système par une fidélisation des clients et également un effet vertueux de réputation. C'est ce regard mêlant exigence qualitative et expérience qui servira de cale à notre roue.

Ainsi, afin de permettre d'avoir une vision plus claire de ce marché à fort potentiel, nous pouvons envisager de résoudre les limites que connaît cette étude. Celles-ci étant essentiellement liées au fait que les résultats économétriques sont obtenus sur des données françaises et une littérature européenne. Il conviendrait alors de réaliser une enquête auprès des ménages marocains afin de mesurer la notion du consentement à payer en utilisant la méthode des biens de proxy, mais également des entretiens auprès des familles ayant les ressources suffisantes à l'emploi d'un personnel de maison qualifié.

Chapitre 2 : Nouveaux modes de prise en charge ; l'exemple des cohabitations intergénérationnelles.

Introduction

La question du vieillissement de la population entraîne de nombreuses réflexions sur l'efficacité du modèle de prise en charge et appelle à s'interroger sur la pertinence des structures d'accueil existantes. Campéon et al. (2012b) observent que 83% des personnes âgées dépendantes reçoivent l'aide de leurs proches. Ils soulignent l'impact de cette aide sur la vie professionnelle et personnelle des aidants. Cet impact est par ailleurs largement discuté dans la littérature par des auteurs comme Marie-Ève Joël (2000) (2018). L'utilisation des EHPAD est remise en question notamment depuis la très forte médiatisation du scandale Orpéa. Ceux-ci posent également des questions quant à la question du consentement du sénior. Nararrot et al. (2022) s'interrogent d'ailleurs sur les raisons du syndrome de glissement⁴ lors de l'institutionnalisation des seniors et y voient un possible acte de résistance. Afin de garantir une prise en charge humaine et de qualité, les seniors sont en droit d'attendre une solution qui soit réellement efficace. Celle-ci étant principalement objectivée par des indicateurs économiques, notamment par les groupes privés. Le développement du marché de la silver économie prend un nouveau chemin par la recherche par des groupes privés de solutions nouvelles telles que l'EHPAD hors les murs. Parallèlement à une offre issue d'acteurs privés classiques, de nouveaux acteurs associatifs font leur apparition.

*C'est le cas de plusieurs associations faisant la promotion de nouveaux modes de prise en charge comme celui de la cohabitation intergénérationnelle⁵. Cette forme d'hébergement

⁴ Selon Nararrot et al. (2022), « le syndrome de glissement consiste en une décompensation simultanée des grandes fonctions vitales provoquant une altération rapide de l'état général et un état confuso-dépressif. [...] l'expérience clinique nous a montré que le déploiement de ce syndrome s'avère bien souvent rapide, irréversible et fatal. »

⁵ La cohabitation intergénérationnelle solidaire est introduite par la loi du 23 novembre 2018 qui par son article 117 crée cette dernière au sein du Code de l'action sociale et des familles qui dispose par son article L118-1 que « La cohabitation intergénérationnelle solidaire permet à des personnes de soixante ans et plus de louer ou de sous-louer à des personnes de moins de trente ans une partie du logement dont elles sont propriétaires ou locataires dans le respect des conditions fixées par le contrat de cohabitation intergénérationnelle solidaire

majoritairement gérée par des associations permet de créer le lien entre les seniors et les jeunes. À cet effet l'association Cohabilis avec le soutien de la CNAV lance en une étude dès 2019. Cette dernière nous apprend que des deux formules proposées, l'âge moyen des seniors ayant recours à la formule conviviale est en 2018 de 76 ans, tandis que l'âge moyen des seniors en formule solidaire est de 81 ans⁶. L'étude de Cohabilis s'intéresse tout particulièrement aux motivations des seniors. Elle nous précise cependant que « Certains seniors peuvent avoir une envie de lien social voire de solidarité, mais veulent louer au prix du marché. » D'autres ne souhaitent pas nécessairement de revenu complémentaire, mais attendent en revanche des prestations qui représentent plus que des « menus services » et qui s'apparentent à des services à la personne. Ces deux catégories de seniors sont en dehors de la segmentation retenue puisque leurs attentes ne correspondent ni à la définition réglementaire ni à l'esprit de la cohabitation intergénérationnelle solidaire tel qu'il est mis en œuvre depuis 2004. ». Cette dernière ne nous permet donc pas d'avoir, au sein de ses résultats, un regard sur celles et ceux pouvant avoir des motivations dépassant l'encadrement. Cependant, le fait que tous les seniors interrogés soient membres du réseau montre que ces pratiques ou au moins ces idées existent. Parmi les 30 seniors interrogés, l'étude analyse les raisons qui les poussent à choisir la cohabitation solidaire, en les classant de très importantes à insignifiantes. Les seniors sont répartis en trois catégories : autonomes, seuls, fragiles ou altruistes. Le besoin de "ne pas être seul" est jugé très important par les seniors autonomes, seuls et fragiles. Toutefois, les motivations financières varient. Les seniors autonomes accordent également une grande importance à "un complément de revenu après une perte" et à "aider un jeune", tandis que les seniors fragiles ne mentionnent pas le complément de revenu et jugent peu important d'aider un jeune. En revanche, ils valorisent beaucoup "se sentir plus en sécurité grâce à la présence d'un jeune". Tous les seniors accordent une grande importance à ne pas être seuls, mais les motivations supplémentaires varient. Pour les seniors autonomes, en dehors de ne pas être seuls, la motivation principale est financière, alors que pour les seniors fragiles, c'est la sécurité à domicile qui prime.

prévu à l'article L. 631-17 du code de la construction et de l'habitation afin de renforcer le lien social et de faciliter l'accès à un logement pour les personnes de moins de trente ans. ».

⁶ Le réseau CoSI qui est celui sur lequel porte cette étude comprends en 2018 31% de binômes avec engagement de présence du jeune.

Cette étude nous amène donc à nous intéresser au caractère financier de l'échange. S'il n'est absolument pas à négliger toutes les vertus humaines d'un mode d'habitat intergénérationnel, celles-ci ne doivent pas faire oublier les notions d'équité. Dès lors, la marchandisation que connaît le secteur de la dépendance conduit à s'interroger sur la valeur de l'échange qui s'opère entre le jeune et le sénior. Batifoulier et Da Silva (2021) rappellent que l'analyse économique standard « cherche rarement à s'interroger sur le type d'économie ou de politique économique qui serait la plus protectrice de la santé de la population ni sur l'ampleur de la réduction des inégalités qui serait compatible avec l'accès aux soins. ». Batifoulier et Da Silva (2021) nous disent dans cette même publication que « Le capitalisme n'est pas un domaine d'intérêt de la théorie économique orthodoxe. Il est, par contre, un marqueur des approches critiques en économie et dans les sciences sociales. Pourtant il existe peu de travaux sur le capitalisme sanitaire autre que des travaux sectoriels sur l'industrie pharmaceutique ou sur les assurances santé privées par exemple. ». Ainsi, dans cet esprit de critique du capitalisme sanitaire, notre étude cherchera à répondre à la problématique suivante ;

Comment la cohabitation intergénérationnelle peut-elle constituer une alternative viable et économiquement équitable aux modes de prise en charge traditionnels pour les seniors dépendants, tout en assurant une répartition juste des bénéfices entre les seniors et les jeunes aidants ?

Notre recherche vient par ailleurs couvrir un sujet qui n'est pas évoqué dans la littérature. Afin de répondre à cette question, cette étude s'attachera, dans un premier temps, à caractériser la nature du travail des jeunes au regard des dispositions du Code du travail, des conventions collectives et de la jurisprudence. Nous réaliserons ensuite une analyse comparative des différentes solutions disponibles pour les jeunes et les seniors. Nous nous attacherons, pour cela, à évaluer les coûts de prise en charge alternatifs à la cohabitation intergénérationnelle pour les seniors (Ehpad, auxiliaires de vie prestataires et de gré à gré) et pour les jeunes (colocation classique, chambre au Crous, contrat de garde de nuit de gré à gré).

Cette étude mettra donc en valeur un déséquilibre entre les jeunes et les seniors où l'intérêt financier se fait en faveur du senior. Nous nous interrogerons alors sur cette limite et l'évaluerons au regard de la loi du 23 novembre, mais également en intégrant la notion du handicap social telle que définie par Didier Castel (2010).

Cette étude ne vise pas à mettre un prix sur les rapports sociaux fondamentaux qui se créent au sein des cohabitations intergénérationnelles, mais se focalise uniquement sur l'aspect financier de l'échange. Nous considérons qu'aussi importants soient les échanges intergénérationnels, notamment dans la lutte contre l'isolement des seniors, il est important de mesurer les écarts entre l'esprit de la loi du 23 novembre et l'application qui peut en être faite. Nous ne considérons pas que bien qu'ils puissent être minoritaires, les mésusages ne demandent pas un encadrement.

Méthodologie

Nous procéderons à une analyse en deux temps. Dans un premier temps, nous présenterons notre méthode de valorisation horaire de la présence d'un jeune au domicile d'un senior dans le cadre d'une obligation de présence. Pour cela, nous réaliserons une analyse juridique d'un modèle de contrat de cohabitation intergénérationnelle afin de le comparer aux dispositions légales. Dans un second temps, à l'aide des résultats de l'évaluation du temps de présence du jeune, nous réaliserons une étude comparative des modes de prise en charge de la dépendance du senior et des modes d'hébergement des jeunes.

Valorisation de la présence d'un étudiant

Dispositions conventionnelles

Nous prendrons pour référence les dispositions de la convention collective des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile du 15 mars 2021. Bien que les étudiants présents en collocation intergénérationnelle ne soient pas salariés, il s'agit des dispositions s'appliquant aux professionnels pouvant intervenir en substitutions de leur présence.

L'article 137.2 de la convention collective du 15 mars 2021 dispose des conditions de rémunération des salariés intervenant de nuit au domicile.

Qualification des heures

- Heures de jour :

S'agissant des heures de jour, la convention dispose des conditions que doivent remplir les heures dites de présence responsable de jour. La présence responsable de jour est définie

comme suit : « Heure de travail durant laquelle le salarié d'un particulier employeur peut utiliser son temps pour lui-même tout en restant vigilant pour intervenir si nécessaire ».

- Heures de nuit :

La convention dispose de deux sortes de présence de nuit, celles dites de « garde malade » et celles intitulées simplement « présence de nuit ».

Les premières se caractérisent par l'obligation de rester à proximité du malade et par le fait que le salarié ne dispose pas d'une pièce séparée.

Les dernières ont en revanche beaucoup plus de souplesse dans leur application. L'article 137.2 dispose que « La présence de nuit s'entend de l'obligation pour le salarié de dormir sur place, dans des conditions décentes au sein d'une pièce séparée, sans travail effectif habituel, tout en étant tenu d'intervenir, s'il y a lieu ». Pour ces dernières, le cumul avec une activité de jour, qui pourrait être des études en alternance par exemple, est autorisé.

Mode de rémunération des heures de travail

- Heures de jour :

Pour caractériser d'éventuelles heures de travail de jour, nous les considérerons comme du travail normal au tarif minimal conventionnel.

- Heures de nuit :

Nous prendrons ici en considération les heures de présence de nuit et non la catégorie des garde-malades qui ne concerne pas le cas des étudiants en colocation.

La convention collective propose trois cas de rémunération selon l'activité survenue pendant la nuit :

- Une intervention maximum du salarié pendant la nuit : 1/4 du salaire minimal pour une durée effective équivalente.
- Entre 2 et 3 interventions dans la nuit : 1/3 du salaire minimal pour une durée effective équivalente.
- Au moins 4 interventions : La rémunération hors intervention est maintenue à 1/3 du salaire, le temps d'intervention est comptabilisé comme du travail effectif payé à 100% de la rémunération horaire minimale.

Ces dispositions ne peuvent s'appliquer dans le cas où la situation impose plus de 4 interventions de façon régulière. Il sera alors nécessaire de considérer l'usage d'un contrat de garde-malade et, *in fine*, la comptabilisation totale des heures comme étant du travail effectif.

Valorisation des heures

La convention collective dispose d'un salaire minimal équivalent au SMIC, majoré de 1 %, pour les salariés n'étant pas en possession d'une certification professionnelle de branche. L'employé à domicile est par ailleurs considéré comme à minima Assistant de vie A, soit l'échelon 3 de la grille de classification, entraînant un taux horaire minimal de 10,79 € brut hors congés payés.

La rémunération sera donc égale à $(10,79 \text{ €} \times 10)/4$ par nuit, soit 26,98 € pour 2,5h d'équivalent de travail effectif. Pour valoriser le nombre d'heures mensuel, il convient d'utiliser la formule suivante $h/\text{mois} = h/\text{nuit} \times \text{nuit}/\text{semaine} \times 4,33$ (où un mois est composé en moyenne de 4,33 semaines soit 52/12).

Pour estimer le coût pour le ou la personne âgée et le revenu de l'étudiant, nous utiliserons le simulateur du site Cesu.urssaf.fr.

Valorisation des avantages en nature

Il est par ailleurs prévu par cette même convention que le logement mis à disposition pendant les heures ne peut être considéré comme un avantage en nature.

La question de l'avantage en nature se pose lorsqu'il s'agit des jeunes en « colocation ». La plupart des promoteurs de ce mode d'aide insistent sur le caractère rassurant de la présence du jeune. Il y a donc là moyen d'y voir une forme de présence responsable et d'obligation du jeune de répondre à la personne âgée en cas de besoin. Se basant sur le fait que le jeune aura quoi qu'il arrive une action à apporter si la personne âgée chute, par exemple, il apparaît compliqué de ne pas considérer l'exemption de l'avantage en nature et ainsi de ne pas le déduire du salaire.

La déduction du salaire serait en revanche possible si le contrat prévoit spécifiquement que le jeune peut à sa guise dormir en dehors du logement sans aucune contrainte de la part de la personne âgée l'hébergeant. Dès lors qu'une obligation de présence est imposée, la contribution au loyer ne semble pas due au sens de la convention collective des particuliers employeurs.

Séniors

Pour réaliser cette comparaison, nous réaliserons tout d'abord l'étude des coûts de prise en charge pour la personne âgée. Nous considérons donc 4 modes de prise en charge : la colocation intergénérationnelle, l'EHPAD, l'emploi de garde de nuit en service prestataire et enfin l'emploi de garde de nuit en service de gré à gré. Nous détaillons nos modalités de calculs comme suit :

- Coût de la colocation :

La personne âgée ne versant aucun salaire, nous choisissons de considérer que le coût n'est pas nul pour autant. Nous réalisons donc une estimation du coût marginal en consommation d'énergie du jeune. C'est-à-dire sa consommation supplémentaire d'eau et d'électricité estimée de la façon suivante ;

Coût marginal annuel = (Conso moyenne kWh / an / habitant * tarif kWh 2022) + (Nb moyen M³ / an / habitant * tarif M³ d'eau à Paris en 2022)

$$\text{Soit : Coût marginal mensuel} = \frac{(2284*0.174)+(55*4.38)}{12} = 49.07$$

- Coût d'un EHPAD :

Nous considérons le coût médian d'un EHPAD au tarif hébergement permanent + tarif dépendance GIR 5-6 sur la ville de Paris relevé sur le site Capretraite (2022) à partir des données de la CNSA du 31 décembre 2016. Soit un tarif médian de 3154 €

- Coût d'une présence de nuit en service prestataire :

Pour réaliser un calcul du coût d'une garde de nuit, nous avons relevé 10 tarifs de service d'aide à domicile intervenant en mode prestataire. Ce relevé présenté dans le tableau 5 s'est fait soit en consultant les tarifs publics sur les sites internet des établissements, soit sur demande lors d'appels téléphoniques.

Tableau 5 : Coût moyen des gardes de nuit sur Paris

Tarif garde de nuit	
Agence	Tarif moyen par nuit du lundi au dimanche
1	270,00 €
2	250,00 €
3	199,99 €
4	165,71 €
5	139,00 €
6	192,00 €
7	166,00 €
8	117,00 €
9	220,00 €
10	134,29 €
Tarif moyen	191,08 €
Tarif médian	192,00 €

Nous obtenons donc un tarif moyen de 191,08 € (pour un tarif médian de 192 €). Pour le coût mensuel nous appliquons la formule suivante : $Coût\ mensuel = 191,08 * 7\ jours * 4,33\ semaines = 5791.63\ €$

- Coût d'une présence de nuit de gré à gré :

$(10,79\ € \times 10) / 4$ par nuit soit 26,98 € pour 2,5h d'équivalent de travail effectif. Pour 7 nuits x 2,5 heures x 4.33 semaines = 64,95h d'équivalent travail effectif par mois. Nous renseignons donc 65h de travail à 12.97 € (brut + 10% de congés payés) sur le simulateur de l'URSSAF⁷. Le coût s'élèverait alors à 1184.41 € hors avantage fiscal pour un salaire net de 657,91 €.

⁷ https://www.cesu.urssaf.fr/decla/index.html?page=page_estimer&LANG=FR

À l'aide de ces résultats, nous calculerons donc le gain ou la perte que représente chacune des solutions par rapport à la moyenne des coûts des solutions payantes (soit la moyenne du coût de l'EHPAD, du service prestataire et du gré à gré).

Jeunes

Nous réaliserons enfin une étude des ressources du jeune lors de son installation en collocation intergénérationnelle, lorsqu'il effectue le même service lors d'un emploi de gré à gré, puis lorsqu'il se loge de façon plus conventionnelle en collocation ou en chambre d'étudiant.

Pour cela nous allons considérer différentes charges et différentes ressources ;

- Charges :

Nous nous référons à la notion de reste à vivre par unité de consommation qui se définit selon l'INSEE comme le « montant de revenu par unité de consommation dont disposent les ménages après s'être acquittés des dépenses de logement (loyer, remboursement d'emprunt, charges locatives, dépenses en eau et en énergie, taxe d'habitation et taxe foncière) nettes des éventuelles aides personnelles au logement perçues, et avant de payer leurs impôts. ». Nous n'incorporons donc pas ainsi la part de dépenses variables à ce calcul d'autant plus que dans le cas des charges de nourritures, quel que soit le mode d'hébergement le jeune devra quoi qu'il arrive se nourrir. Cette dépense s'annulant d'elle-même dans notre calcul.

- Cas de la collocation intergénérationnelle :

Nous considérons ici l'économie que réalise le jeune sur sa consommation d'énergie. Il n'y a pas de frais de logement. Nous ne comptons pas de revenus d'activités, car nous considérons que les études et la présence de nuit occupent l'ensemble du temps disponible du jeune. Il n'y a pas d'APL dans cette situation puisqu'il n'y a pas de loyer.

- Cas du travail en gré à gré :

Nous considérons ici que le jeune ne travaille que 5 nuits sur 7 chez la personne âgée et retourne dans sa famille les jours de repos qui peuvent être le weekend par exemple. Nous ne valorisons pas le loyer en accord avec les dispositions de la convention collective. Nous ne valorisons pas d'APL en raison de l'absence de loyer.

- Cas de la collocation classique :

Nous considérons ici que le jeune a la possibilité d'avoir un emploi d'étudiant. Nous prenons en compte le tarif moyen d'une collocation à Paris relevé par Locservice([sans date]) et le majorons du coût de l'énergie pour nous assurer d'être au plus proche du coût réel. Les ressources liées au travail sont ici valorisées au niveau constaté par l'observatoire national de la vie étudiante se basant sur l'année 2016 (2020). Nous réalisons enfin une simulation des APL sur le site de la CAF en prenant comme paramètres le revenu d'activité de 748 euros, un loyer de 552 euros. Afin de limiter les risques de surévaluation des revenus, nous choisissons de garder l'estimation haute de l'allocation personnalisée au logement.

- Cas de l'hébergement en résidence étudiant :

Nous procédons de la même façon que pour la collocation classique en utilisant le prix constaté d'une chambre étudiant simple du CROUSS en lieu et place du tarif moyen des collocations.

Enfin tout comme pour les personnes âgées nous réalisons une comparaison des différentes modalités d'hébergement se basant sur les ressources moyennes des étudiants dans les situations où il reçoit un salaire pour son travail.

Résultats

Caractéristique des contrats de cohabitation au regard de la définition du travail.

Au regard des dispositions définissant le travail

Nous rechercherons ici en quoi les dispositions contractuelles pourraient être interprétées comme une obligation de fournir un travail effectif. Nous nous penchons sur le Code du travail, qui dispose par son article L3121-2 que « La durée du travail effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et se conforme à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. ». Cette définition se complète par une exception pour des professions dont les gardes-malade font partie par l'article L3121-13 qui dispose que « Le régime d'équivalence constitue un mode spécifique de détermination du temps de travail effectif et de sa rémunération pour des professions et des emplois déterminés comportant des périodes d'inaction. ». Ce régime d'équivalence correspond à l'évaluation des heures que nous avons évoqué précédemment dans la présentation de la méthode de calcul et de valorisation des heures de travail. Il est donc totalement compatible et prévu pour qui voudrait effectuer une tâche similaire à nos étudiants, mais souhaiterait une rémunération pour l'effectuer.

Le dossier de candidature de l'association Ensemble2générations disponible librement sur son site internet dispose des éléments suivants relatifs à la formule n°1 :

« 1- logement gratuit : présence le soir, la nuit vos journées sont libres. Vous êtes présent le soir à l'heure du dîner excepté une soirée par semaine, deux week-ends par mois du vendredi soir au dimanche soir et quatre semaines de vacances entre septembre et juin. »

Ce basant sur le fondement de ces deux articles nous pouvons sans peine considérer que le travail réalisé par les étudiants est un travail effectif au sens du Code du travail.

Au regard des dispositions définissant le travail dissimulé

Par l'article L8221-6-1 le Code du travail dispose « qu'est présumé travailleur indépendant celui dont les conditions de travail sont définies exclusivement par lui-même ou par le contrat les définissant avec son donneur d'ordre ». Ainsi à défaut d'être considéré comme salariée de la personne âgée le jeune est présumé être travailleur indépendant par le fait qu'il est, en

effet, à la disposition de la personne âgée et qu'un contrat définit ses conditions de travail. Contrat qui est promu par les différentes associations servant d'intermédiaire.

Il pourrait ainsi être considéré que la personne âgée se soustrait à l'accomplissement des formalités liées à l'embauche tel que défini par l'article L8221-5.

Au regard de l'encadrement du travail bénévole

Pour ce point nous aurons recours à la jurisprudence qui propose l'arbitrage suivant : « le lien de subordination est caractérisé par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné »⁸. Dans notre cas, il n'est pas exclu de considérer que ce lien soit effectif, le non-respect des engagements pouvant en effet remettre en cause la présence du jeune au domicile de la personne âgée.

Un arrêt de la chambre criminelle de la Cour de cassation⁹ vient particulièrement illustrer notre situation. Il fait l'état d'ouvriers bénévoles travaillant dans une abbaye en vue de sa restauration. Ces derniers sont décrits comme étant en situation de précarité et recueillis de façon charitable par l'Abbé responsable légal de l'établissement religieux. La Cour de cassation fonde son jugement sur le motif suivant « la cour d'appel relève que les travailleurs en cause, qui utilisaient l'outillage et les matériaux fournis par Jean-Claude X, étaient occupés selon des horaires précis, travaillaient sous le contrôle du personnel d'encadrement de l'abbaye et recevaient du prévenu, en contrepartie, un logement, de la nourriture et quelques subsides ». S'agissant de nos étudiants il est donc recevable qu'ils agissent selon le contrôle de la personne âgée fixant par contrat les horaires de présence et décident (directement ou non) des dates de congés, fournissent une contrepartie en nature sous forme de logement qui est lié directement au service rendu à l'employeur présumé.

Ce jugement s'applique également en matière de sécurité et de condition de travail motivant sa décision de la façon suivante : « Attendu que les juges du second degré déduisent de ces éléments que les ouvriers concernés se trouvaient dans un état de dépendance économique et de subordination juridique caractérisant l'existence de contrats de travail et que, quelle qu'ait été l'intention des parties, il ne pouvait être dérogé à la réglementation définie par le

⁸ Cass. Soc., 13 novembre 1996, n°94-13.187

⁹ Cass. Crim., 27 septembre 1989, n°88-81-180

décret du 8 janvier 1965 ». Ici le caractère précaire du travailleur met en avance une dépendance économique qui fait tout à fait écho à nos étudiants. Ainsi s'agissant des simples conditions de travail nous pouvons à partir de ces motifs considérer que l'employeur présumé qu'est la personne âgée se doit bien de respecter les dispositions du Code du travail et notamment en matière de repos hebdomadaire et quotidien.

Comparaison de la collocation et d'un mode de prise en charge classique

Dans le tableau 6 nous réalisons une comparaison des coûts de prise en charge pour les personnes âgées et des ressources des jeunes. Nous pourrons grâce à cela déterminer quelles sont les situations les plus intéressantes pour l'une et l'autre des parties prenantes. Nous pourrons également déterminer qui des jeunes ou des personnes âgées ont le plus intérêt à avoir recours à la collocation intergénérationnelle.

Tableau 6 Comparaison des coûts de prise en charge pour les personnes âgées et des ressources des jeunes

	Coût de prise en charge pour la personne âgée			
	Coût de la collocation	Coût d'un EHPAD	Coût d'une présence de nuit en service prestataire	Coût d'une présence de nuit de gré à gré
Dépenses	49,07 €	3 154,00 €	5 840,65 €	1 470,65 €
Gain/perte par rapport à la moyenne des dépenses	3439,36 €	334,43 €	2 352,22 €	2 017,78 €
	Ressources du jeune			
	Ressources en collocation intergénérationnelle	Ressources en gré à gré	Ressources en collocation classique	Ressources en résidence étudiant
Énergie	49,07	35,05 €	- 49,07 €	- €
Logement	- €	- €	- 552,00 €	- 318,00 €
Revenu d'activité	- €	549,46 €	748,00 €	748,00 €
APL	- €	- €	202,00 €	50,00 €
Ressources	49,07 €	584,51 €	348,93 €	480,00 €
Gain/perte par rapport à la moyenne des ressources en activité	- 422,08 €	113,37 €	- 122,22 €	8,85 €

Nous constatons donc dans ce tableau 6 que pour la personne âgée la solution la plus économique est la collocation intergénérationnelle. Le gain est de plus de 3400 euros par rapport au coût moyen des solutions étudiées. Ceci s'explique essentiellement par une solution quasi gratuite. La solution intermédiaire est d'employer un jeune (ou deux) en gré à gré pour un gain d'un peu plus de 2000 euros hors aides de l'état. Soit au final un écart assez faible. L'EHPAD reste une solution plus économique que le maintien à domicile en service prestataire, mais fait s'envoler *de facto* la possibilité de maintien au domicile. Enfin l'emploi en service prestataire est de très loin la solution la plus coûteuse et n'est de façon assez évidente pas accessible au plus grand nombre.

S'agissant des jeunes nous constatons que la solution de la collocation intergénérationnelle est celle où le jeune est le moins gagnant. En revanche lorsque le jeune travaille au domicile de la personne âgée, mais en percevant un juste salaire, la situation devient la plus avantageuse pour lui. Ici l'écart n'est pas en milliers d'Euros, mais reste d'une proportion raisonnable. Si le salaire est plus faible que les ressources moyennes, l'économie réalisée sur l'hébergement compense largement cette perte de revenu monétaire.

Nous pouvons donc conclure de cette analyse des coûts et profits que la collocation intergénérationnelle est une situation très profitable pour les personnes âgées, mais qu'elle s'effectue au détriment d'une population précaire. Nous n'évaluons d'ailleurs pas des facteurs non économiques comme le maintien du lien social du jeune avec son entourage familial et amical ni même sa capacité à avoir une vie intime.

Il nous apparaît donc qu'il est urgent et nécessaire de rééquilibrer cet échange pour qu'il ne soit pas asymétrique.

Discussion des résultats :

La collocation au regard de la loi du 23 novembre 2018

Si la collocation est encadrée par la loi du 23 novembre 2018, les dispositions relatives à la contribution du jeune y sont clairement exposées dans l'article L. 631-18. ; « Le contrat peut prévoir, en complément de la contrepartie financière, la réalisation, sans but lucratif pour aucune des parties, de menus services par la personne de moins de trente ans.

Le contrat organise une collaboration exclusive de tout lien de subordination entre les cocontractants. Il ne relève pas du Code du travail. »

Or, comme nous l'avons démontré, la personne âgée réalise une économie importante s'il ne s'agit pas là d'une forme classique de lucrativité en cela qu'il n'y a pas d'enrichissement financier, il se produit malgré tout un phénomène d'économie liée au coût d'opportunité qui est bénéficiaire et entraîne donc une diminution de l'appauvrissement dans le cas où la présence du jeune vient en substitution à un placement en EHPAD ou au recours à des gardes-malades. La motivation peut ainsi être financière.

Nous pouvons surtout noter que la loi précise que les actes effectués par la personne de moins de 30 ans doivent se contenter de « menus services ». Nous pouvons émettre des doutes quant au fait que l'obligation de présence puisse être considérée comme telle. Le contrat de l'association Ensemble 2 générations (Annexe 1) indique clairement : « logement gratuit en échange de présence soirs et nuits ». Nous considérons que la présence obligatoire le soir et la nuit ne répond pas à la définition même vague d'un menu service.

L'arrêté du 13 janvier 2020 relatif à la charte de la cohabitation intergénérationnelle solidaire donne un exemple de menu service : « comme par exemple une présence bienveillante dans le respect de la vie privée) dans des conditions de non-subordination, qui sont non assimilables à une prestation régulière normalement fournie par un prestataire ou par l'emploi direct ou en mandataire d'un salarié à domicile ».

Concernant le lien de subordination présent dans la loi du 23 novembre 2018 et rappelé dans l'arrêté du 13 janvier 2020, nous constatons les éléments suivants dans les foires aux questions des deux associations ; le jeune n'est pas maître de son temps libre en soirée (« Vous assurez une présence rassurante et bienveillante SEULEMENT le soir à l'heure du dîner (19H00/19H30) et la nuit, devant poser des congés »(2022) ; « L'usage est de rentrer au domicile du senior entre 19 h et 20 h (au moment du dîner) et d'y rester. »(2022)), il ne peut

poser ses congés hebdomadaires et vacances librement (« Vous conviendrez avec votre hôte d'une soirée libre par semaine, de deux week-ends libres par mois et de quatre semaines de vacances (dont une semaine à Noël). »¹⁶ ; « Vous disposerez de deux soirées libres par mois et de quatre nuits de libre en week-end par mois (à convenir d'avance avec le senior pour s'organiser »¹⁷) et doit demander l'autorisation pour s'absenter (« Vous serez tout de même tenu de rentrer à des horaires raisonnables pour les soirées de libre et à informer les seniors des nuits où vous ne serez pas là, afin qu'ils ne s'inquiètent pas et puissent s'organiser de leur côté. »¹⁷). Ainsi il semble que le lien de subordination entre le jeune et la personne âgée soit bel et bien existant, car n'ayant pas la capacité à s'organiser sans son accord le jeune est bien dépendant de la volonté (ou du besoin) de la personne âgée.

Selon nous, ces contrats ne vont pas dans le sens des dispositions de ces deux textes de loi. La dimension éthique se pose donc pleinement. Nous ne souhaitons pas porter le discrédit sur des personnes âgées, bien souvent dépendantes et vulnérables, mais ce rapport inéquitable doit nous interroger sur l'emploi de solutions visant à équilibrer cette relation.

Vers une prise en compte du handicap social des acteurs de la prise en charge

Cette situation nous amène donc à nous interroger sur la valeur que la société confère aux acteurs de la prise en charge de la dépendance. Tâche ingrate généralement confiée aux seuls qui acceptent de bien vouloir s'en acquitter. Ceux-ci étant généralement retrouvés dans les catégories les plus précaires de la population. (Devetter et al. (2012), Bozio et al. (2016)). Castiel rappelle que « L'identification, le repérage du handicap constitue donc une priorité de santé publique, afin de pouvoir en déduire les ressources supplémentaires nécessaires, et ce, dans le plus pur respect de nos valeurs de solidarité et aussi d'équité, au sens rawlsien du terme, à savoir une distribution des ressources inégalitaire en faveur des plus défavorisés dans la société. » Castiel (2010). Ainsi, puisque nous considérons que dans le cas qui est le nôtre, le plus défavorisé reste le jeune en cohabitation, il nous semble intéressant de considérer la grille d'évaluation de Castiel dans ce cas d'espèce. Ainsi, cette grille se caractérise par 6 domaines prenant en considération, la santé, les ressources, l'insertion culturelle, les relations avec autrui, le logement et enfin le patrimoine. Ainsi, selon cette grille composée de 14 indicateurs, nous pouvons considérer que nos jeunes présentent à minima des perturbations dans les domaines présentés dans le tableau 7 qui suit ;

Tableau 7 : Évaluation du handicap social des jeunes en cohabitation intergénérationnelle

Domaines et indicateurs	Perturbations observables
Domaine Santé	
4 : Indicateur des conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Non-respect des dispositions légales concernant la durée maximale du travail. - Travail un week-end sur deux - Travail non rémunéré - Absence de cotisations sociales donc de protection sociale
Domaine ressources	
5 : Indicateur de niveau de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de salaire - Incapacité d'accès à l'emploi
6 : Indicateur de précarité	<ul style="list-style-type: none"> - Contrat de cohabitation extrêmement précaire
Domaine insertion culturelle	
8 : Indicateur d'activités culturelles	<ul style="list-style-type: none"> - Activités culturelles contraintes par l'obligation de présence au domicile
Domaine relation avec autrui	
9 : Indicateur relations familiales	<ul style="list-style-type: none"> - Lien familial et intime perturbé par le planning et l'obligation de présence au domicile du senior
Domaine logement	
11 : Indicateur de confort intérieur	<ul style="list-style-type: none"> - Partage du logement avec un senior - Espace personnel réduit - Peu de personnalisation du logement
Domaine patrimoine	
13 : Indicateur d'actifs immobiliers	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'actifs
14 : Indicateur de biens mobiliers	<ul style="list-style-type: none"> - Absence ou peu de biens

Castiel et al. (2009) précisent que « Les 3 indicateurs « revenu », « capital mobilier » et « confort intérieur » sont des déterminants majeurs du handicap social. », Dans notre cas, nous observons bien une perturbation de ces trois éléments, ce qui nous amène à considérer que notre jeune en cohabitation intergénérationnelle se trouve bel et bien dans une situation

précaire. Ce sont bien 8 indicateurs sur 14 qui sont perturbés. Partant du principe que cette population est en bonne santé, il s'agit d'une perturbation quasi totale de l'ensemble des indicateurs sociaux. Nous ne pouvons y voir qu'une situation de grande précarité.

S'agissant des indicateurs de ressource et de condition de travail, nos analyses précédentes apportent un éclairage suffisant que nous ne reprendrons pas ici. L'insertion culturelle, quant à elle, nous semble perturbée dans la mesure où le jeune est contraint à un emploi du temps très chargé ne lui laissant que très peu de temps libre. Ceci ne favorise pas une vie culturelle riche. S'agissant du lien familial, nous pouvons aisément envisager pourquoi celui-ci est perturbé. L'impossibilité contractuelle (n'empêchant pas les arrangements informels) d'inviter des proches au domicile du séniort étant le principal frein. Toutefois, le logement est une perturbation qui demande à ce que l'on s'intéresse de plus près aux raisons qui, pour nous, consistent en une perturbation. Dans son analyse de la cohabitation intergénérationnelle (au sens intrafamilial et non dans notre sens), Ramos nous dit ; « Dans le contexte français, le « chez-soi chez les parents » se définit à partir de trois dimensions : les territoires personnels, les règles parentales et la convivialité familiale." Ces trois dimensions constituent les modalités objectives de construction d'un chez-soi chez ses parents. Les territoires personnels renvoient aux espaces personnels et privés dans lesquels le jeune adulte se retire. [...] Il investit aussi les espaces familiaux : il laisse « traîner » des affaires personnelles dans les espaces communs en estimant qu'il a aussi un droit sur cet espace... Ainsi, dans cette première dimension, le jeune adulte distingue le « je individuel » du « je familial ». [...] Une deuxième dimension définit le chez-soi du jeune adulte qui cohabite avec ses parents : il est régi en partie par les règles parentales. Elles s'appliquent sur les horaires de la vie domestique, notamment pour les repas. » Selon Ramos (2011). Ici le jeune se voit donc confronté à un double phénomène ; dans un premier temps celui de l'envahissement de la sphère commune avec le séniort qui peut poser question. Son seul espace d'expression personnel se limitant à sa chambre. Il n'est pas prévu qu'il puisse amener sa personnalité dans le reste du logement. Celle-ci se limitant, par ailleurs, à la décoration simple (affiches, photographies, petits objets...). Enfin, dans un second temps, on retrouve ici une continuité des règles parentales avec une obligation de présence aux repas et des horaires imposés (y compris pour les dates de vacances où il est nécessaire de les discuter avec le séniort). On retrouve donc une situation qui ne permet pas au jeune d'être dans une situation de complète autonomie, il est

subordonné, dépendant du sénior. C'est en cela que nous ne considérons pas que ce point ne puisse souffrir d'aucune perturbation.

Ce mode d'hébergement ne consiste donc en rien en une solution visant à réduire les inégalités, mais enferme encore plus ce jeune dans un modèle d'exclusion sociale. Partant de l'hypothèse que la rationalité de son choix repose sur une situation de contrainte financière d'accès au logement, il entre donc dans le dispositif en étant précaire et y demeure toujours aussi précaire, si ce n'est plus. Cette grille d'analyse nous conforte dans notre idée de lutte de classe où le sénior profite (volontairement ou non) financièrement d'une situation qui emprisonne un jeune dans une précarité sociale forte. L'État se détachant complètement de son rôle de protection à la fois du jeune et du senior, en félicitant les associations permettant ces contrats.

Discussion générale

Cette communication apporte un regard sur une thématique peu exploitée qui est celle de la concurrence entre les EHPAD et les modes de prise en charge non institutionnalisés et vise à rechercher le caractère de complémentarité de ces différentes solutions. Nous nous intéresserons à différentes publications telles que celle d'Henry Noguès portant sur le rôle de la concurrence dans le secteur social et médico-social, sur les publications de Davin, Paraponaris et Protière (2015) sur le coût de l'aide informelle.

C'est par la question de la valorisation de l'aide informelle que nous débiterons cette discussion. Roméo Fontaine (2017) nous dit « Sauf exception, l'aide informelle n'implique pas de transferts financiers ou de contreparties monétaires, ce qui rend difficile l'évaluation de son coût. Le risque est alors d'assimiler l'aide informelle à une production sans coût de soins de longue durée. ». C'est bel et bien de ce risque que traite notre publication. Nous considérons en effet que le temps passé au domicile de la personne âgée à sa disposition (c'est-à-dire avec l'impossibilité de quitter à sa guise le domicile et l'obligation de porter assistance en cas de problèmes tels qu'une chute) constitue une aide qui souffre d'une absence d'évaluation ou a minima d'une mauvaise évaluation. Nous pouvons également nous interroger sur les conséquences de l'aide sur l'aidant. Le rapport de Paraponaris (2012) met en avant que les aidants familiaux déclarent subir un certain nombre de conséquences sociales et familiales telles que la solitude ou le manque de temps pour soi. Les conséquences professionnelles et économiques sont également mises en avant avec l'introduction du coût d'opportunité (que nous avons par ailleurs évoqué précédemment). L'étude mentionne également le besoin de répit, de soutien et d'information qui n'est pas évoqué lors des témoignages de cohabitation intergénérationnelle(2020)(2022), mais qui selon nous devrait être mieux pris en considération.

L'étude Darwin, Paraponaris, Protière (2015) évalue le consentement à payer des aidants naturels pour se faire remplacer dans certaines tâches de la relation d'aide. Cette méthode ayant pour but de déterminer le coût de l'aide informelle détermine que le consentement à payer moyen pour une heure supplémentaire d'aide s'élève à 13,6 euros. Il est par ailleurs fait mention d'un résultat supérieur à celui régulièrement constaté dans la littérature. Il faut cependant noter que dans notre cas, la personne âgée est le plus souvent seule à domicile. Il est donc assez compliqué d'évaluer le consentement à payer d'un aidant virtuel. Cependant,

nous pouvons malgré tout considérer que si les proches aidants sont disposés à payer pour être relayés dans leur relation d'aide, c'est *a priori* que celle-ci a une valeur marchande. Valeur qui sera par ailleurs évaluée selon plusieurs critères qui peuvent être la valeur de l'aide sur le marché (soit le prix d'une aide à domicile) soit la valorisation par rapport au coût réel du temps investi par l'aidant selon un calcul de coût d'opportunité. Nous avons par ailleurs retenu ces deux méthodes. La première pour valoriser l'heure de travail du jeune, la seconde pour estimer la perte liée à cet emploi non rémunéré.

Enfin, nous nous intéresserons au concept de la concurrence. Noguès (2020) à ce sujet livre un regard critique sur l'application *stricto sensu* du concept de concurrence au secteur social et médico-social en avançant comme argument que le critère de prix soit la seule variable pertinente conduisant à la prise de décision. Il nous dit ; « La complexité des interdépendances interpersonnelles et l'étalement dans le temps des conséquences rendent les choix des personnes si délicats qu'ils seraient rarement adaptés à leurs besoins s'ils devaient n'être déterminés que par les prix et le pouvoir d'achat des familles. ». Noguès insiste ensuite sur la rationalité du consommateur et nous dit « les consommateurs ne maîtrisent jamais toute l'information nécessaire pour analyser la complexité de leur situation, anticiper les conséquences (parfois aléatoires et rarement certaines), et donc pour choisir de manière éclairée la réponse la mieux adaptée. Un conseil, parfois, un diagnostic de professionnel est souvent indispensable pour permettre un choix satisfaisant. Le consommateur est donc amené à faire confiance au prestataire de service dans une relation d'agence pourtant marquée par une forte asymétrie informationnelle. ». Ainsi, les théories mainstream néoclassiques de la rationalité du consommateur ne saurait trouver écho dans le cadre de la concurrence appliquée au secteur sanitaire. Noguès termine sa critique de l'approche concurrentielle en plaidant pour l'intervention des pouvoirs publics plutôt que d'une régulation par le marché. Nous ne pouvons à cet égard que suivre son opinion en rajoutant que l'avantage de la régulation publique peut consister en une approche plus neutre que celle de la concurrence où comme l'a bien précisé Noguès l'information est délivrée avec une forte asymétrie où le prestataire est à la fois porteur de l'information, mais également le principal bénéficiaire du choix du consommateur. Ce qui peut ne pas être problématique lorsqu'il s'agit de changer de smartphone ou de marque de jean, mais qui amène une dimension éthique toute différente une fois que la décision oriente très fortement les conditions de vie du consommateur.

Ainsi, dans notre cas, la situation de concurrence qui s'opère entre des modes de prise en charge classiques (EHPAD ou l'aide à domicile professionnelle) et les cohabitations intergénérationnelles entraîne un effet indésirable sur la population qui vient en aide. Il convient donc de mieux considérer cet effet et de prévoir sa compensation.

Conclusion

Cette étude, qui a pour but de s'interroger sur la possibilité de voir s'étendre sur une plus grande échelle les cohabitations intergénérationnelles, nous aura permis de poser plusieurs limites à ce mode de prise en charge que nous détaillerons dans les points suivants. Nous avons également étudié ces cohabitations de façon comparative avec l'EHPAD et l'aide à domicile professionnelle. Le choix de faire cette comparaison est lié aux arguments développés par les associations qui se présentent comme une alternative à l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes.

Nous pouvons donc apporter les réserves suivantes :

- Sur le respect du droit du travail : nous ne considérons pas que la définition des menus services formulée par les associations soit en accord avec les dispositions du Code du travail et qu'ainsi la valorisation de l'aide apportée par le jeune s'en trouve donc biaisée.
- Sur l'égalité de l'échange intergénérationnel : après avoir réalisé une étude des gains et pertes pour les deux parties prenantes de la cohabitation, nous avons déterminé que les personnes âgées sortent grandes gagnantes de l'échange au détriment des jeunes qui eux souffrent d'une perte lorsque l'on considère le coût d'opportunité de la cohabitation intergénérationnelle.

Nous ne considérons cependant pas que cette solution n'ait pas sa place dans l'offre de modes de prise en charge. Nous notons cependant que pour les associations la colocation intergénérationnelle peut difficilement prendre sa place dans une vision capitaliste de la santé du fait de son absence d'attractivité financière pour les professionnels qui l'organisent (bien entendu les séniors ont un intérêt certain à y avoir recours). Il nous faut donc bien distinguer l'organisation de l'usager pour qui les intérêts ne sont pas les mêmes. Il nous apparaît, en revanche, capital pour que cette solution soit appliquée à une échelle plus importante que les réserves formulées sur le droit du travail trouvent une solution. Il en va en effet pour nous d'une question d'égalité du partage de la valeur dans l'échange et dans une certaine mesure d'égalité de classes. Il s'agit également de reconnaître à son juste niveau l'engagement fourni par le jeune qui dépasse largement la simple entraide dans le cas des colocations où une obligation de service nocturne se retrouve. Notre étude ne s'intéressant pas aux contrats où les jeunes n'ont pas d'obligation de service nous ne pouvons donc pas sur la base de nos

travaux formuler de critiques d'autant plus dans la mesure où la présence du jeune permet de maintenir un lien humain si précieux pour les séniors. Nous considérons cependant que dès lors que la présence du jeune permet d'éviter un placement en institution (et donc une économie financière importante), le service qu'il rend à la personne âgée entraîne un gain non négligeable pour cette dernière et que celui-ci peut être plus important que celui que le jeune peut en tirer. Le lien humain est bien entendu présent, mais il n'y a pas de raison de penser que celui-ci ne soit pas équilibré. Le jeune et le séniors tirant ainsi parti mutuellement de la présence de l'autre.

Nous pouvons par ailleurs conclure de cette étude que la présence de nuit pourrait être rémunérée à une valeur conventionnelle soit l'équivalent d'une heure de travail effectif pour 4h de présence nocturne. Ceci permettrait d'avoir une solution réellement équitable qui ne soit pas un moyen de tirer profit d'une population précaire pour régler la solution de la prise en charge d'une population vulnérable. Ainsi puisque des dispositifs d'aide au financement des aides humaines existent nous souhaiterions qu'ils bénéficient aux jeunes notamment par le financement par l'APA des heures de présence. Ceci permettrait aux personnes à faibles ressources de bénéficier à moindre coût de ce dispositif, mais également de garantir des conditions de vie descente aux jeunes en plus d'une valorisation sociale de leur travail par l'ouverture des droits sociaux acquis aux travailleurs. Nos résultats mettent en évidence un reste à vivre théorique de moins de 50 euros dans le cadre d'une cohabitation intergénérationnelle. Celui-ci n'intégrant pas l'alimentation il est à supposer que le jeune risque d'avoir recours à une forme de solidarité pour se nourrir. Solidarité qui pourra bien entendu être pourvue par le séniors lui-même, par l'entourage du jeune ou par voie associative. Nous voyons par ailleurs dans cette solution un risque de déprofessionnaliser l'aide en lui en retirant sa substantifique moelle qui est le capital humain. Dévaloriser celui-ci revient à banaliser la relation d'aide et de la considérer comme un acte sans valeur, sans fondement. Krinsky et Simonet (2012) rappellent par ailleurs que le travail domestique a un caractère d'invisibilité important et notamment dans une dynamique de genre où la femme est majoritairement en charge de cette sphère. Nos aidants informels que sont les jeunes en cohabitation intergénérationnelle ne font pas exception à ce processus d'invisibilité du travail. Il convient alors de remettre la lumière sur la réelle valeur ajoutée de leur présence en considérant notamment celle-ci par ce coût ou plutôt de gain d'opportunité que réalise le séniors lorsqu'il est présent chez eux.

Nous pouvons par ailleurs émettre une dernière réserve quant à la capacité qu'a la collocation intergénérationnelle à se répandre sur l'ensemble du territoire. Il s'agit selon nous d'une solution qui trouve tout son intérêt dans les zones à marché immobilier tendu où sont par ailleurs bien souvent situés les grands pôles étudiants. Ainsi, un véritable enjeu d'égalité entre le milieu urbain et le milieu rural se joue, non pas pour les jeunes qui auront tendance à se rapprocher des zones urbaines pour étudier ou se loger, mais pour les personnes âgées des zones rurales qui n'ont quasiment aucune chance de trouver un jeune prêt à venir vivre chez elles. Ces derniers souffrant ainsi d'un lieu de vie éloigné des transports et apportant des coûts de déplacement réduisant ainsi l'utilité de l'offre de cohabitation.

C'est en revanche selon nous dans la professionnalisation de l'aide que se situe un enjeu majeur. Ceci permettrait d'inscrire le jeune dans un processus de formation par les agences, d'améliorer la qualité de service rendu, de donner au jeune les clés nécessaires à la vie en commun avec un sénior. Ceci afin que la cohabitation intergénérationnelle avec obligation d'aide puisse tenir une place de choix dans le système de prise en charge. Il resterait cependant à lui trouver une dénomination plus en adéquation avec l'essence même du partage basé sur une relation où un service est fourni en échange d'une juste rémunération. Nous pourrions ainsi avec un système plus équitable et plus ouvert proposer une véritable alternative qui ne se limite pas qu'aux zones urbaines ou aux pôles universitaires et qui permette à une solution marginale d'être envisagée par tous sans distinctions de ressources ou d'origine géographique dans un pays où le taux d'équipement de places d'EHPAD moyen est de 96,1 places pour 1000 séniors de plus de 75 ans¹⁰, ce qui nous amène naturellement à organiser l'alternative.

¹⁰ Taux d'équipement au 31.12.2019 source : DREES

Synthèse de la première partie

Cette première partie souligne l'importance des innovations dans la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. Elle démontre l'importance de l'effet de genre sur la disponibilité des aidants naturels, et ceci en particulier face aux défis croissants posés par l'évolution du rôle des femmes sur le marché du travail. Nous pourrions par ailleurs considérer qu'en France la question du taux d'emploi féminin n'est plus d'actualité, cependant notre analyse a montré qu'un important effet de genre se constate. L'aide apportée par les personnes en âge de travailler est à plus de 60% féminine. Ceci laisse entendre que les femmes ont davantage de répercussions professionnelles que les hommes lorsqu'il s'agit d'aider un proche dépendant. Lorsque l'on intègre la notion de plafond de verre, la hausse de l'emploi féminin et plus particulièrement d'emploi dans des fonctions de cadre supérieur a un impact direct sur la disponibilité de l'aide informelle, obligeant ainsi à explorer des solutions de soutien aux aidants mais également de nouvelles formes de prise en charge. La cohabitation intergénérationnelle que nous avons étudiée dans notre deuxième chapitre est d'ailleurs une réponse innovante à ce défi, elle offre une perspective de solidarité entre générations, tout en favorisant l'inclusion sociale des seniors. Nous avons cependant relevé des enjeux d'égalité entre les seniors et les jeunes qui doivent être résolus par une utilisation de l'aide sociale afin de garantir aux jeunes se tenant à disposition des seniors qu'ils puissent s'extraire d'une situation qui engendre de la précarité, mais surtout que la cohabitation ne soit pas uniquement un moyen palliatif à une incapacité d'accès au marché traditionnel du logement étudiant.

Ces deux chapitres montrent comment les dynamiques de genre entraînent des enjeux importants sur la disponibilité de l'aide et le besoin en professionnels qualifiés et comment les nouvelles formes de prise en charge, comme la cohabitation, peuvent enrichir les solutions pour répondre aux besoins des personnes dépendantes. Ces innovations ne suffisent cependant pas à combler les inégalités de soutien, notamment financières, qui persistent. Ainsi, dans la continuité de cette analyse, la partie 2 de cette thèse explorera les inégalités sociales et leur impact sur la dépendance. Cette section approfondira comment les ressources économiques et le contexte territorial influencent la qualité et l'accessibilité de la prise en charge.

Partie 2 : Inégalités sociales et dépendance, étude de l'impact de la précarité sur la dépendance des seniors.

Propos liminaires à la deuxième partie

Dans cette deuxième partie, nous nous concentrerons sur les inégalités sociales et leur impact sur la dépendance des seniors. Dans un premier chapitre, nous analyserons les facteurs socio-économiques et sanitaires influençant le recours à l'aide humaine informelle chez les personnes âgées dépendantes en France. À partir des données de l'enquête SHARE, nous examinerons comment des variables telles que le revenu, le niveau d'éducation, la taille du ménage et la qualité de vie affectent la probabilité de recevoir de l'aide d'un proche. Dans cette étude, nous utilisons une méthodologie économétrique basée sur un modèle de régressions logistiques afin de déterminer l'impact de nos variables explicatives sur le recours à l'aide. Nos résultats soulignent que la précarité et des conditions socio-économiques défavorables augmentent significativement la probabilité de se trouver en situation de dépendance. Par ces résultats, nous mettons ainsi en lumière une inégalité sociale marquée. Nous pouvons, grâce à ceci, améliorer notre compréhension des mécanismes sous-jacents de cette dépendance afin d'avoir un regard plus clair sur l'adéquation des politiques publiques. Le second chapitre explore, quant à lui, les disparités dans le financement de la dépendance au niveau des départements français. Il analyse comment les variations de financement de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) peuvent être expliquées par des facteurs tels que le niveau de vie moyen des départements, le taux de pauvreté, la densité urbaine et l'espérance de vie. Ce chapitre se base sur une méthode statistique employant des régressions linéaires et l'utilisation du test de Moran pour analyser les phénomènes d'autocorrélation spatiale. Les résultats mettent en évidence une double inégalité ; non seulement les seniors en situation de précarité ont une probabilité supérieure d'être en situation de dépendance, mais ils sont aussi susceptibles de recevoir une aide financière réduite en fonction du niveau de vie de leur département. Ceci souligne l'existence d'une double peine qui remet en question le bien-fondé déjà discuté dans la littérature d'un tarif non harmonisé nationalement. Par ailleurs, dans ce chapitre, nous pouvons formuler des remarques sur la capacité des départements pauvres à soutenir le poids du budget dépendance et continuons

notre critique de la décentralisation par la formulation d'une hypothèse de recentralisation du financement de la dépense.

Les deux chapitres ont pour objectif commun de révéler les inégalités sociales liées à la dépendance des seniors. Si le premier chapitre établit un lien direct entre la précarité socio-économique et l'augmentation de la dépendance, le second examine comment cette précarité influence le financement public de la dépendance. Ces deux chapitres permettent une vision complémentaire à la fois des facteurs individuels influençant la dépendance, mais également collectifs afin d'apporter un regard plus global sur nos politiques publiques de financement de la dépendance. Nous pouvons, grâce à cette double lecture, mieux appréhender ces dernières et enrichir le débat sur la remise en question d'une décentralisation du financement.

Chapitre 1 : Analyse des déterminants à la prise en charge humaine de la dépendance liée à l'âge

Introduction

La dépendance liée à l'âge est un enjeu de santé publique majeur dans de nombreuses sociétés, y compris en France, où le vieillissement de la population est particulièrement marqué. Le nombre de personnes âgées nécessitant des soins de longue durée est ainsi en logique augmentation. Aussi, les politiques de prise en charge des seniors doivent s'adapter à cette réalité en cherchant à comprendre et à atténuer les facteurs qui contribuent à la dépendance. Selon l'INSEE (2006), la part des personnes âgées de 65 ans et plus représentait 20,5 % de la population en 2020, et cette proportion devrait atteindre 26,7 % en 2040. De plus, le nombre de personnes de 60 ans et plus a augmenté de 32 % entre 2000 et 2020, passant de 12,5 millions à 16,5 millions. Naturellement, le coût de la prise en charge de la dépendance est un défi financier pour les usagers, les contribuables mais également pour les systèmes de santé. À titre d'exemple, en 2016, les dépenses publiques pour la dépendance des personnes âgées s'élevaient à environ 1,6 % du PIB français, soit près de 34 milliards d'euros. Selon la DREES (2014), ces dépenses pourraient atteindre 1,77 % du PIB d'ici 2060 contre 1,05 % en 2011. La dépendance se définit par l'incapacité à réaliser les actes de la vie quotidienne sans aide. Celles-ci peuvent résulter de divers facteurs, notamment des maladies chroniques, des limitations fonctionnelles et des problèmes de santé mentale. Les actes dits de la vie quotidienne comprennent des tâches essentielles telles que s'habiller, se nourrir, se laver et se déplacer. La personne âgée est ainsi appelée dépendante lorsque qu'elle devient incapable de réaliser ces tâches sans assistance. On parlera alors de perte d'autonomie. Nous proposons ainsi de réaliser une étude statistique des déterminants de l'aide humaine informelle et des incapacités à réaliser les actes de la vie quotidienne. Cette étude a pour but de permettre un regard éclairé sur la question de la dépendance liée à l'âge. Cette étude se situe dans un esprit de compréhension des mécanismes qui pourraient entraîner une prédisposition à la dépendance.

Notre étude aura donc pour objectif de répondre à la question suivante : comment les facteurs socio-économiques et sanitaires influencent-ils le recours à l'aide humaine informelle chez les

personnes âgées en situation de dépendance en France, et quelles sont les implications de ces influences pour les politiques publiques de prise en charge des seniors ?

Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé les données de l'enquête SHARE. Pour réaliser notre échantillon, nous en avons extrait les données des répondants français âgés de 60 ans et plus afin d'examiner comment les facteurs socio-économiques et sanitaires influencent le recours à l'aide humaine informelle en situation de dépendance. L'échantillon, après exclusion des données manquantes et aberrantes, comprend 3418 observations. Notre travail se porte ainsi sur une méthode statistique où nous avons réalisé des régressions logistiques pour analyser l'impact des variables socio-économiques (revenus, éducation, taille du ménage) et sanitaires (indices de dépendance et qualité de vie) sur la probabilité de recourir à l'aide d'un proche et d'avoir des altérations des capacités quotidiennes. Une analyse de robustesse avec les données de l'enquête VQS 2021 a validé nos résultats.

L'intérêt de notre étude est de montrer que la dépendance liée à l'âge constitue une inégalité sociale. Bien que la dépendance puisse être vue comme un problème individuel, nous posons l'hypothèse que le lien entre dépendance et précarité démontre une inégalité sociale. Roméo Fontaine et Sophie Pennec (2020) rappellent les 3 conditions de Bihr et Pfefferkorn afin de caractériser une inégalité sociale. Nous pouvons donc formuler l'hypothèse que si le lien dépendance précarité est statistiquement démontré, il soit constitutif d'une inégalité :

1. L'attribut considéré doit être une ressource de la société. Nous examinons si la précarité influence la dépendance, en considérant la dépendance comme une ressource sociale selon la logique de Fontaine et Pennec.
2. La répartition inégale de cette ressource doit être due aux structures sociales. Nous démontrons que la précarité et la dépendance sont influencées par des facteurs sociaux et économiques. Le modèle décentralisé de financement des aides et l'inégale répartition de celles-ci valident ce second critère.
3. Une inégalité sociale provoque un sentiment d'injustice. C'est principalement à ce titre que sont condamnées les inégalités de revenus selon Piketty (Piketty 2001) et d'espérances de vie avec et sans incapacité selon Cambois, Laborde et (2008) et d'états de santé selon Jusot, Tubeuf et Trannoy (2009).

Le Haut Conseil de la Santé publique (1998) formule "l'hypothèse que si dans une société stable où les moins riches ne sont pas de grands pauvres, les inégalités sociales entraînent des inégalités de santé massives, combien plus a fortiori ces inégalités peuvent être renforcées

dans une société où les liens sociaux se distendent, où la fracture sociale devient béante et où la dignité des personnes n'est plus une valeur reconnue”.

Les conditions de bonne santé et leurs liens avec les facteurs socio-économiques ont été largement étudiés à travers différentes populations, y compris en France. Des études menées dans différents contextes montrent que les conditions socio-économiques influencent significativement la santé des personnes âgées. Notre étude a pour but de se positionner dans cette lignée et d'apporter un éclairage plus spécifique à la question de la dépendance que nous considérons différente de celle de la santé. En effet, la dépendance ne s'intéresse spécifiquement qu'à la capacité qu'ont les personnes à effectuer les actes quotidiens sans aide. L'état de santé répond quant à lui à une définition beaucoup plus large, ce qui nous incite à rechercher des indicateurs spécifiques à la dépendance. Il est en effet possible d'être en mauvaise santé, mais de maintenir un état d'autonomie.

Smith et Kington (1997), aux États-Unis, ont démontré que les revenus de retraite, tels que la sécurité sociale et les pensions, sont corrélés à une meilleure capacité de fonctionnement chez les personnes âgées. Ils ont trouvé qu'un revenu supplémentaire de 1 000 \$ de la sécurité sociale est associé à une réduction de 0,5 point du score fonctionnel, indiquant une amélioration notable de l'autonomie fonctionnelle.

Wilkinson et Marmot (2003), dans une étude réalisée en Europe, ont mis en évidence que les conditions économiques et sociales stressantes augmentent l'usure physiologique et diminuent la probabilité de jouir d'une vieillesse en bonne santé. Ils soulignent que les circonstances sociales et économiques défavorables affectent la santé tout au long de la vie, exacerbant les inégalités en matière de santé à mesure que les individus vieillissent.

Grundy et Holt (2001), au Royaume-Uni, ont également contribué à cette compréhension de l'impact des revenus en montrant que la richesse, qu'elle soit immobilière ou non immobilière, est positivement corrélée avec l'état de santé auto déclaré. Ils suggèrent que la richesse non immobilière, étant plus liquide, est plus disponible pour atténuer les problèmes de santé, ce qui pourrait avoir un impact plus important sur la capacité de fonctionnement des personnes âgées.

Des études spécifiques à la France ont également corroboré ces résultats. Carcaillon-Bentata et al. (2021) proposent une analyse de l'état de santé perçu chez les personnes âgées de 55 à 65 ans. Ils montrent que les femmes, les personnes vivant seules, celles ayant un faible niveau d'éducation, un revenu bas ou des difficultés financières signalent plus fréquemment une

mauvaise santé perçue et des limitations d'activité. Ces associations ont persisté même après ajustement pour le sexe et l'âge, soulignant l'impact durable des conditions socio-économiques sur la santé et l'autonomie des personnes âgées.

Hassen et al. (2020), ont identifié les déterminants socio-économiques et comportementaux des maladies cardiovasculaires chez des patients âgés résidant en Belgique et en France. Cette étude a révélé que des facteurs tels que l'âge avancé, vivre dans de grandes villes, être à la retraite et appartenir au quantile de richesse le plus bas augmentent le risque de maladies cardiovasculaires. En revanche, un niveau d'éducation plus élevé, un soutien social et une plus grande force de préhension sont associés à un risque réduit de maladies cardiovasculaires. "Cette étude a montré que les adultes âgés qui sont à la retraite, qui n'ont pas de soutien social, qui vivent dans de grandes villes, qui appartiennent au quantile de richesse le plus bas et qui ont un faible niveau d'éducation ont une plus grande probabilité de maladies cardiovasculaires". Ces résultats nous amènent à valider notre hypothèse que si la précarité a un effet négatif démontré sur l'état de santé, cet effet devrait également se démontrer sur le risque de dépendance.

Les recherches menées par Grundy et Holt (2001) et Smith et Kington (1997) montrent une forte corrélation entre le statut socio-économique et la santé des personnes âgées, soulignant l'importance d'un revenu stable et des ressources financières pour maintenir l'autonomie fonctionnelle.

En apportant une analyse approfondie des déterminants socio-économiques de la dépendance, notre étude contribue à la littérature en explorant le champ de la dépendance et plus particulièrement l'impact de ces déterminants sur la probabilité d'avoir recours à l'aide humaine. Celle-ci proposant des pistes concrètes pour améliorer les politiques publiques de prise en charge des personnes âgées. Nos recherches, basées sur les données de l'enquête SHARE, visent à combler les lacunes existantes et à éclairer les décideurs sur les meilleures stratégies pour atténuer les inégalités et améliorer la qualité de vie des seniors en France.

Notre étude est organisée de la façon suivante ; la section 2 présente les données et la méthodologie de l'étude, la section 3 présente l'étude préliminaire, la section 4 présente le modèle économétrique de l'étude, la section 5 présente les résultats et leurs discussions, la section 6 présente le test de robustesse, la dernière section quant à elle conclut notre article.

Données et méthodologie

Pour évaluer les facteurs qui expliquent la probabilité qu'une personne âgée demande l'aide d'un proche ou soit en situation de dépendance, nous utilisons les données issues de l'enquête SHARE

Enquête SHARE

Pour réaliser cette analyse, nous avons recueilli les informations des 8 vagues de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) auprès de la plateforme en ligne de l'étude. Nous avons ensuite retenu les répondants français, exclu les individus de moins de 60 ans et ceux présentant une absence de réponse aux variables sélectionnées. Nous avons par ailleurs exclu de la base l'année 2013 en raison du trop grand nombre de données aberrantes sur l'indicateur de revenu net. Nous obtenons ainsi une base composée de 3418 observations.

L'enquête SHARE est une étude longitudinale dont l'objectif est de proposer une base de données permettant l'analyse des implications du vieillissement et des politiques publiques sur la population âgée. Le but principal de cette étude est d'analyser l'impact des facteurs économiques, sociaux et sanitaires sur le bien-être des personnes âgées. Cette enquête nous permet ainsi de mieux appréhender les déterminants de la santé et de la dépendance, ainsi que les dynamiques familiales et intergénérationnelles.

L'enquête SHARE combine des entretiens face-à-face avec des questionnaires standardisés et des mesures de santé objective comme la force de préhension ou la vitesse de marche). Les participants sont suivis dans le temps, avec des vagues d'enquête successives permettant d'observer les évolutions individuelles et de population. Les données de SHARE sont collectées auprès de personnes résidant dans des ménages privés. L'échantillon est stratifié par âge et par région afin d'assurer une représentativité nationale. Pour chaque vague, un effort particulier est fait pour maintenir la participation des répondants initiaux tout en intégrant de nouveaux participants pour compenser les pertes d'échantillon dues à la mortalité ou à des refus de participation. L'enquête aborde plusieurs domaines essentiels :

- Santé et bien-être : informations sur les conditions de santé physique et mentale, les incapacités, les habitudes de vie (alimentation, exercice) et l'accès aux soins.
- Situation économique : revenus, patrimoine, consommation et transferts intergénérationnels.

- Retraite et travail : parcours professionnels, transition vers la retraite, activités post-retraite.
- Réseaux sociaux et familiaux : structure familiale, soutien social, relations intergénérationnelles.
- Qualité de vie : perceptions subjectives du bien-être, satisfaction de vie et participation sociale.

Choix des variables

Nous souhaitons, par cette méthode d'analyse, mettre en lumière les mécanismes qui peuvent influencer le recours à l'aide, marqueur du niveau de dépendance, ainsi que ceux qui pourront motiver les financeurs (ici les conseils départementaux) dans les décisions d'orientation budgétaire.

Afin de pouvoir vérifier l'hypothèse par laquelle le niveau de vie peut avoir un effet sur la probabilité d'avoir besoin au recours d'un proche, nous choisissons d'effectuer notre analyse avec deux types de variables explicatives :

- Sociologiques : revenus nets annuels du ménage, nombre d'années d'études, taille du ménage.
- Sanitaires : ADL, IADL, indice de qualité de vie

Nous réaliserons ainsi une série de régressions logistiques se basant sur les variables présentées dans le tableau 8 suivant. Celui-ci présente, dans les lignes grisées, les variables dépendantes et, dans les lignes laissées blanches, les variables explicatives ;

Tableau 8 : description des variables de l'enquête SHARE

Variable	Description
Sp002_mod (aide d'un proche)	Aide reçue de la famille, amis ou voisins pour les soins personnels, tâches ménagères et démarches administratives.
ADLA	Somme de 5 tâches quotidiennes : s'habiller, se baigner, manger, marcher à l'intérieur, se lever. Indice de 0 à 5, plus il est élevé, plus il y a de difficultés.
IADLA	Somme des activités : appels téléphoniques, prise de médicaments, gestion de l'argent. Indice de 0 à 3, plus il est élevé, plus il y a de difficultés.
edueyears_mod	Nombre d'années d'éducation des répondants. Question posée à partir de la 2ème vague avec des taux de valeurs manquantes élevés.
thinc_m	Variable basée sur gv_grossnet pour la vague 1 et thinc de gv_imputations pour les autres vagues. Remplie pour les entretiens réguliers à la vague 7.
hhsiz	Nombre de personnes vivant dans le ménage des répondants.
casp	Score CASP-12 mesurant la qualité de vie, basé sur 4 sous-échelles : contrôle, autonomie, plaisir, auto-réalisation. Score de 12 à 48.

Test de corrélation :

Afin de discriminer les variables à intégrer au modèle statistique, nous réalisons une mesure des corrélations entre les différentes variables explicatives en calculant leur taux de corrélation en ayant un regard sur la significativité de celui-ci. Le tableau 9 suivant présente les différents résultats. Nous retenons ainsi l'ensemble des variables dans notre modèle statistique.

Tableau 9 test de corrélation des variables explicatives

	IADLA	Revenus nets	Nb années d'étude	Taille du ménage	Indice de qualité de vie
IADLA	X				
Revenus nets du ménage	-0.09*	X			
Nombre d'années d'étude	-0.06*	0.19*	X		
Taille du ménage	-0.04*	0.29*	0.05*	x	
Indice de qualité de vie	-0.21*	0.22*	0.09*	0.05*	x

(* résultat significatif)

Choix de la classe d'âge

Afin de nous conformer avec la définition légale de la population des personnes dites âgées, nous choisissons d'inclure toute personne âgée de plus de 60 ans. Le Décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 dispose en effet que les prestations sociales accordées au titre de l'allocation personnalisée à l'autonomie sont accessibles à partir de cet âge. Notre recherche ayant pour objet une meilleure compréhension des mécanismes de solidarité, il nous semble naturel de réaliser un échantillonnage qui corresponde à la population qui dispose des droits qui nous intéressent.

Études préliminaires

Analyse de la proportion de personnes ayant recours à l'aide d'un proche par classe de revenus net

Dans la figure 1, nous représentons de façon graphique la proportion de personnes ayant répondu oui lorsqu'il leur est demandé s'ils reçoivent de l'aide d'un proche. Pour chaque classe, nous avons compté le nombre de réponses positives et présenté la proportion qu'elle représente face au nombre total de réponses (seuls les oui et non sont analysés).

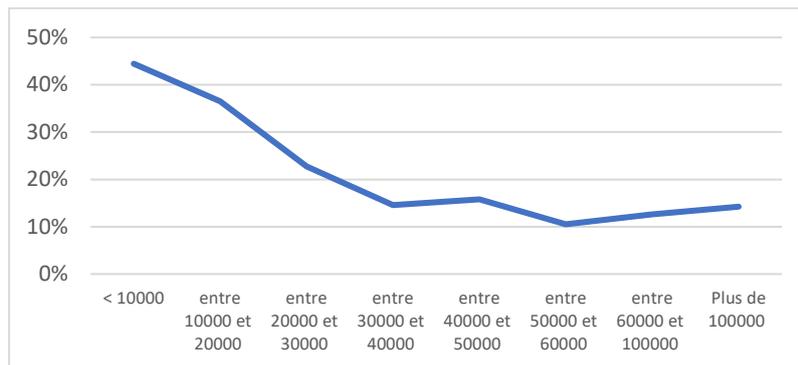


Figure 1. Proportion de personnes ayant recours à l'aide d'un proche par classe de revenus nets

Dans la figure 2, nous représentons de façon cumulative la proportion de personnes ayant répondu oui lorsqu'il leur est demandé s'ils reçoivent de l'aide d'un proche. Nous n'avons cette fois-ci pas échantillonné la base de données, mais nous avons compté le nombre de réponses positives des personnes ayant un revenu inférieur à une valeur x (correspondant à la graduation de l'axe des abscisses) et présenté la proportion qu'elle représente face au nombre total de réponses (seuls les oui et non sont analysés).

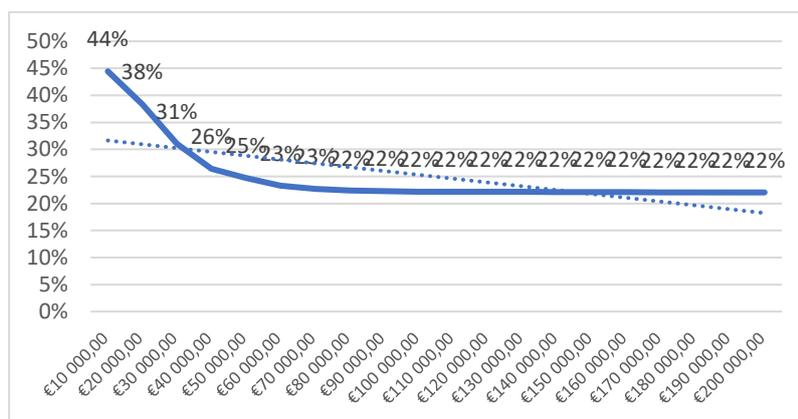


Figure 2. Proportion de personnes ayant recours à l'aide d'un proche en fonction du revenu

Visualisation du revenu médian départemental selon un seuil précarité/dépendance

Dans la figure 3, nous avons retenu un seuil de 30000 euros par an afin de visualiser les départements s'éloignant le plus de celui-ci et donc étant plus à risque du point de vue du rapport précarité / dépendance. Nous choisissons ce seuil au regard des résultats présentés dans les deux figures précédentes.

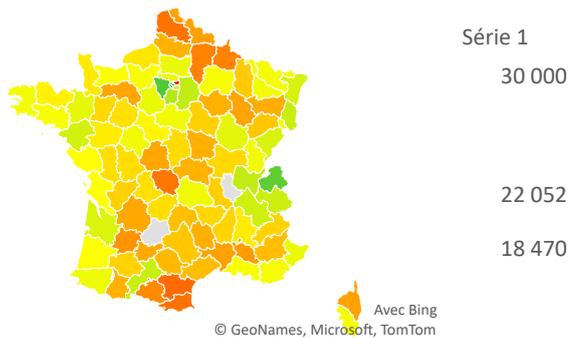


Figure 3. Revenus médians départementaux au regard d'un seuil de 30000 euros/an

Cette vue nous permet de repérer des zones où le risque d'impact des revenus serait le plus important. Nous mesurerons ce risque dans notre étude économétrique, dont le modèle est présenté dans le point suivant.

Modèle économétrique

Cette étude réalisera deux modèles de régression logistiques ; le premier étudiera l'impact des variables explicatives présentées précédemment sur la probabilité d'avoir recours à l'aide d'un proche, tandis que le second étudiera leur impact sur la probabilité d'avoir une perturbation plus élevée de la capacité à effectuer des actes de la vie courante. Ces deux régressions sont modélisées ainsi :

- Régression 1

$$(SP002mod) = \alpha + \beta_1 IADLA_i + \beta_2 eduyears_mod_i + \beta_3 thinc_m_i + \beta_4 hhsiz_e_i + \beta_5 casp_i + \varepsilon_i$$

- Régression 2

$$(ADLA) = \alpha + \beta_1 IADLA_i + \beta_2 eduyears_mod_i + \beta_3 thinc_m_i + \beta_4 hhsiz_e_i + \beta_5 casp_i + \varepsilon_i$$

α, β_j ($j=1$ à 5) sont les paramètres à estimer ; ε_i est le terme d'erreur du modèle. $SP002_mod$ est la variable à expliquer et, $IADLA$, $eduyears_mod$, $thinc_m$, $hhsiz_e$, $casp_i$ sont les variables explicatives. Une valeur positive des coefficients β_1, β_2 indique qu'une hausse de l'indice des activités de la vie ($ADLA$) et des activités instrumentales de la vie quotidienne ($IADLA$) est associée à une hausse de la probabilité de recourir à l'aide d'un proche, respectivement. En revanche, on s'attend à ce que les coefficients $\beta_3, \beta_4, \beta_5, \beta_6$ soient négatifs. Autrement dit, les personnes issues d'un ménage à revenu élevé auront moins tendance à être dans une situation de dépendance. De plus, les individus ayant un niveau d'étude élevé ont moins tendance à recourir à l'aide d'un proche. Concernant la taille du ménage et le niveau de qualité de vie, on s'attend à ce qu'ils réduisent la probabilité de recourir à l'aide d'un proche.

Dans les modèles de régression linéaire, les coefficients peuvent être interprétés comme des effets marginaux. Cependant, les coefficients obtenus avec les modèles logit permettent de savoir uniquement le sens de la relation, mais ne permettent pas de quantifier l'effet des variables explicatives. Ainsi, nous avons calculé les effets marginaux des variables explicatives sur la probabilité de recourir à l'aide d'un proche.

Analyse et discussion des résultats

Dans cette partie, nous présentons les résultats de notre étude sur les facteurs qui influencent la dépendance liée à l'âge. Nous avons analysé comment les conditions socio-économiques affectent la probabilité de recourir à l'aide d'un proche et l'indice des activités de la vie quotidienne (ADLA). La section 5.1 explore l'effet de la précarité du recours à l'aide humaine informelle, tandis que la section 5.2 examine l'impact de ces facteurs sur l'indice ADLA, c'est-à-dire la capacité à effectuer des actes de la vie quotidienne.

Effet de la précarité sur le recours de l'entourage

Nous examinerons ici les résultats obtenus à partir des régressions logistiques visant à déterminer l'impact de la précarité sur le recours à l'aide de l'entourage chez les personnes âgées. Cette section mettra en lumière les effets marginaux des différentes variables explicatives sur la probabilité d'avoir besoin d'un proche pour l'assistance quotidienne.

Dans le tableau 10, nous examinons l'effet marginal des variables explicatives sur la probabilité d'avoir recours à un membre de l'entourage (individus ayant répondu *oui*) comparativement au 1^{er} quartile de la variable analysée.

Tableau 10 Analyse des effets marginaux des variables explicatives sur le recours à l'aide de l'entourage

	dF/dx	z	P> z	Significativité
(iadla) 1	0,22261	7,5981	3.005e-14	***
(iadla) 2	0,31769	5,2684	1.376e-07	***
(iadla) 3	0,47309	5,6453	1.649e-08	***
eduyears_mod	-0,00127	-2,4844	0.01298	*
thinc_m	-1,1E-06	-4,2772	1.892e-05	***
hh_size	-0,10678	-14,7287	< 2.2e-16	***
casp	-0,00838	-12,6673	< 2.2e-16	***

Légende : inférieur à 0,1% ***, inférieur à 1% **, inférieur à 5% *, inférieur à 10% (.)

- iadla :

Les coefficients associés aux catégories 1, 2 et 3 de l'indice iadla sont respectivement de 0.022261, 0.031769 et 0.047309, et tous sont très significatifs ($p < 0.001$). Ces résultats mettent en lumière qu'une augmentation des difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne est fortement corrélée à une probabilité accrue de recevoir de l'aide d'un proche

- `eduyears_mod` :

Le coefficient associé à cette variable est négatif (-0.000127) et significatif ($p \approx 0.013$), indiquant qu'un plus grand nombre d'années d'éducation est lié à une probabilité légèrement réduite de recevoir de l'aide d'un proche.

- `thinc_m` :

Le coefficient, également négatif (-0.000011) et très significatif ($p < 0.001$), montre qu'un revenu mensuel plus élevé réduit la probabilité de recevoir de l'aide d'un proche

- `hhsiz` :

Avec un coefficient négatif (-0.010678) et très significatif ($p < 0.001$), il est établi que plus la taille du ménage est grande, moins il y a de chances de recevoir de l'aide d'un proche. Ce résultat peut s'expliquer par une moindre perception de l'aide informelle dans les foyers plus grands, où l'implication quotidienne est souvent perçue comme une routine plutôt que comme une aide spécifique.

- `casp` :

Le coefficient de cette variable est négatif (-0.000838) et très significatif ($p < 0.001$), signifiant qu'une meilleure qualité de vie est associée à une probabilité réduite de recevoir de l'aide d'un proche. Cela souligne le lien entre une qualité de vie élevée et une moindre dépendance à l'aide informelle.

Effet de la précarité sur l'indice ADLA

Nous examinerons ici les résultats obtenus à partir des régressions logistiques visant à déterminer l'impact de la précarité sur l'indice ADLA chez les personnes âgées. Cette section mettra en lumière les effets marginaux des différentes variables explicatives sur la probabilité d'appartenir à une classe déterminée de l'indice ADLA. Nous réaliserons ensuite une présentation graphique permettant de visualiser plus facilement les effets marginaux en fonction des classes d'ADLA.

Tableau 11. Analyse des effets marginaux des variables explicatives sur l'indice des activités de la vie quotidienne

Variable	0	1	2	3	4	5
iadla	-1.1655e-01 ($< 2.2e-16$ ***)	8.1128e-02 ($< 2.2e-16$ ***)	2.1307e-02 ($< 2.2e-16$ ***)	8.5997e-03 ($< 2.2e-16$ ***)	4.0238e-03 ($3.479e-13$ ***)	1.4888e-03 ($3.262e-07$ ***)
thinc_m	8.1358e-07 ($1.138e-05$ ***)	-5.6633e-07 ($1.249e-05$ ***)	-1.4874e-07 ($1.976e-05$ ***)	-6.0032e-08 ($4.456e-05$ ***)	-2.8089e-08 (0.0001335 ***)	-1.0393e-08 (0.000911 ***)
eduyyears_mod	7.6283e-04 (0.043612 *)	-5.3100e-04 (0.043855 *)	-1.3946e-04 (0.044881 *)	-5.6287e-05 (0.046906 *)	-2.6337e-05 (0.0507689 .)	-9.7445e-06 (0.060463 .)
hhsiz	1.3046e-02 (0.003496 **)	-9.0812e-03 (0.003572 **)	-2.3851e-03 (0.003934 **)	-9.6263e-04 (0.004675 **)	-4.5041e-04 (0.0062405 **)	-1.6665e-04 (0.011195 *)
casp	1.1468e-02 ($< 2.2e-16$ ***)	-7.9826e-03 ($< 2.2e-16$ ***)	-2.0965e-03 ($< 2.2e-16$ ***)	-8.4617e-04 ($< 2.2e-16$ ***)	-3.9592e-04 ($9.512e-14$ ***)	-1.4649e-04 ($5.187e-07$ ***)

Légende : inférieur à 0,1% ***, inférieur à 1% **, inférieur à 5% *, inférieur à 10% (.)

- iadla :

Les coefficients sont négatifs pour l'état 0 (-0.11655) et positifs pour les états 1 à 5, tous étant très significatifs ($p < 0.001$). Ces résultats démontrent que des difficultés accrues dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADLA) sont fortement associées à une probabilité accrue de rencontrer des difficultés dans les activités de la vie quotidienne (ADLA).

- thinc_m :

Les coefficients sont positifs pour l'état 0 (8.1358e-07) et négatifs pour les états 1 à 5, tous étant très significatifs ($p < 0.001$). Cela indique qu'un revenu plus élevé est associé à une probabilité réduite de rencontrer des difficultés dans les activités de la vie quotidienne.

- eduyyears_mod :

Les coefficients sont positifs pour l'état 0 (7.6283e-04) et négatifs pour les états 1 à 5, avec des niveaux de significativité variables. Cela suggère qu'un plus grand nombre d'années d'éducation est lié à une probabilité réduite de difficultés dans les activités de la vie quotidienne.

- hsize :

Les coefficients sont positifs pour l'état 0 (1.3046e-02) et négatifs pour les états 1 à 5, tous étant significatifs ($p < 0.05$). Une plus grande taille du ménage est associée à une probabilité réduite de difficultés dans les activités de la vie quotidienne.

- casp :

Les coefficients sont positifs pour l'état 0 (1.1468e-02) et négatifs pour les états 1 à 5, tous étant très significatifs ($p < 0.001$). Une meilleure qualité de vie est associée à une probabilité réduite de rencontrer des difficultés dans les activités de la vie quotidienne.

Représentation graphique des effets des variables explicatives sur l'indice ADLA

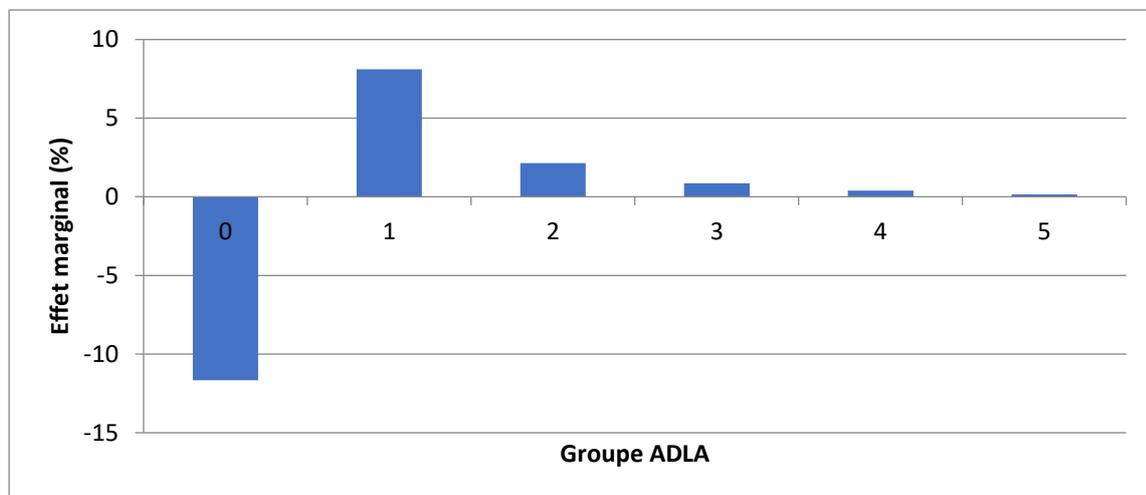


Figure 4 Représentation de l'effet marginal de l'indice IADLA selon les groupes ADLA

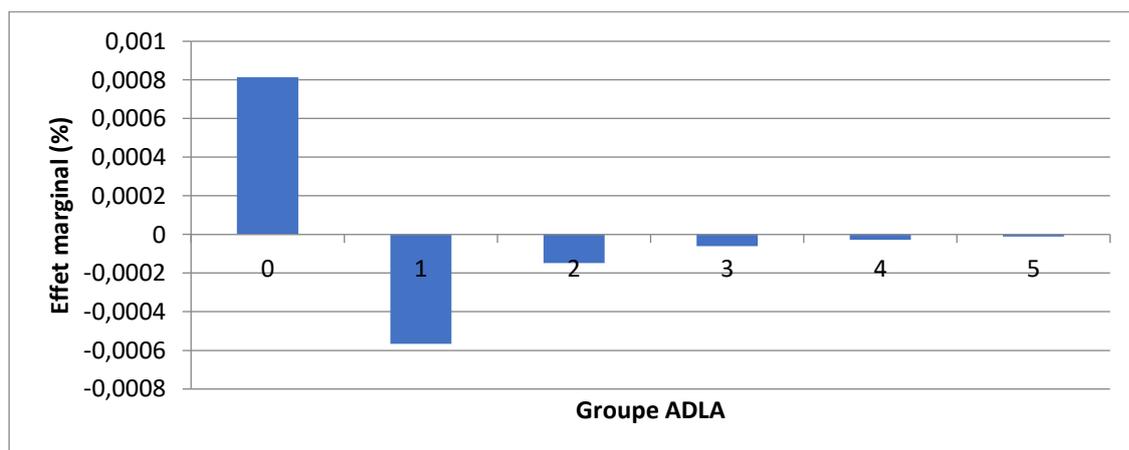


Figure 5 Représentation de l'effet marginal des revenus du ménage selon les groupes ADLA

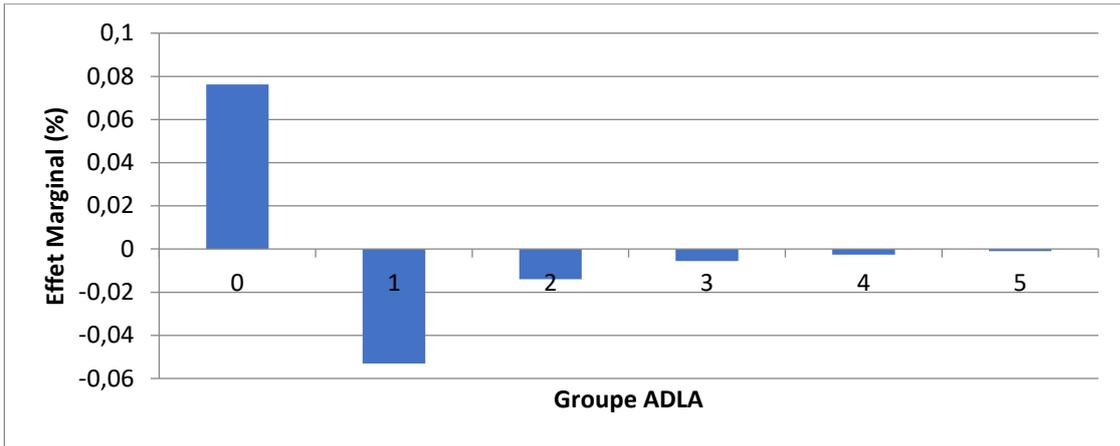


Figure 6 Représentation de l'effet marginal du nombre d'année d'études selon les groupes ADLA

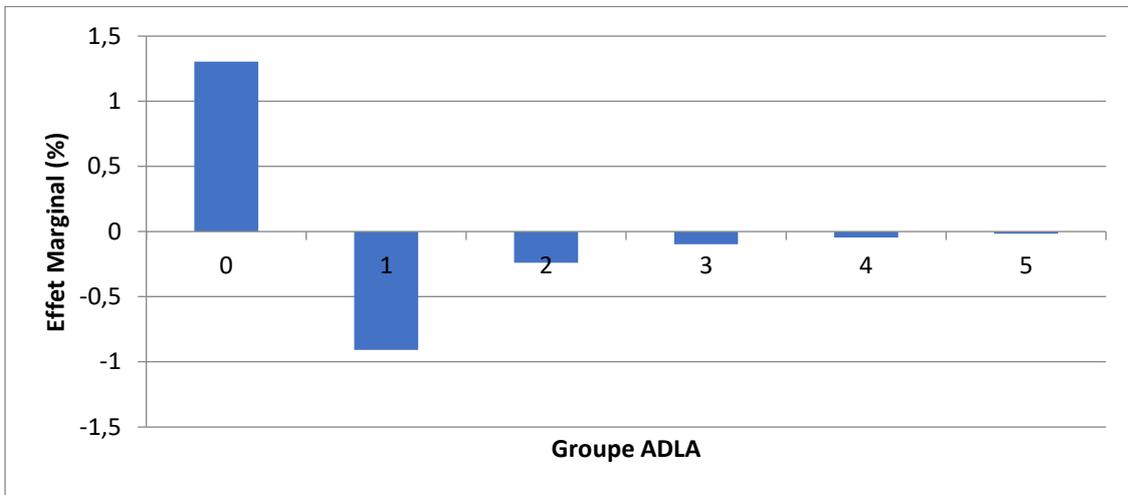


Figure 7 Représentation de l'effet marginal de la taille du foyer selon les groupes ADLA

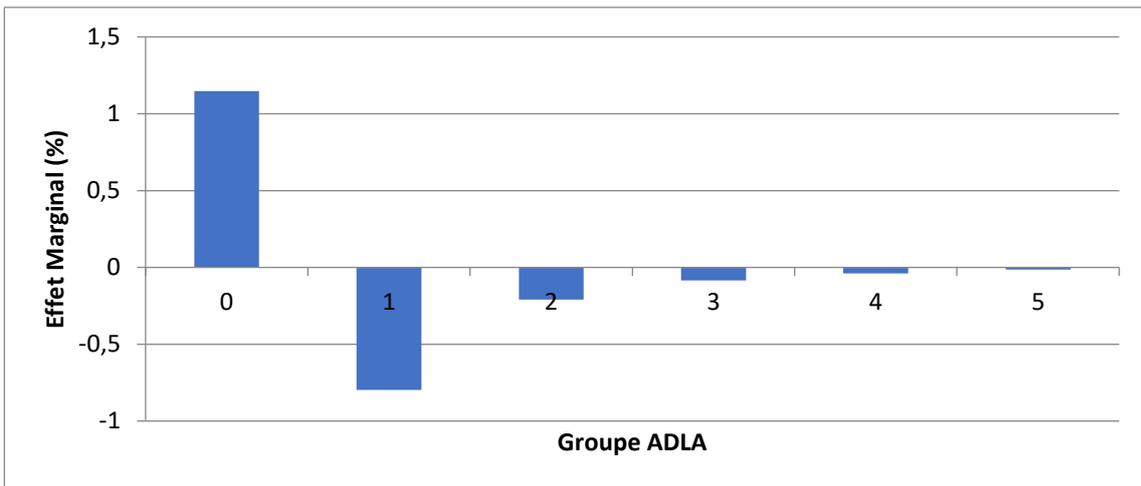


Figure 8 Représentation de l'effet marginal de l'indice de qualité de vie selon les groupes ADLA

Discussion

Notre étude permet de montrer un lien significatif entre la probabilité d'avoir recours à l'aide de l'entourage et la situation de précarité dans laquelle se trouve le sénior. L'enquête SHARE nous permet, en effet, d'étudier les revenus individuels au regard d'indicateurs illustrant la dépendance de ces mêmes individus. Nous avons ainsi considéré deux variables illustrant la dépendance, tout d'abord le fait d'avoir recours à l'entourage, puis l'indice d'altération des actes de la vie courante (ADLA).

Effets de la précarité sur le recours à l'aide de l'entourage

Nos résultats présentés dans le tableau 11 montrent un effet très significatif sur l'ensemble des variables explicatives. Nous n'avons pas réalisé de visualisation graphique pour ces résultats, principalement pour une question d'échelle. En effet, les variables explicatives ont des étendues non comparables. À titre d'exemple, les revenus nets ont une étendue de plusieurs centaines de milliers d'euros tandis que le nombre d'années d'études ne dépasse pas l'échelle des dizaines. Ainsi, un euro de revenu supplémentaire aura bien entendu un effet dramatiquement plus faible qu'une année d'étude supplémentaire.

Nous pouvons donc retrouver un lien négatif entre les revenus nets du ménage et la probabilité d'avoir recours à l'aide de l'entourage. Ceci démontre un effet vertueux du revenu par lequel plus le sénior a un revenu élevé, moins il a de chance d'appartenir aux groupes ayant recours à l'aide d'un membre de l'entourage. Ce lien est par ailleurs confirmé par les résultats des variables de contrôle. La variable de qualité de vie indique, par ailleurs, également une relation négative très significative¹¹. La variable du nombre d'années d'études confirme également de la même façon ce lien entre niveau de vie et recours à l'aide d'un proche.

Nous constatons, en revanche, un résultat étonnant, la variable représentant la taille du ménage montre également un lien négatif. Plus le ménage contient de membres, moins la personne déclare avoir recours à l'aide d'un proche. Davin et al. (2015) notent, dans une étude du coût de l'aide informelle, qu'il peut être difficile de différencier l'aide informelle des actes

¹¹ Pour justifier l'emploi de la variable casp nous avons réalisé une régression linéaire avec pour variable dépendante le niveau de vie et la qualité de vie comme variable explicative qui montre un effet très significatif inférieur à 0,1% où 1 point d'indice supplémentaire correspond à une augmentation de 870 euros par an.

habituels d'assistance entre conjoints. Leurs résultats montrent notamment que ces deux formes d'aides ne peuvent être assimilées. Ainsi, nous suggérons comme explication que les seniors répondant à cette question pourraient avoir tendance à ne pas considérer l'aide apportée dans les IADL comme une aide réelle puisque celle-ci est une composante habituelle du quotidien. Ainsi, plus le senior est isolé, plus cette aide devient visible, en cela qu'un déplacement au sein du foyer devient nécessaire.

S'agissant des variables de contrôle ADLA et IADLA, nous retrouvons, surprise, que plus le sénior présente d'altérations dans ces deux catégories, plus il a recours à l'aide d'un proche. Afin de mieux visualiser l'effet que peut avoir le revenu sur le recours à l'aide d'un proche, nous avons réalisé, indépendamment des régressions, deux graphiques (figures 1 et 2) présentant la proportion de personnes ayant répondu oui à la question « recevez-vous de l'aide de votre entourage ». Ces deux visualisations (cumulatives et par échantillon) montrent que la proportion de réponses négatives chute fortement lorsque le revenu augmente. Nous pouvons par ailleurs constater une stabilisation de la courbe aux alentours d'un revenu de 30000 à 40000 euros par an. Cette méthode d'illustration nous semble plus pertinente que l'analyse de l'effet du revenu sur le recours qui ne peut montrer cette normalisation qui s'opère. En effet, nous pouvons artificiellement calculer le revenu à partir duquel l'effet deviendrait négatif. Cependant, en dehors du fait qu'il dépasse le million d'euros par an, cela viendrait à considérer que le revenu n'est pas un facteur diminuant la dépendance, mais un réel médicament, ce qui n'est pas bien évidemment pas le cas. Des cas célèbres de milliardaires dépendants en sont la parfaite illustration.

Dans notre carte présentée en figure 3, nous proposons de visualiser l'état des revenus médians départementaux au regard d'un seuil de 30000 euros à partir duquel la courbe vue en figures 1 et 2 commence à se stabiliser. Si la précarité des départements n'est pas une nouveauté, cette carte permet de mettre en relief une forme de cartographie du risque de majoration de la dépendance en fonction du facteur du revenu des ménages. Elle permet notamment de constater des particularités régionales avec un effet tache d'encre, notamment dans les départements du nord et du sud-ouest. Cet effet nous pousse par ailleurs à nous interroger sur la pertinence d'une échelle départementale du financement, dans la mesure où les zones de précarité ne semblent pas limitées à cette échelle.

Effets de la précarité sur l'indice ADLA

Nous constatons, dans nos graphiques (figure 4 à 8), des effets très proportionnels qui montrent tous, à des échelles différentes, des liens similaires. Nous observons deux formes d'effets, des effets vertueux et d'autres, négatifs. Ceux-ci sont par ailleurs progressifs de façon négative.

Tout comme dans notre analyse précédente, les variables de revenu, de nombre d'années d'études, de taille du ménage et de qualité de vie présentent un effet négatif sur la probabilité d'appartenir aux classes ayant le plus de perturbations dans la capacité à effectuer les actes de la vie quotidienne. Cet effet décroît au fur et à mesure que le nombre de limitations augmente ce qui nous pousse à penser que plus la valeur de l'indicateur en question augmente plus la chance d'appartenir aux classes supérieures diminue. À l'inverse, la probabilité d'appartenir à la classe sans perturbation, quant à elle, augmente.

Lorsque nous observons les variables de recours à l'aide d'un proche et d'IADLA, nous constatons, sans aucune forme de surprise, un lien inverse aux variables précédentes. Ces variables de contrôle viennent renforcer la crédibilité de nos observations.

Nous pouvons donc, à l'aide de cette seconde variable dépendante, illustrer ce lien précarité et dépendance.

Discussion générale

Nous avons ici observé l'effet du niveau de vie. Celui-ci est par ailleurs illustré par Laetitia Brabant-Delannoy (2019), celle-ci retrouve une différence d'espérance de vie de 12,7 ans entre les 5% d'hommes les plus riches par rapport aux 5% les plus pauvres. S'agissant des femmes, cet écart se réduit à 8 ans. Elle note que le niveau de vie a un rôle de facilitation de l'accès aux soins. S'agissant des aides à domicile, une distinction est à opérer par rapport aux aides sanitaires. En effet, l'aide à domicile ne dépend pas du même mode de financement et comporte un important reste à charge qui est par ailleurs illustré par Gramain (1997). Elle montre un effet différencié des revenus sur le recours en fonction de l'origine de la dépendance. En effet, celle-ci peut être d'origine motrice ou cognitive. Elle explique cette différence dans l'hétérogénéité des aides. Elle précise également qu'un faible revenu augmente la probabilité de choisir une aide informelle ou dépendant d'une prise en charge à 100% (nous pouvons citer par exemple les soins infirmiers pris en charge par l'assurance maladie). Notre étude ne permet cependant pas d'avoir d'informations sur le recours à l'aide professionnelle. Cependant, il semble important de noter l'influence de la question du reste à charge. Celui-ci est par ailleurs étudié par l'étude de Davin et al. (2015) que nous avons évoquée précédemment. Les auteurs s'interrogent sur le consentement à payer (CAP) et montrent qu'il est sensiblement lié à différents facteurs. Ceux-ci sont par exemple géographiques, celui-ci tient compte en effet du coût d'opportunité (frais de déplacement, temps du déplacement). Il est intéressant de mettre cette observation en relief avec notre observation relative à la taille du ménage. Les aidants naturels sont en effet plus disposés à payer un prix plus élevé, au plus ils sont éloignés. Le CAP tient, selon Davin et al., également au niveau de vie des aidants ; plus les revenus des aidants sont élevés, plus leur CAP est élevé. Ces derniers expliquent ce phénomène non seulement par une capacité à payer plus importante, mais également par un calcul de substitution entre le revenu perçu par l'aidant et le coût d'une heure de travail où au plus le salaire horaire de l'aidant est élevé, au plus sa CAP croît. Il va de soi que le consentement à payer n'est pas une mesure d'évaluation directe de la capacité à payer le reste à charge. Cependant, plus le CAP croît, moins l'aidant est sensible au montant horaire du reste à charge et ainsi plus celle-ci lui est accessible.

Pour poursuivre notre revue de littérature sur le reste à charge, nous pouvons citer l'étude de Dubois et al. (2014b) qui démontre que le recours à l'aide à domicile reste sensible au reste à

charge, ils trouvent une baisse du volume d'heure de 5,5% pour une augmentation de 10% du montant du reste à charge. Amélie Carrère (2021) parvient à des conclusions similaires s'agissant des institutions où le reste à charge diminue la probabilité d'y résider. Ainsi, ces conclusions viennent confirmer l'idée par laquelle le choix des seniors dépendants s'opère par leur capacité à financer l'aide. Le choix s'opérant ainsi dans un arbitrage économique centré sur le coût, probablement au détriment de considérations plus personnelles.

Mathieu Brunel et al. (2019) s'intéressent à l'effet du taux de pauvreté sur le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile et à l'offre des services d'aide. Ils montrent que ces deux derniers apparaissent comme liés au taux de pauvreté. En raison d'un risque d'endogénéité lié au fait que la participation financière de l'APA est fonction du revenu du bénéficiaire, il convient de prendre ces observations avec précaution. Il faut en revanche noter que les revenus élevés sont éligibles à l'APA, ils recevront une participation qui ne sera alors que de 10% du panier maximum d'aide. Il faut en revanche considérer le possible renoncement à l'aide du fait de son faible impact financier au regard de l'importance des démarches ou par un phénomène d'autocensure. Malgré cette limite, nous avons ici une précédente étude qui tend à démontrer le lien entre précarité et aide à domicile.

Robustesse

Base de données utilisée

Pour réaliser une analyse de robustesse de nos résultats issus de l'enquête SHARE, nous avons recueilli les informations de l'enquête VQS 2021 dont nous avons sollicité l'accès aux données individuelles auprès du réseau Quetelet. Nous avons ensuite exclu les individus de moins de 60 ans et ceux présentant une absence de réponse aux variables sélectionnées. Nous obtenons ainsi une base composée de 80381 observations.

Choix des variables

Nous analyserons l'effet des variables explicatives ci-dessous sur la probabilité de recevoir de l'aide d'un proche ou d'un professionnel. Celles-ci sont présentées dans le tableau 12 suivant. Celui-ci présente dans les lignes grisées les variables dépendantes et dans les lignes laissées blanches les variables explicatives.

Tableau 12 description des variables enquête VQS

Nom de la variable	Explication de la variable
Reçois de l'aide de l'entourage	En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou d'une perte d'autonomie, reçoit-elle l'aide de proches (conjoint, parent, enfant, ami...) dans la vie quotidienne ?
Reçois de l'aide d'un professionnel	En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou d'une perte d'autonomie, la personne reçoit-elle l'aide de professionnels (infirmier, aide ménagère ...) dans la vie quotidienne ?
Limitations	Est-elle limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?
Niveau de vie par quartile	Quartile du niveau de vie médian de la commune
Densité urbaine	Classé selon trois modalités, 1 urbain, 2 rural périurbain, 3 rural non périurbain
État de santé	Classé selon 5 modalités de 1 très bon à 5 très mauvais

Afin de discriminer les variables à intégrer au modèle statistique, nous réalisons une mesure des liens entre les différentes variables explicatives en calculant la valeur du V de Cramer (tableau 13). Nous choisissons ainsi d'exclure la variable « limitations » en raison de son lien trop fort avec la variable état de santé.

Tableau 13 Analyse des V de Cramer

	Limitations	Niveau de vie	Densité urbaine	État de santé
Limitations	X			
Niveau de vie	0.05	X		
Densité urbaine	0.01	0.23	X	
État de santé	0.54	0.06	0.02	X

Modèle économétrique

Dans cette étude de robustesse, nous réaliserons deux modèles de régressions logistiques multinomiales. Le premier s'intéressant à l'effet des variables explicatives sur la probabilité d'avoir recours à l'aide d'un proche pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne,

tandis que le second s'intéressera quant à lui à l'effet de ces variables sur la probabilité d'avoir recours à l'aide d'un professionnel.

$$Aident_i = \alpha + \beta_1 \text{ quartile de niveau de vie}_i + \beta_2 \text{ Etat santé}_i + \beta_3 \text{ densité urbaine}_i + \varepsilon_i$$

$$Aidpro_i = \alpha + \beta_1 \text{ quartile de niveau de vie}_i + \beta_2 \text{ Etat santé}_i + \beta_3 \text{ densité urbaine}_i + \varepsilon_i$$

Résultats du test de robustesse

Tableau 14 résultats de l'étude de robustesse

	Recours à l'entourage		Recours à un professionnel	
	Effet marginal	P value	Effet marginal	P value
2e quartile niveau de vie	-0.01	5.28 ^{e-5} (***)	-0.005	0.003 (**)
3e quartile niveau de vie	-0.018	6.35 ^{e-13} (***)	-0.007	2.43 ^{e-05} (***)
4e quartile niveau de vie	-0.025	< 2.2 ^{e-16} (***)	-0.013	6.66 ^{e-16} (***)
État de santé groupe 2	0.108	< 2.2 ^{e-16} (***)	0.066	< 2.2 ^{e-16} (***)
État de santé groupe 3	0.362	< 2.2 ^{e-16} (***)	0.238	< 2.2 ^{e-16} (***)
État de santé groupe 4	0.764	< 2.2 ^{e-16} (***)	0.626	< 2.2 ^{e-16} (***)
État de santé groupe 5	0.854	< 2.2 ^{e-16} (***)	0.819	< 2.2 ^{e-16} (***)
Densité groupe 2	-0.008	0.0013 (**)	-0.004	0.015 (*)
Densité groupe 3	-0.015	8.14 ^{e-10} (***)	-0.003	0.038 (*)

Les résultats présentés dans le tableau 14 montrent des effets comparables à ceux obtenus dans notre étude. Le niveau de vie influence en effet négativement la probabilité d'avoir recours à l'aide humaine, qu'elle soit informelle ou professionnelle, ce qui correspond à nos résultats. Par ailleurs l'état de santé qui peut se comparer aux variables CASP et IADLA indique également un sens similaire et un effet comparable.

Conclusion

Cette étude nous permet de mettre en évidence l'existence d'un lien statistiquement significatif entre le niveau de vie d'un individu et la probabilité qu'il soit en situation de dépendance. Nous considérons en effet que le fait d'avoir recours à l'aide d'un proche pour les actes de la vie courante et avoir une majoration d'ADLA est constitutif d'un état de dépendance. Nous pourrions donc confirmer notre hypothèse que la dépendance constitue un risque d'inégalité sociale selon les critères de Bihr et Pfefferkot.

Notre étude porte sur une population de personnes déjà en âge d'être dépendantes. Cet échantillonnage ne nous permet donc pas de mesurer l'évolution de la situation de dépendance des personnes évaluées. Une étude longitudinale portant sur un nombre d'années plus important incluant des personnes en âge de travailler jusqu'à un âge plus avancé permettrait de confirmer ces résultats. Nous pourrions par ailleurs intégrer davantage de variables à notre modèle tels que le patrimoine, le type de logement (propriétaire, locataire, logement social), ou l'existence de transferts intergénérationnels.

Nous souhaitons, par cette recherche, illustrer le lien important qui s'opère entre la précarité et la dépendance liée à l'âge. Celui-ci intervient sur la majoration du risque d'être dépendant, mais également la capacité à payer ses aides à domicile. La dépendance n'étant pas considérée intégrée comme un risque pris en charge par l'assurance maladie. Elle ne fait par ailleurs pas l'objet d'une prévoyance (hors assurances privées). La prise en charge sociale intervient donc avec un reste à charge très important, vecteur de nombreuses inégalités. Face à une capacité à payer dépendante de leurs revenus, les arbitrages que doivent réaliser les seniors soulèvent des questions sur la qualité des soins ainsi que sur l'égalité des chances de bien vieillir. En effet, afin de voir se réaliser son souhait de se maintenir son domicile habituel, le senior dépendant doit être avoir une capacité financière suffisante pour le paiement du reste à charge. Ceci ne pose pas un problème majeur dans la faible dépendance, dans la mesure où des palliatifs sont simples à mettre en place. Cependant, au plus l'état de santé et d'autonomie du sénior se dégrade, au plus l'inégalité s'opère. Nous suggérons ainsi de penser la dépendance comme un mécanisme dont la mise en place s'inscrit des années avant qu'elle ne survienne, et ainsi prévoir une politique de prévention primaire en fonction des altérations que causent les métiers à forte pénibilité (métiers relativement liés à la précarité). Enfin une prévention secondaire permettant de développer des moyens humains de prise en charge, cette fois-ci en priorité dans les zones défavorisées où le nombre de personnes dépendantes

aura tendance à être plus important. Nous souhaitons également que notre modèle de financement puisse effacer en partie l'inégalité territoriale par un accès au financement de la dépendance identique d'un territoire à l'autre. Nous appelons à ce que seule la situation du senior requérant une aide sociale entre en compte dans le montant de cette aide. Nous déplorons le fait que des facteurs externes viennent parasiter les chances d'avoir accès à cette aide. Par facteurs externes, nous pouvons, à titre d'exemple, considérer la disposition à payer des conseils départementaux qui, par le jeu des arbitrages politiques, peut favoriser un budget face à un autre et ainsi expliquer en partie les différences de traitement des seniors à l'échelle départementale. C'est cette échelle que nous souhaitons par ailleurs remettre en question, celle-ci appelle à se questionner sur la pertinence de la décentralisation du financement de l'APA et ainsi à continuer notre recherche en ce sens.

Chapitre 2 : Étude des déterminants du financement départemental de la dépendance.

Introduction

Dans l'intérêt d'étudier les inégalités qui peuvent s'opérer lors de la prise en charge sociale de la dépendance liée à l'âge, nous choisissons de nous intéresser à la question du financement de la dépendance. Nous nous intéresserons ici aux facteurs qui influencent le niveau de dépenses départementales liées à la dépendance. Ainsi, nous chercherons à déterminer si un double phénomène d'inégalité peut s'observer, si en plus d'avoir un risque plus important d'être dépendant, le sénior en situation de précarité risque également d'avoir une prise en charge financière au titre de l'APA minorée en fonction du niveau de vie moyen du département dans lequel il réside. Le poids du financement de l'APA reposant sur les conseils départementaux rend cette analyse d'autant plus pertinente que l'ensemble de nos recherches reposent sur cette échelle.

Ceci pourra nous permettre de mieux comprendre ce qui peut motiver ou non l'attribution des budgets et les mécanismes de décision des conseils départementaux. Nous pourrions ainsi émettre une critique plus objective sur les décisions d'orientation budgétaire en recherchant, par exemple, si le vieillissement de la population explique une part plus importante du budget lié à l'APA. Nous pourrions en effet penser que du fait que la politique est votée par le conseil départemental, il y ait un risque que la décision ne soit pas rationnelle, mais sujette à des orientations politiques et sensible à la compétence des élus. Il est intéressant de regarder si le budget est lié au besoin et s'il est aussi condition de la capacité à payer du département plus que son besoin. Ainsi, nous pourrions objectiver si les départements ont tendance à apporter une réponse qui suit l'évolution démographique. Enfin, concernant les moyens matériels, nous pourrions tenter de rechercher ce qui peut expliquer qu'un département soit plus riche en structures d'accueil pour personnes âgées.

Méthodologie

Afin de nous permettre d'évaluer les facteurs influençant les politiques de financement de la dépendance, nous proposons donc de réaliser une étude statistique dont la méthodologie de recherche est ici présentée.

Analyse statistique

Nous procéderons à une étude statistique selon deux méthodes. Nous utiliserons pour cela une base de données constituée des valeurs exposées au point suivant, regroupées en un fichier classé par département. L'échelle départementale que nous avons sélectionnée permet par ailleurs de maximiser le nombre d'observations et renforcer la robustesse des résultats. Nous pouvons donc pour chaque variable réaliser 98 observations. Cette base de données est ensuite traitée sur le logiciel RStudio¹² pour la première méthode et GeoDa¹³ pour la seconde.

La première méthode ayant tout d'abord pour but de vérifier si un effet statistiquement significatif d'une variable x et variable y peut s'observer en utilisant la méthode de la régression linéaire. Cette première étude basée sur un ensemble important de variables nous permettra de dégager lesquelles sont susceptibles d'avoir un effet statistiquement significatif sur le financement départemental de la dépendance.

La seconde méthode d'analyse par la réalisation d'un test de Moran a pour but de rechercher si un phénomène d'autocorrélation spatiale peut être observé sur des indicateurs départementaux que nous jugeons pertinents.

Bases de données et indicateurs utilisés

- Revenus et pauvreté des ménages en 2014¹⁴
 - Taux de pauvreté des plus de 75 ans.

¹² RStudio est un logiciel de traitement des données et d'analyse statistique se basant sur le langage R en utilisant la version 4.1.1 de R du 08/10/2021

¹³ GeoDa est un logiciel d'analyse spatiale des données. Nous utilisons la version 1.20.0.36 du 12 février 2023

¹⁴ « Revenus et pauvreté des ménages en 2014 | Insee », consulté le 21 janvier 2022, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3126432>.

- Indicateurs sociaux départementaux ; indicateurs de contexte¹⁵ :
 - Espérance de vie à 65 ans (2017)
 - Niveau de vie (2017)
 - Indice de vieillissement (2017)
 - Part de grands espaces urbains départementaux (2018)
 - Part de communes isolées¹⁶ (2018)
 - Taux d'équipement en place d'hébergement pour les 75 ans et plus (2014)
 - Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants (2014)
 - Taux d'équipement en place de SSIAD pour 1000 personnes de plus de 75 ans (2014)
- Estimation de la population au 1^{er} janvier, année 2014¹⁷
 - Population de 75 ans et plus
 - Part des 75 ans et plus (calcul à partir des données fournies)
- Rapport Labazée¹⁸ : année analysée 2015
 - Dépenses départementales au titre de l'APA
- DREES, « L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) - Bénéficiaires et dépenses des départements »¹⁹ : tableau des données détaillées par GIR, âge et sexe en 2015
 - Utilisation du nombre de bénéficiaires pour calculer la dépense moyenne par bénéficiaire

¹⁵ « Indicateurs de contexte – Action sociale départementale | Insee », consulté le 12 novembre 2021, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382585?sommaire=2382915>.

¹⁶ Ensemble des communes situées hors des grandes aires urbaines, des moyennes aires et des petites aires et qui ne sont pas multipolarisées.

¹⁷ « Estimation de la population au 1^{er} janvier 2022 | Insee », consulté le 28 janvier 2022, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>.

¹⁸ Monsieur Georges Labazée, « MISSION RELATIVE A LA TARIFICATION ET AUX PERSPECTIVES D'EVOLUTION DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE », s. d.

¹⁹ « L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) - Bénéficiaires et dépenses des départements », consulté le 12 novembre 2021, <https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa-beneficiaires-et-depenses/information/>.

- Utilisation du nombre de bénéficiaires par GIR pour le calcul du GMP départemental 2015. (Pour l'obtention d'un GMP départemental, il a été nécessaire de considérer le GIR 5 et 6 dans la même catégorie en utilisant la notation du GIR 5)
- Observatoire des finances et de la gestion publique locale (OFGL) : Comptes consolidés des départements 2012-2021²⁰
 - Recettes totales départementales pour l'année 2014
 - Dépenses totales départementales pour l'année 2014
- Observatoire des territoires :
 - Densité de population départementale en 2017²¹
- INSEE : « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements »²²
 - Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement
 -

Choix de l'échelle géographique

Nous choisissons d'effectuer notre analyse à l'échelle nationale en utilisant des données départementales. En plus de l'intérêt de robustesse des résultats, nous considérons en effet plus pertinent de concentrer notre recherche sur la base des collectivités territoriales qui interviennent dans le financement de la dépendance et qui ont pour responsabilité de mener la politique de santé publique destination des seniors.

S'il est vrai que les régions, de par les agences régionales de santé, organisent le schéma régional de l'offre de soins et que la plupart des prestations médicales ont une prise en charge au titre de l'assurance maladie, concernant la compensation de la dépendance, nous retrouvons en revanche une prise en charge départementale. Les conseils départementaux votent et définissent les montants de prise en charge de l'allocation personnalisée à

²⁰ « Comptes consolidés des départements 2012-2021 », consulté le 22 mai 2023, <https://data.ofgl.fr/explore/dataset/ofgl-base-departements-consolidee/>.

²¹ « Densité de population | L'Observatoire des Territoires », consulté le 19 novembre 2021, <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-population>.

²² « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements - Insee Focus - 71 », consulté le 23 février 2022, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2513082#tableau-figure2>.

l'autonomie. Nous chercherons ainsi quelles peuvent être les facteurs extérieurs qui expliquent ces décisions.

Choix de la classe d'âge

Michel Duée et Cyril Rebillard pour l'INSEE (2006) fixent un âge d'entrée en dépendance situé autour de 80 ans. Nous pouvons par ailleurs constater que l'indicateur du taux de dépendance par classe d'âge confirme ce chiffre. Le graphique ci-dessous montre en effet que la barre des 10% est franchie à l'âge de 80 ans. Les données de l'étude Vie Quotidienne et Santé nous permettent de distinguer les personnes de plus de 75 ans de celles âgées de plus de 60 ans. Les courbes ci-dessous et l'analyse menée par Duée et Rebillard nous poussent à retenir ce dernier groupe. En effet, il nous paraît plus pertinent de cibler la part de population où la prévalence de la dépendance est plus importante, ce afin de réduire les possibles biais liés à la représentativité de la population dépendante au regard de la population autonome.

Nous avons par ailleurs effectué un test comparatif de deux variables identiques (niveau de vie) en modifiant la population de 60 à 74 ans pour le groupe 1 et de 75 ans et plus pour le groupe 2. Si les deux groupes présentent une significativité comparable inférieure à 0,1 %, cependant l'effet est plus élevé pour la classe d'âge des 75 ans et plus. Nous avons également démontré, par un test d'égalité des coefficients sur deux régressions indépendantes (statistique de student égale à 2,96), que les coefficients sont significativement différents. L'effet est donc différent. Cela justifie l'analyse différenciée de la population des plus de 75 ans.

Résultats

Régressions linéaires

Tableau 15 Résultat des régressions linéaires relatives au financement départemental de l'APA.

	Niveau de vie	Indice de Vieillessement	Taux de Pauvreté	Espérance de vie à 65 ans	Zones urbaines	Communes Isolées
Dépenses APA	3234 ⁽¹⁾ (1.564) ⁽²⁾ R ² 0.02 ⁽³⁾	-601 994 (-4.719 ***) R ² 0.19	-540 378 (-0.753) R ² 0.01	-1 002 309 (-0.193) R ² 0.0004	1 048 144 (7.609 ***) R ² 0.37	-1 860 190 (-6.072 ***) R ² 0.28
Dépenses totales	8,966e+04 (2.877 **) R ² 0.08	-12 392 777 (-6.903 ***) R ² 0.33	-4 667 633 (-0.418) R ² 0.002	-57 957 812 (-0.720) R ² 0.005	18 319 677 (9.371 ***) R ² 0.48	-29 918 970 (-6.39 ***) R ² 0.30
Recettes totales	9,061e+04 (2.918 **) R ² 0.08	-12 362 324 (-6.903 ***) R ² 0.33	-4 745 181 (-0.426) R ² 0.002	-56 578 278 (-0.705) R ² 0.005	18 295 935 (9.392 ***) R ² 0.48	-29 817 866 (-6.381 ***) R ² 0.30
Part de dépenses APA	-3,335e-06 (-3.629 ***) R ² 0.12	5.031 ^e -04 (8.794 ***) R ² 0.45	0.0003463 (0.889) R ² 0.008	0.004185 (1.499) R ² 0.02	-4.790e-04 (-5.907 ***) R ² 0.266	0.0009 (5.251 ***) R ² 0.223
Dépense moyenne par bénéficiaire de l'APA	-0.086 (-2.365*) R ² 0.045	-0.994 (-0.392) R ² -0.0088	38.11 (3.097**) R ² 0.081	-54.79 (-0.589) R ² -0.007	3.00 (0.965) R ² -0.0007	0.567 (0.088) R ² -0.01

Tableau 15 suite :

	Part de 75 ans et plus	Population de 75 ans et plus	Taux de bénéficiaires de l'APA en 2013	Part de dépenses APA	Dépenses totales	Recettes totales
Dépenses APA	-7 080 834 (-4.876 ***) R ² 0.20	8,621e+02 (23.184***) R ² 0.85	531 825 (0,617) R ² 0.003		5,721e-2 (18.86 ***) R ² 0.79	5,731e-2 (18.799 ***) R ² 0.79
Dépense moyenne par bénéficiaire de l'APA	-17.20 (-0.593) R ² -0.0067	-1.107e-4 (-0.065) R ² -0.01	24.92 (1.633) R ² 0.017	121.2 (0.064) R ² -0.01	1.202e-07 (1.029) R ² 0.0006	1.233e-07 (1.049) R ² 0.001
Dépenses totales	-1,515e+10 (-7.631 ***) R ² 0.378	1,287e+4 (18.768 ***) R ² 0.79	-9 925 595 (-0.743) R ² 0.006			
Recettes totales	-1,514e+10 (-7.658 ***) R ² 0.38	1,282e+4 (18.65 ***) R ² 0.78	-9 699 621 (-0.728) R ² 0.005			
Part de dépenses Apa	0.0061542 (9.969 ***) R ² 0.508	-1.492e-07 (-3.008 **) R ² 0.086	0.002019 (4.796) R ² 0.193		-1.619e-11 (-5.113 ***) R ² 0.214	-1.620e-11 (-5.099 ***) R ² 0.213

Légende : inférieur à 0,1% ***, inférieur à 1% **, inférieur à 5% *, inférieur à 10% (.)

(^EEstimation du coefficient (²) T value, (³) R carré

Analyse de l'autocorrélation spatiale

Tableau 16 Résultats des tests d'autocorrélation spatiale

	Test de Moran
Dépenses APA	I : 0.283 Z : 4.36
Dépense moyenne par bénéficiaire de l'APA	I : -0.010 Z : -0.008
Dépenses totales	I : 0.390 Z : 6.09
Recettes totales	I : 0.389 Z : 6.06
Part de dépenses Apa	I : 0.488 Z : 7.47
GMP départemental	I : 0.299 Z : 4.56

Légende : I = indice de Moran ; Z = significativité statistique (score Z)

Dans les figures 9 à 18, nous présenterons les résultats des tests d'autocorrélation spatiale sous forme de carte pour chacun des indicateurs présentés dans le tableau 16 qui les précède. Chaque indicateur est étudié selon deux cartes, la première présentant les départements ayant une autocorrélation significative et la seconde présentant les liens d'influence statistiquement significatifs.

- Dépenses APA

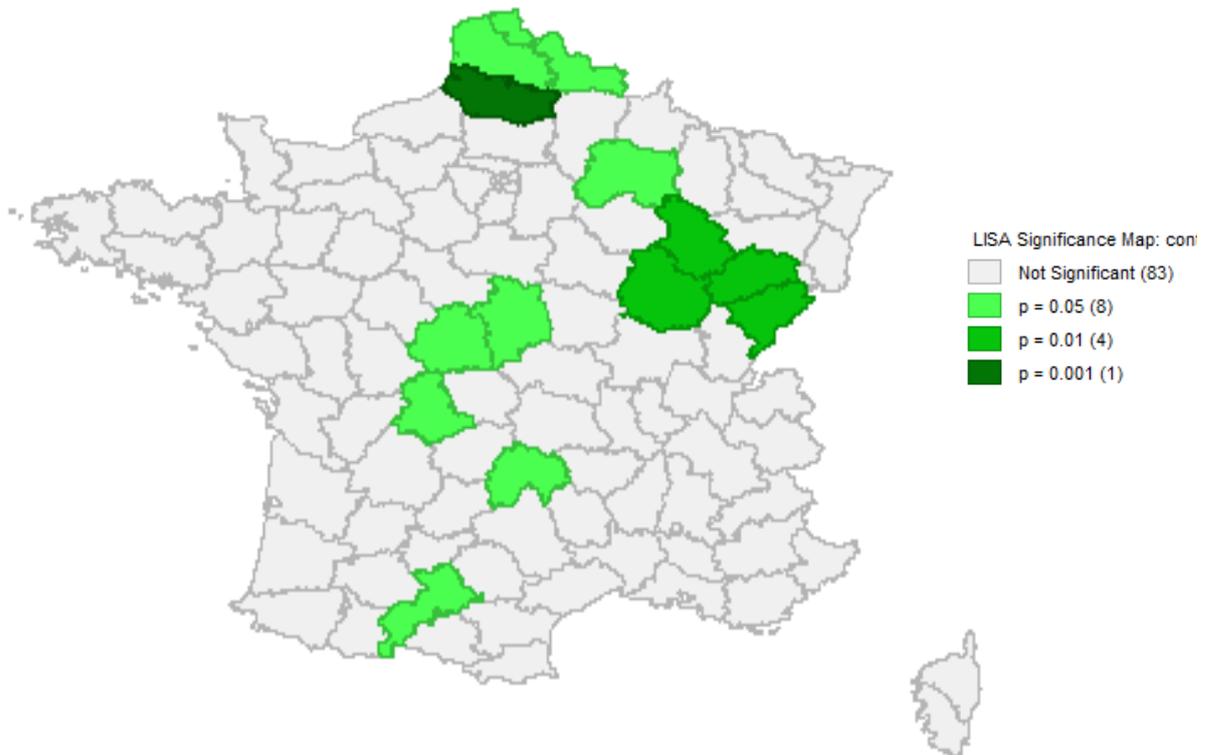


Figure 9 carte de significativité des autocorrélations spatiales pour les dépenses APA

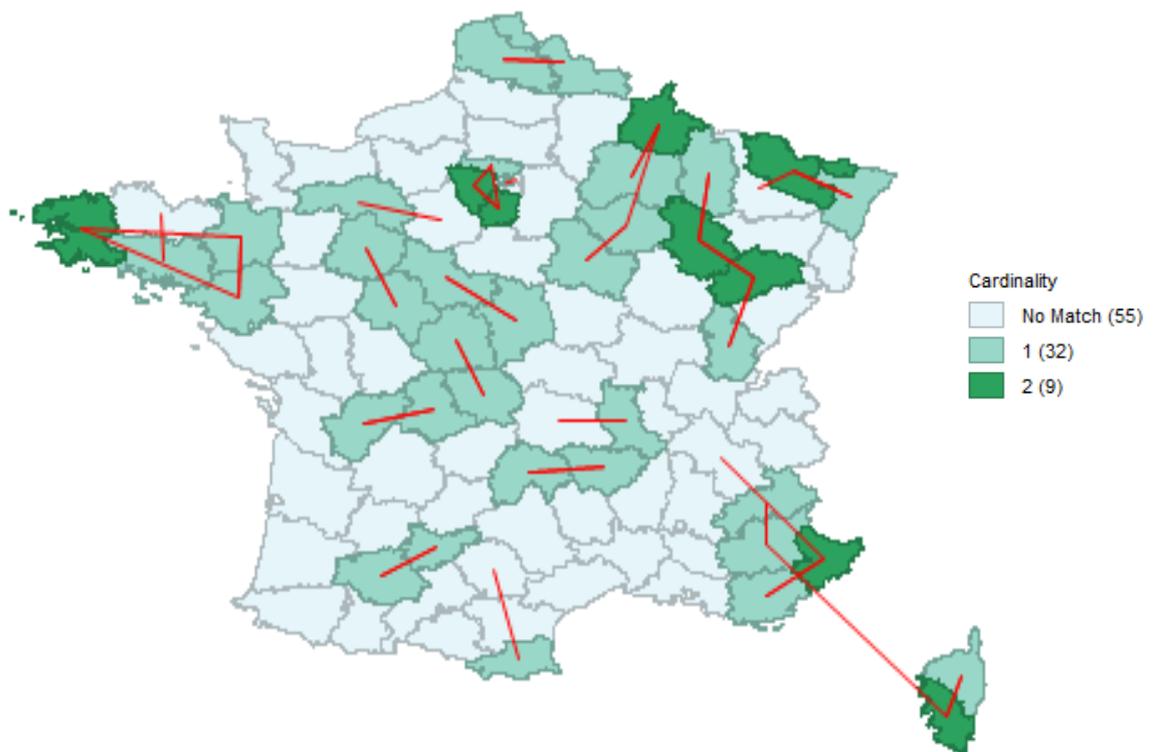


Figure 10 : carte des liens d'influence interdépartementaux pour les dépenses APA

- Dépense moyenne par bénéficiaire de l'APA

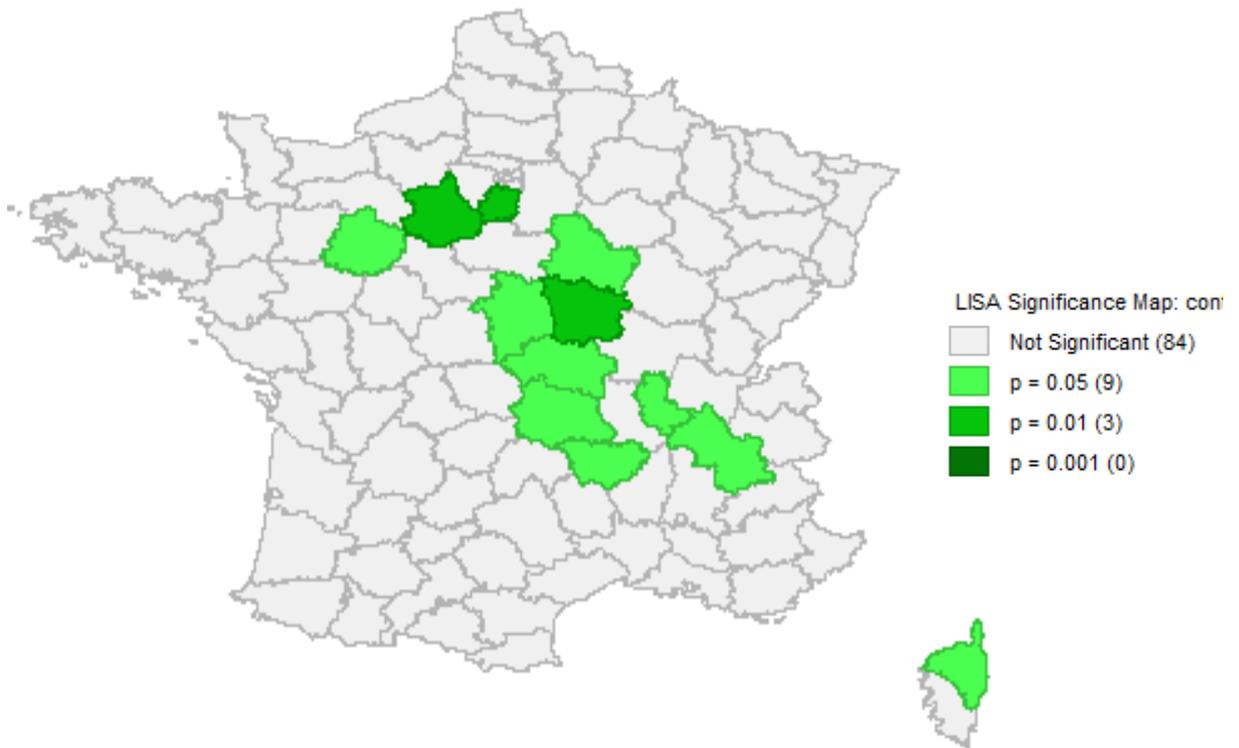


Figure 11 carte de significativité des autocorrélations spatiales pour les dépenses moyennes par bénéficiaires de l'APA

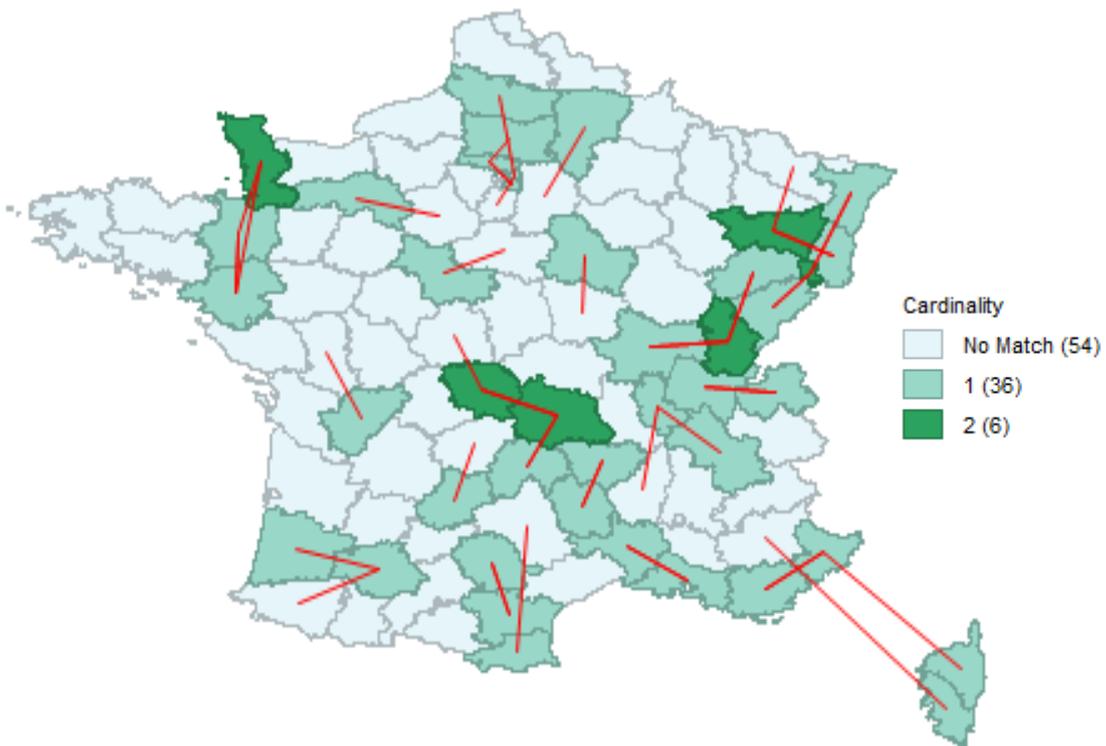


Figure 12 : carte des liens d'influence interdépartementaux pour les dépenses moyennes par bénéficiaire de l'APA

- Dépenses totales du département

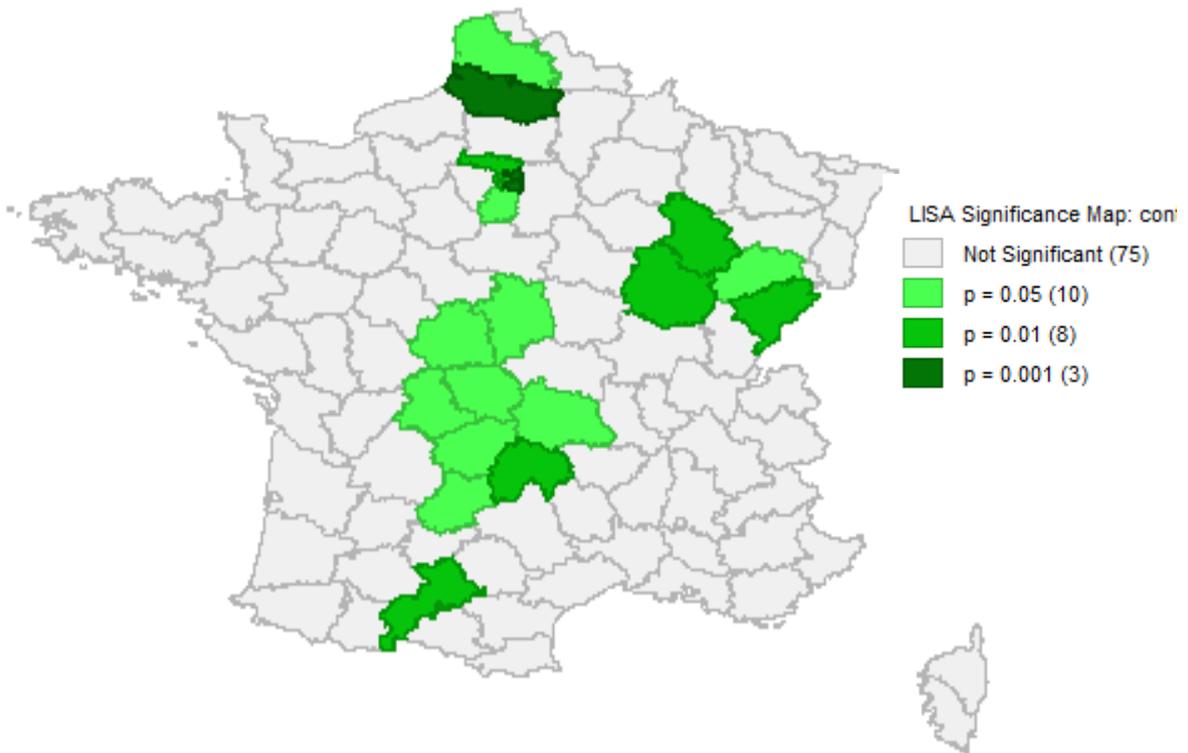


Figure 13, carte de significativité des autocorrélations spatiales pour les dépenses totales d'un conseil départemental

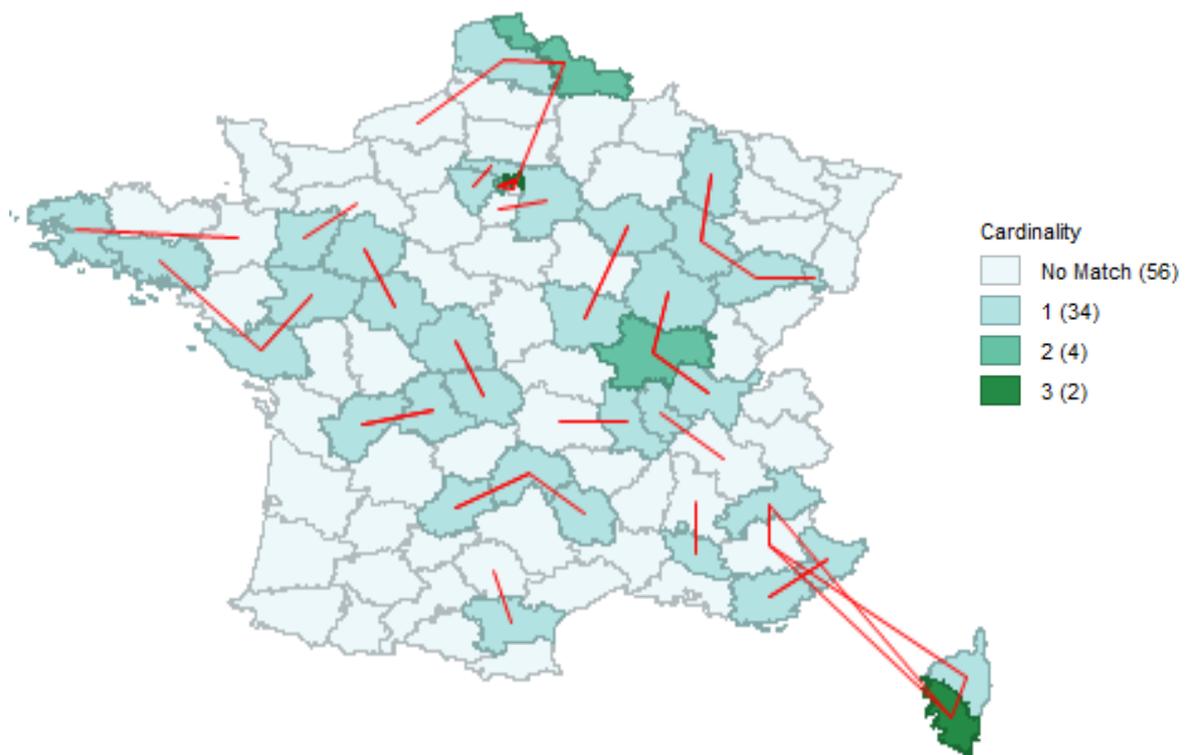


Figure 14 : carte des liens d'influence interdépartementaux pour les dépenses totales d'un conseil départemental

- Part de l'APA sur les dépenses totales

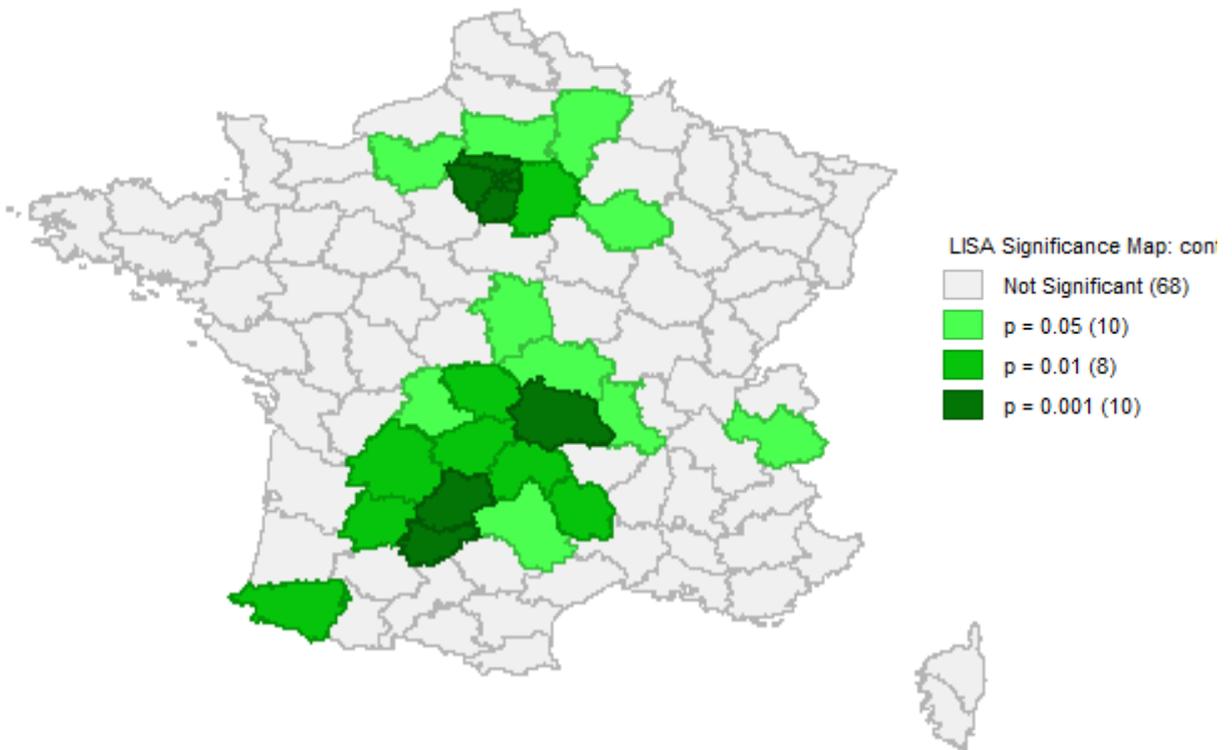


Figure 15 : carte de significativité des autocorrélations spatiales pour la part de l'APA sur les dépenses totales du conseil départemental

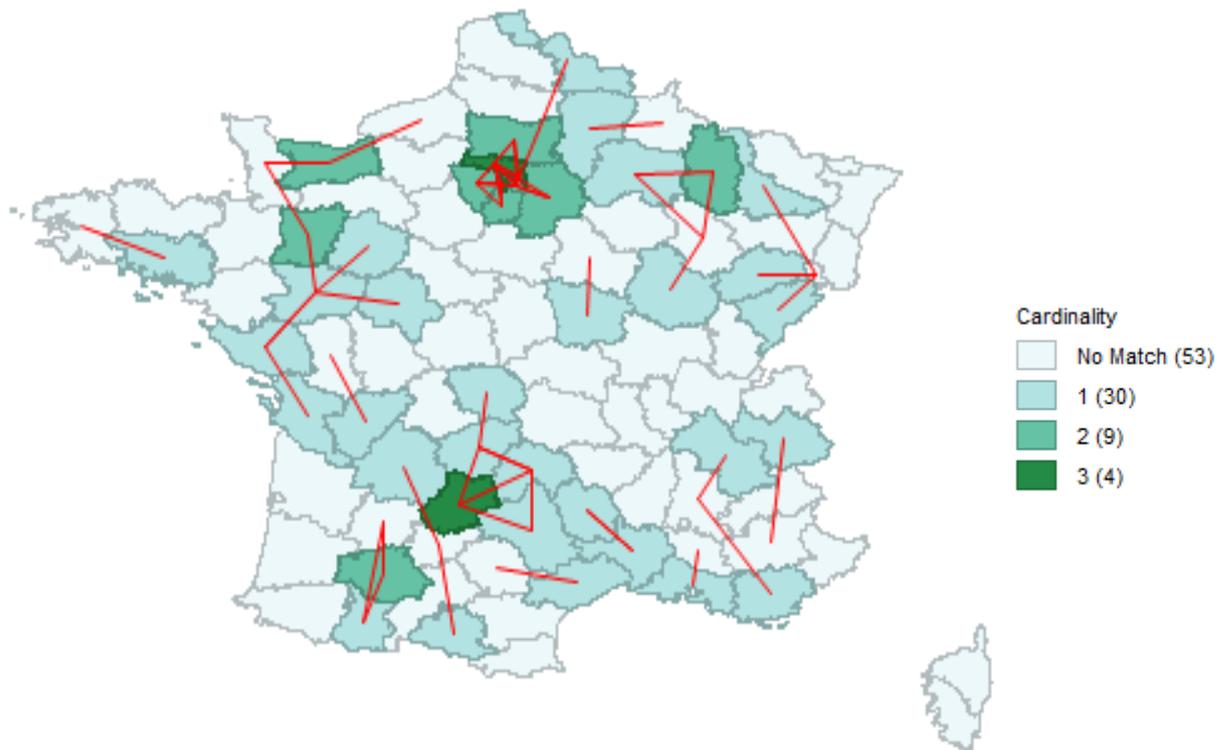


Figure 16 : carte des liens d'influence interdépartementaux pour la part de l'APA sur les dépenses totales du conseil départemental

- GMP départemental

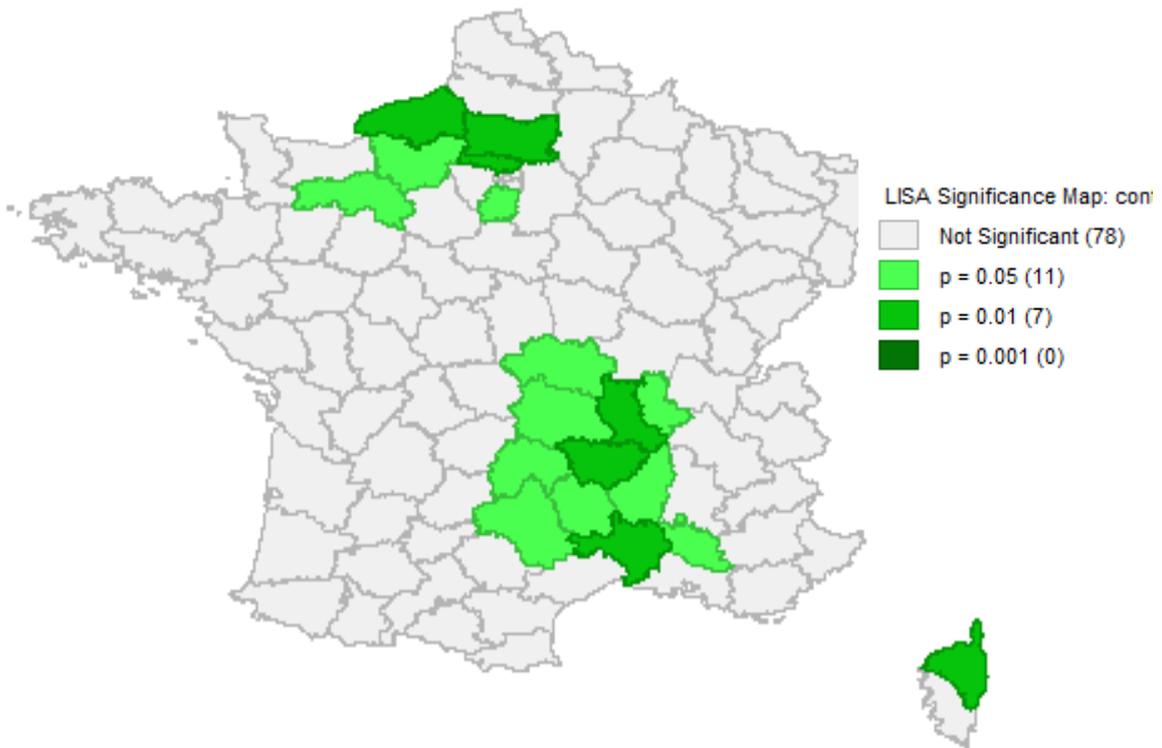


Figure 17, carte de significativité des autocorrélations spatiales pour le GMP départemental

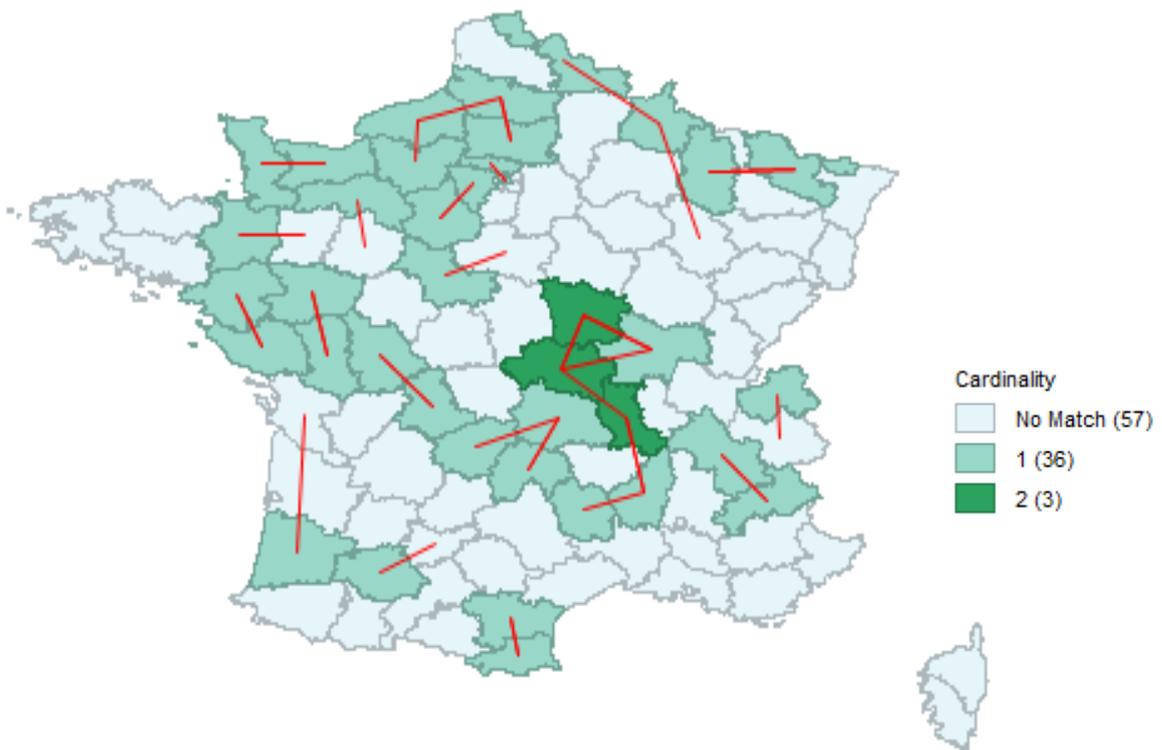


Figure 18 : carte des liens d'influence interdépartementaux pour le GMP départemental

Discussion

En analysant l'effet des variables explicatives sur les recettes et dépenses, nous pouvons constater que les ressources des départements semblent significativement liées au niveau de vie de leurs habitants. En synthèse, plus les habitants sont aisés, plus le département a un budget élevé, ce qui en soi n'est pas très surprenant, mais nous amène à renforcer la crédibilité de la base de données. En effet, les ressources d'un département dépendant pour plus de la moitié des taxes, il semble logique que plus le niveau de vie augmente, plus la recette fiscale augmente, ainsi plus le budget augmente. Dans cette optique, notre constat nous apparaît donc rassurant.

Yvon Rocaboy (2013) note par ailleurs que « lorsque la richesse privée d'un département augmente, le nombre d'usagers du secteur social de ce département se réduit, en particulier en ce qui concerne l'aide à la famille et aux personnes âgées. ». Cette observation de Rocaboy confirme nos résultats et démontre particulièrement bien le lien entre le niveau de vie et le besoin en matière de financement de la dépendance.

Nous pouvons constater que plus un département est urbain, plus les dépenses liées à l'APA augmentent ; à contrario, plus il comporte de communes isolées, plus les dépenses diminuent. Ceci en soi est tout à fait logique, car plus la densité de population est élevée, plus la dépense croît (nous constatons une relation statistiquement significative à coefficient positif entre la densité et les dépenses APA). Ainsi, puisque la dépense augmente en fonction du nombre d'habitants, nous trouvons ici un nouvel argument en faveur de la fiabilité de notre base de données.

Nous pouvons par ailleurs nous intéresser plus particulièrement à la part des dépenses liées à l'APA sur le budget global. Ceci nous permet de mieux interpréter la capacité qu'ont les conseils départementaux à lutter contre la dépendance liée à l'âge. Tout d'abord, nous constatons que plus le département compte de personnes de plus de 75 ans, plus il a tendance à majorer ses dépenses en faveur de l'APA. Cependant, nous pourrions nous demander si cet effet ne s'explique pas simplement par le fait que plus le département est plus grand, plus il a un revenu important et des dépenses plus fortes. Nous observerons donc la part des plus de 75 ans sur la population totale afin d'éliminer l'effet de la taille du département. Nous constatons donc que plus l'indice de vieillissement et la part des plus de 75 ans augmentent, plus la part des dépenses liées à l'APA diminue. Nous constatons en effet que plus la population du département prend de l'âge, plus le budget total se réduit. À chaque point

supplémentaire, un département dépenserait en moyenne environ 600 000 euros de moins. Ceci se confirme lorsque l'on étudie l'influence de la part des 75 ans et plus. Un point supplémentaire ferait dépenser environ 7 millions d'euros de moins. En effet, plus la proportion de seniors est importante, plus faible sera le montant des dépenses liées à l'APA. S'agissant de la moyenne des dépenses par bénéficiaire, nous ne constatons de lien statistiquement significatif qu'avec les variables de niveau de vie. En effet, plus le niveau de vie est élevé, plus la dépense moyenne diminue. L'effet inverse s'observe avec le taux de pauvreté, et ce de façon d'autant plus significative où plus le taux de pauvreté augmente plus la dépense moyenne augmente. C'est une observation tout à fait intéressante dans le sens où la dépense individuelle est fonction du besoin (puisqu'elle est évaluée par le besoin lors du score AGGIR). Ainsi nous pouvons en déduire que plus l'individu a tendance à être aisé moins son besoin est important et ainsi plus sa dépendance semble être modérée.

Nous constatons, en revanche, que plus le budget du département est conséquent (marqué par le volume total de dépenses et de recettes), plus la dépense est importante. Ceci nous amène donc à penser que ces résultats s'expliquent simplement par un effet de richesse. Les départements les plus vieillissants étant les départements les plus pauvres. Cette hypothèse se confirme par l'analyse de l'effet de l'indice de vieillissement et de la part des 75 ans et plus sur le volume des recettes totales et des dépenses totales qui montre systématiquement un effet négatif très significatif.

La cour des comptes, dans une communication d'octobre 2022 à la commission des finances du Sénat (2022), rappelle que « Les travaux de MM. Gilbert et Guengant, utilisés dans le cadre du groupe de travail sur la maîtrise des dépenses locales présidé par MM. Carrez et Thénault en 2010, ont démontré que le principal déterminant de la dépense locale était en réalité la ressource disponible, qui expliquerait 56 % de la variation de la dépense des départements ».

Ceci nous amène donc à considérer un indicateur plus pertinent qu'est celui de la part des dépenses liées à l'APA en fonction du budget total du département. Une fois cette valeur intégrée, nous pouvons constater un effet tout aussi significatif, mais surtout bien plus intuitif. Cette fois-ci, plus l'indice de vieillissement est élevé, plus la part de 75 ans est élevée, plus la part de dépenses liées à l'APA est élevée. Labazée (2017) rapporte que chaque point d'indice de vieillissement supplémentaire augmente la part de dépenses de 0,05 % (ce qui sur une dépense moyenne de plus de 56 millions d'Euros représente environ 28 000 euros), tandis

qu'une augmentation d'1 % de la part des 75 ans et plus augmente de 0,61 % la dépense liée à l'APA (soit plus de 340 000 euros en moyenne). Nous observons par ailleurs une très forte significativité du niveau de vie sur la part des dépenses liées à l'APA. Plus le département a un niveau de vie élevé, plus la part de dépense diminue. On retrouve un phénomène inverse lorsqu'il s'agit de l'effet du budget départemental (que ce soit en dépenses ou en recettes), plus le budget est élevé plus la part des dépenses diminue. Nous pouvons donc constater que plus un département est riche (que ce soit par ses habitants ou par son budget), plus la part que représentent les dépenses de l'APA est faible. Ainsi, nous constatons une nouvelle forme d'inégalité où le poids de la dépendance pèse davantage sur les départements les plus défavorisés.

La direction générale du trésor et de la politique économique (2008) observe une grande disparité des dépenses départementales, mais note que « Ces disparités observées sont cependant largement imputables aux déterminants attendus de la dépense sociale (part des personnes âgées, des jeunes, des bénéficiaires du RMI, ...), Et apparaissent ainsi très corrélées aux caractéristiques sociodémographiques et économiques des départements. ». Ainsi, nous retrouvons ici des résultats qui confirment notre analyse par laquelle le niveau de vie a une importance statistiquement significative sur les finances départementales. Ces variables sociodémographiques sont, selon cette même étude, responsables de 84% de la variance des dépenses d'action sociale.

L'analyse d'autocorrélation spatiale montre des effets relativement faibles, mais à forte significativité. Nous pouvons en effet constater que les dépenses liées à l'APA, tant en part de dépenses qu'en valeur totale, que les recettes et dépenses départementales ainsi que le GMP départemental, sont tous significatifs. L'étude des cartes de significativité des tests de Moran montre que l'on retrouve des singularités territoriales, si elles sont relativement limitées elles n'en sont pas moins significatives. Ceci explique, selon nous, le phénomène par lequel le I de Moran reste faible, mais pour une valeur Z forte. Les résultats sont par ailleurs positifs et montrent donc que les départements sont plus influencés par les voisins proches que par les départements éloignés. Nous pouvons donc en conclure qu'il peut s'observer une certaine forme d'influence entre certains départements limitrophes. Si cet effet n'est pas présent sur l'ensemble du territoire, celui-ci se retrouve particulièrement dans le cadre de la part des dépenses liées à l'APA où des liens sont assez importants dans la région centre ou l'Île-de-France.

Nous observons sur les cartes ci-dessus, de gauche à droite, la significativité des tests de Moran pour les indicateurs : taux de bénéficiaires de l'APA, niveau de vie départemental et part de dépenses liées à l'APA sur le budget total du département. Nous pouvons retrouver une forme de similarité sur les trois cartes pour la région Île-de-France, tandis que le centre ouest ne semble superposable que pour le taux de bénéficiaires de l'APA. Si ces conclusions doivent être formulées avec une certaine forme de précaution, nous pouvons émettre l'hypothèse que ces particularités régionales peuvent s'expliquer en partie de cette façon.

La DGTPE (2008) utilise par ailleurs la méthode du test de Moran est employée dans le cadre d'une analyse des déterminants de la dépense d'action sociale départementale. Les résultats trouvés à l'occasion de cette étude sont similaires à ceux que nous présentons ici.

« Les résultats du test montrent que cette corrélation existe et qu'elle est positive. Plus précisément, les départements proches se ressemblent davantage que des départements éloignés (au regard des résidus), comme s'il existait certains particularismes territoriaux en matière de gestion locale des prestations sociales. ».

Conclusion

Nous pouvons donc confirmer qu'un lien statistiquement significatif existe entre le niveau de vie moyen d'un département et le financement de la dépendance. Ce lien est, à première vue, contre-intuitif. En effet, comme nous l'avons observé, plus un département vieillit, moins il consacre de budget à destination de la dépendance. En revanche, lorsque l'on compare le budget dépendance au budget global du département, cette tendance s'inverse ; il est donc observé que plus le département vieillit, plus le budget dépendance constitue une part importante du budget global. Il ne s'agit donc pas d'un problème de disposition à payer, mais bel et bien de capacité à payer. Nous pouvons donc bien parler d'une double inégalité. Un sénior pauvre vivant dans un département pauvre aura en plus d'une plus forte probabilité d'être dépendant une aide qui sera davantage contrainte par la capacité à payer du département dans lequel il réside. Cette plus faible capacité est de nature à entraîner des modalités d'aides plus rigoureuses et risque de dégrader la qualité des prestations reçues par ce sénior. Cette inégalité n'est par ailleurs pas cloisonnée aux frontières du département. Nous avons en effet noté qu'une autocorrélation positive existe et qu'ainsi les budgets départementaux peuvent être influencés par ceux des départements voisins, créant des particularités territoriales. Il s'agit donc d'une inégalité qui peut apparaître à une échelle régionale, ce qui par ailleurs s'explique simplement par le fait que la précarité ne cède facilement avec les frontières administratives, mais peut s'ancrer dans un territoire d'une façon bien plus diffuse qui échappe à l'action seule d'un conseil départemental. Nous pouvons voir ainsi un argument supplémentaire pour repenser l'articulation de l'action sociale de l'aide à la dépendance d'un point de vue plus global que celui du département.

Nous pouvons cependant considérer des limites liées à l'utilisation de bases de données différentes se répartissant sur plusieurs années (de 2014 à 2018), ce qui nous amène à envisager un biais de séries temporelles. Nous n'avons par ailleurs pas eu à disposition l'ensemble des réponses à l'enquête vie quotidienne et santé (VQS), ni eu à disposition les dernières données de l'enquête, ce qui ne nous permet pas d'évaluer l'effet de la crise sanitaire. Par ailleurs l'usage de valeurs moyennes pour étudier l'effet de situations individuelles peut nous faire craindre un biais écologique. Nos résultats nous permettent malgré tout d'envisager de poursuivre cette recherche par une étude en panel.

Synthèse de la deuxième partie

Cette deuxième partie met en avant les inégalités sociales qui entourent la dépendance des seniors. Elle démontre à la fois l'impact de la précarité sur le recours à l'aide informelle et les disparités de financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui s'opèrent au niveau départemental. En effet, les seniors en situation de précarité sont davantage sensibles au reste à charge, ce qui a un impact conséquent sur leur capacité à accéder à des services d'aide à domicile. Ce qui vient aggraver leur vulnérabilité face à la dépendance ainsi que la sécurité de leur maintien à domicile. Ces analyses montrent comment la dépendance, loin d'être seulement une question individuelle, est marquée par des déterminants sociaux et économiques qui exacerbent les inégalités, notamment pour les seniors aux revenus modestes ou résidant dans des départements moins dotés. Ainsi, cette approche met en lumière la fragilité des dispositifs actuels en soulignant l'injustice qui touche les populations les plus vulnérables.

Elle crée un lien entre la précarité des seniors et les disparités de financement de la dépendance, ce lien met en évidence un phénomène de "double peine" : les seniors en situation de précarité sont non seulement plus susceptibles d'être dépendants mais reçoivent également moins de soutien financier, en fonction à la fois des ressources de leur département et de leurs priorités politiques. Ce constat met en lumière la fragilité des politiques de décentralisation, qui, bien que visant à rapprocher les décisions des besoins locaux, sont au contraire un vecteur d'inégalités. En fonction de la richesse du département et de ses arbitrages budgétaires l'accès aux aides peut varier de manière significative. Ceci laissant les seniors en situation de précarité davantage démunis dans les territoires les plus défavorisés.

Ces constats entraînent un questionnement sur la pertinence de la décentralisation et nous appellent à envisager de revenir sur un mode de financement concentré sur une caisse nationale. Ainsi, une recentralisation du financement permettrait de garantir une plus grande uniformité dans l'accès aux aides pour les seniors dépendants, en particulier dans les départements à faibles ressources. Elle permettrait également d'établir des critères de prise en charge fondés uniquement sur les besoins du senior sans dépendre de son département d'origine.

Notre troisième partie poursuivra donc cette analyse en abordant l'évolution des modèles sociaux de prise en charge de la dépendance. Nous adopterons une approche historique et comparative, cette partie examinera comment les politiques actuelles se sont formées, tout en questionnant les fondements de cette organisation. Cette perspective historique permettra d'analyser le contexte culturel, moral et juridique dans lequel se sont formés les choix qui ont conduit à la création de modèle de prise en charge. Elle explorera les possibilités d'évolution vers un modèle plus solidaire et plus inclusif, afin d'apporter une réponse aux inégalités sociales et territoriales.

Partie 3 : Prise en charge de la dépendance ; analyse de son évolution et pistes d'amélioration : pour un nouveau modèle social.

Propos liminaires à la troisième partie

Dans cette troisième partie, nous approfondirons l'étude du modèle de prise en charge de la dépendance en France, en examinant à la fois ses origines historiques et ses évolutions institutionnelles. Cette prise en charge initialement centrée sur l'entraide familiale et communautaire a progressivement évolué vers un modèle institutionnalisé, marqué par une intervention croissante de l'État. Ce processus a conduit à l'élaboration de dispositifs d'aide sociale. Les récentes évolutions ont cependant révélé les limites d'une approche fortement décentralisée, notamment en créant des inégalités territoriales persistantes. Cette troisième partie se propose donc de repenser le modèle français de prise en charge de la dépendance en s'appuyant sur ses origines pour en éclairer sa compréhension et présenter une nouvelle approche qui soit une réelle évolution plutôt qu'un pansement.

Nous nous proposons ainsi, dans un premier chapitre, d'analyser l'évolution de la prise en charge collective et familiale de la dépendance depuis l'Antiquité jusqu'à sa structuration institutionnelle moderne. En retraçant cette trajectoire, nous montrerons comment les valeurs de solidarité familiale, religieuse et communautaire ont progressivement laissé place à un système public et institutionnalisé, encadré par la loi et financé par des fonds publics. L'importance de l'État comme acteur central de cette solidarité croissante se dégage à chaque étape de cette évolution, soulignant l'implication publique dans la prise en charge des personnes âgées, là où les familles et communautés entament un désengagement.

Dans le second chapitre, nous chercherons à compenser l'impact de la décentralisation instaurée par la loi Defferre de 1982, en analysant les effets de cette réforme qui a transféré aux départements la responsabilité majeure de la gestion des aides. Cette décentralisation, bien que conçue pour rapprocher les services des citoyens, a comme nous l'avons relevé dans nos précédentes parties de thèse également entraîné des disparités territoriales marquées. Nous mettrons en évidence comment les variations de moyens financiers entre départements influencent l'égalité d'accès aux services et posent un défi majeur à la solidarité nationale. Par ailleurs, en confrontant ce modèle au cas suédois, où une recentralisation partielle des

financements s'est mise en place, nous dégagerons des pistes pour repenser le système français. L'analyse comparative avec la Suède démontrera les avantages d'une approche centralisée, mais s'inspirera des limites que ce pays connaît toujours dans cette volonté de recentralisation.

Notre démarche inclura une réévaluation du rôle de l'État, qui assumera une plus grande responsabilité dans la coordination et le financement des services, tout en laissant aux départements un rôle de proximité et de connaissance du terrain. Une révision des critères d'évaluation de la dépendance s'avère également essentielle pour inclure des aspects sociaux, comme l'isolement et les conditions de vie, permettant une adaptation plus précise des aides aux besoins des individus. Nous intégrerons ainsi les travaux de Didier Castiel et ses coauteurs (2009) pour intégrer la notion du handicap social dans le cœur de nos modalités d'évaluation tant de la dépendance que de son mode de tarification. En adoptant cette vision élargie, le modèle de prise en charge pourrait mieux répondre aux défis du vieillissement en garantissant une répartition équitable des ressources et des services sur tout le territoire.

Ceci se traduira par des propositions concrètes pour repenser notre approche sociale de la dépendance et ainsi ajuster la structure de financement et la tarification des services, de sorte que le modèle français de prise en charge de la dépendance puisse évoluer vers un système plus équitable, durable et adapté aux défis futurs posés par le vieillissement de la population.

Chapitre 1 : Une approche historique de la dépendance

Introduction

Dans ce premier chapitre, nous aborderons le thème du vieillissement à travers une perspective historique. Nous nous intéresserons à la manière dont les différentes sociétés, de l'Antiquité à nos jours, ont conçu la prise en charge des personnes âgées. L'évolution des pratiques sociétales envers les aînés, qu'il s'agisse de protection sociale, de soutien familial ou de formes plus institutionnalisées d'assistance, nous servira à comprendre comment ces modèles ont progressivement influencé les systèmes modernes de gestion de la dépendance. Nous limiterons cependant notre étude aux aspects directement en lien avec la dépendance liée à l'âge, en évitant les digressions historiques plus générales. L'idée est d'identifier les modes de prise en charge qui ont façonné les structures de protection sociale actuelles, tout en observant les mécanismes de protection, et parfois d'exclusion, propres à chaque époque et civilisation.

L'intérêt de cette analyse est multiple. D'une part, elle permettra d'établir des comparaisons historiques afin de mieux comprendre comment les sociétés contemporaines se sont inspirées, voire distancées, des principes anciens de solidarité et de prise en charge. D'autre part, elle mettra en évidence des situations historiques où la vieillesse a pu être intégrée dans des systèmes de protection, qu'ils soient formels ou informels, tandis que d'autres cultures adoptaient des pratiques plus marginalisantes.

Dans un premier temps, nous nous pencherons sur les civilisations antiques, et notamment sur la société grecque, où des textes comme ceux d'Hérodote témoignent des pratiques parfois brutales de certains peuples vis-à-vis des vieillards. De telles pratiques permettent d'explorer des modes d'élimination ritualisée des anciens, contrastant fortement avec les obligations légales et morales qui régissaient les relations intergénérationnelles au sein des cités grecques elles-mêmes, comme celles codifiées par Solon dans le cadre de la législation athénienne.

Nous poursuivrons ensuite notre réflexion en nous intéressant à la société médiévale européenne, où la religion chrétienne a profondément influencé la manière de concevoir et de traiter la vieillesse. Ici, les textes religieux jouent un rôle fondamental. Nous étudierons ainsi comment la Bible situe le vieillard dans la société. Ceci nous permettant de sonder ce qui fut un important socle moral pour l'époque. La société médiévale, guidée par la morale

chrétienne, impose ainsi une prise en charge des aînés au sein des communautés, notamment à travers les structures d'hospices et de charité, que l'on retrouve dans les registres paroissiaux et les documents des monastères. Ces archives permettent de mieux comprendre la distinction entre les vieillards fortunés, et les pauvres, pour qui l'aumône et la solidarité de voisinage constituaient souvent la seule forme de soutien. L'analyse des registres paroissiaux et des études modernes de sociologues et d'historiens, nous permet de mieux cerner ces dynamiques sociales.

La troisième partie de notre étude se concentrera sur les débats révolutionnaires en France, à la fin du XVIIIe siècle, où la question de l'assistance publique aux vieillards a pris une dimension nouvelle. Les archives parlementaires de l'Assemblée nationale retracent les discussions qui ont eu lieu autour d'un projet visant à la mise en place de dispositifs de soutien aux personnes âgées. Le rapport de la Commission de mendicité, présenté en août 1790 à l'Assemblée Nationale constituante, évoque la nécessité de fournir des aides aux vieillards indigents, tout en critiquant l'aspect bureaucratique des systèmes existants, déjà considérés comme inhumains et procéduriers. Ce débat marque un tournant dans la conception de l'assistance publique, en cherchant à concilier solidarité nationale et dignité humaine. À partir de ces archives, nous analyserons comment la Révolution française a posé les bases de ce qui deviendra, plusieurs décennies plus tard, un système d'aide plus formalisé, inspiré par des réflexions économiques et sociales que nous retrouvons dans les débats parlementaires de l'époque.

Enfin, nous examinerons l'évolution des modes de prise en charge au XIXe siècle, avec la structuration des systèmes de retraite et d'entraide. Le développement des sociétés d'assistance mutuelle, ainsi que la création des premières caisses de retraite, illustrent la transition vers des formes institutionnelles d'aide aux personnes âgées. Les textes législatifs de l'époque, tels que la loi de 1886 relative à l'organisation des retraites, témoignent de cette évolution vers une prise en charge plus collective, où l'État joue un rôle de plus en plus prépondérant. Cette partie reposera sur l'analyse des lois, des rapports administratifs, ainsi que sur des données économiques et démographiques qui permettent de comprendre pourquoi et comment la dépendance liée à l'âge a progressivement été intégrée dans les politiques publiques. Les études contemporaines sur la transition démographique et l'évolution des structures familiales, telles que celles d'Hautcoeur et Quéré (2002), éclaireront également notre compréhension de ce processus.

Ce parcours historique nous permettra de dégager les principales continuités et transformations qui ont marqué la prise en charge des personnes âgées à travers les siècles, tout en offrant un éclairage précieux sur les enjeux contemporains de la dépendance liée à l'âge.

Les premiers modèles de prise en charge : la Grèce antique.

Dans cette première époque, nous étudierons la place des seniors dans la société de la Grèce antique des Vème et IVème siècles av. J.-C. Nous allons pour cela débiter notre analyse des récits des peuples dits barbares afin d'une part de profiter du témoignage que nous laisse Hérodote sur des pratiques (bien que hautement hypothétiques) contemporaines, mais également de renforcer nos observations sur ce qui bouscule les croyances et ainsi les valeurs grecques. Enfin, nous étudierons l'aspect législatif de la vieillesse dans la civilisation grecque.

Hérodote et les sociétés des confins de l'Oikoumène

Pierre Scheider (2015) recense différents témoignages de la perception des Grecs sur les conditions dans lesquelles les vieillards peuvent être éliminés dans certaines peuplades qui leur sont contemporaines. Nous baserons notre analyse sur ces mêmes exemples. L'Oikoumène ou écoumène représente l'ensemble des terres peuplées et connues du monde grec. Ainsi les peuplades qui nous serviront d'exemples sont parmi celles les plus éloignées de la Grèce antique. L'étude que nous ferons de la façon dont les historiens grecs traitent le sujet de l'élimination des vieillards nous livrera des éléments importants quant à la morale et au principe d'assistance aux séniors.

La figure 19 nous permettra de mieux nous repérer ;

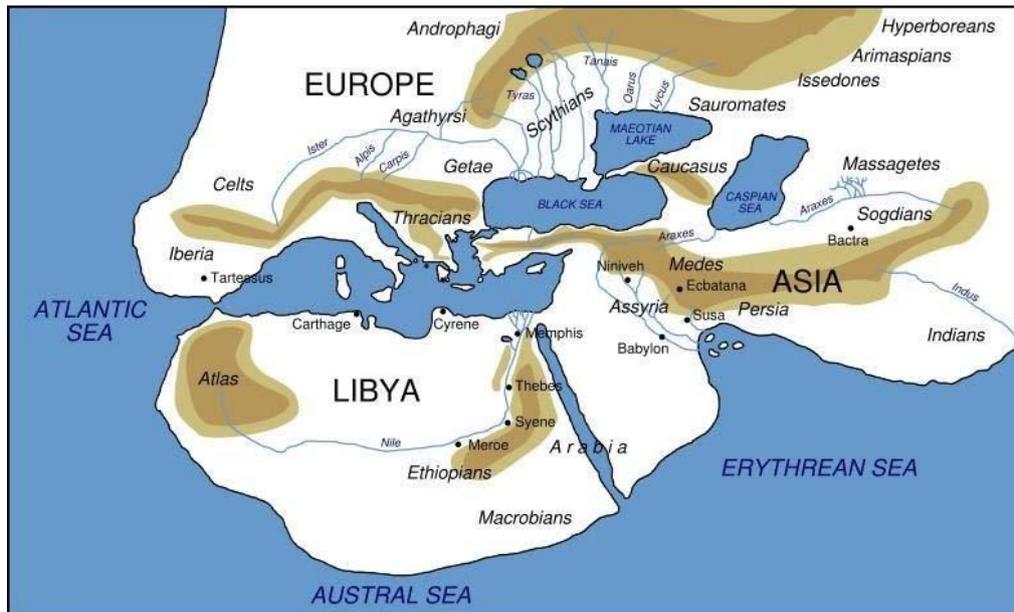


Figure 19 Reconstitution de l'Oikoumène, Carolyn Weiss

Les massagètes, peuple nomade de la région persane, sont décrits par Hérodote dans son livre premier : « On dit que ces peuples forment une nation considérable, et qu'ils sont braves et courageux ». Leur pays est à l'est, au-delà de l'Araxe, vis-à-vis des Issédons. Il en est qui prétendent qu'ils sont aussi Scythes de nation. ».

Il nous présente dans ce livre la façon dont les massagètes se débarrassent de leurs anciens : « lorsqu'un homme est cassé de vieillesse, ses parents s'assemblent et l'immolent avec du bétail. Ils en font cuire la chair, et s'en régalent. Ce genre de mort passe chez ces peuples pour le plus heureux. Ils ne mangent point celui qui est mort de maladie ; mais ils l'enterrent, et regardent comme un malheur de ce qu'il n'a pas été immolé. »

Dans son livre troisième Hérodote décrit les différentes peuplades qu'il considère comme indiennes :

« De tous les peuples que nous connaissions, et dont on dise quelque chose de certain, il n'y en a pas un qui soit plus près de l'aurore et du lever du soleil que les Indiens. Ils sont, de ce côté, les premiers habitants de l'Asie. À l'est, les sables rendent le pays désert. On comprend sous le nom d'Indiens plusieurs peuples qui ne parlent pas une même langue ; les uns sont nomades, et les autres ont une demeure fixe. Il y en a qui habitent dans les marais formés par les débordements du fleuve, et qui se nourrissent de poissons crus ».

« Les autres Indiens, qui habitent à l'est de ceux-ci, sont nomades, et vivent de chair crue. On les appelle Padéens. Voici les lois qu'on leur attribue. Quiconque parmi eux tombe malade, si c'est un homme, ses plus proches parents et ses meilleurs amis le tuent, apportant pour raison que la maladie le ferait maigrir et que sa chair en serait moins bonne. Il a beau nier qu'il soit malade, ils l'égorgent impitoyablement, et se régalerent de sa chair. Si c'est une femme, ses plus proches parentes la traitent de la même manière que les hommes en agissant entre eux. Ils tuent ceux qui sont parvenus à un grand âge, et les mangent ; mais il s'en trouve peu, parce qu'ils ont grand soin de tuer tous ceux qui tombent malades. »

« Il y a d'autres Indiens qui ont des usages différents. Ils ne tiennent aucun animal ; ils ne sèment rien, n'ont point de maisons, et vivent d'herbages. [...] Si quelqu'un d'entre eux tombe malade, il va dans un lieu désert et s'y tient, sans que personne s'en occupe, soit pendant sa maladie, soit après sa mort. »

Nous découvrons ainsi des mœurs différentes dont la finalité reste similaire, c'est-à-dire l'élimination des plus faibles. Fussent-ils malades ou tout simplement vieux. La méthode d'élimination allant du simple abandon au cannibalisme se différenciera sans doute par le fait que les uns sont végétariens tandis que les autres ne le sont manifestement pas. Hérodote tiendra à illustrer son propos de détails choquants pour la société grecque d'une façon qui pourrait viser à désavouer la méthode en gardant une certaine forme de neutralité. Ce jeu se faisant par les sentiments inspirés au lecteur. Il ajoutera donc ceci : « Ces Indiens, dont je viens de parler, voient publiquement leurs femmes, comme les bêtes. » Scheider (2015) tient par ailleurs un propos allant en ce sens « il me paraît certain qu'Hérodote joue aussi sur le registre pathétique, autrement dit qu'il cherche à susciter dans son public une gamme d'émotions allant du simple étonnement à la franche répulsion ».

Le vieil âge dans la loi grecque

Gustave Glotz (1904), dans *La solidarité de la famille dans le droit criminel en Grèce*, nous livre une des clés pour appréhender comment est perçue la dépendance au regard du droit. « Pour choisir et définir les obligations légales du fils majeur, Solon n'eut pas besoin de génie inventif : il reçut dans son code celles-là seules qui étaient admises dans tous les *génos*²³. Le fils est tenu de fournir à ses ascendants vieux ou pauvres les aliments et le gîte 1° : c'est la *girotrófos*²⁴ prescrite en tout temps par les *lois protectrices*²⁵. 2° Défense est faite au fils d'outrager ses ascendants dans leur personne ou leur honneur par voie de fait ou injure. 3° Le fils est tenu de procurer à ses ascendants des funérailles et une sépulture honorable. Il n'y a donc que trois obligations. »

Solon (638-559), aristocrate et magistrat athénien, est notamment connu pour son rôle de législateur et de réformateur d'Athènes. Comme nous le montre Glotz, ces trois protections sont reprises par Démosthène dans son discours contre Timocrate. Il invoque donc l'une des deux formes de droit en Grèce antique qu'est le droit écrit. Mireille Brémond note : « J. De Romilly nous dit la difficulté qu'il y a eu parfois à concilier les deux types de lois : celles qui étaient transmises par la coutume et étaient senties comme communes à tous les Grecs (p. 42), et celles que les législateurs mettaient en place : « la loi non écrite a [...] offert un recours à ceux que le nomos écrit laissait insatisfaits » » comment le soulignent Agresti et al. (2015) et Brémond (2012)

Les lois de Solon permettent donc de formaliser ce que la tradition perpétue à travers la morale et les textes que nous avons pu voir au préalable. Sophocle nous livre une supplication de Tecmesse, femme d'Ajax qui tente de le dissuader de mourir : « Garde-toi d'abandonner ton père à une misérable Vieillesse, garde-toi d'abandonner ta mère chargée d'ans, qui ne cesse de prier Les Dieux de te ramener vivant dans tes foyers ; Aie pitié, maître, de ton fils :

²³ Nous choisissons de traduire γζη pluriel de γένος par *clan ou famille*.

²⁴ Nous traduirons σηροτροφία par γηροτρόφος soit girotrófos. Le second faisant sens pour le texte, car se traduisant par gériatrie. Le premier sirotrofia concerne la culture du ver à soie.

²⁵ Nous traduisons πελαργιχος νομος par loi protectrices. Alors que νομος se traduit aisément par loi, nous ne trouvons pas le sens de πελαργιχος qui se traduit à première vue par cigogne. La loi des cigognes n'ayant aucun sens nous nous rattachons à la référence au discours de Démosthène contre Timocrate visé dans l'ouvrage : « Je laisse de côté le reste, mais tu détruis les lois protectrices de la vieillesse, lois qui obligent les enfants à nourrir leurs parents qui sont encore en vie et à leur assurer, après leur mort, des funérailles. » Dem. C. Timocr 107

sans les soins dus à son jeune âge, il restera tout seul, ballotté sous l'autorité de tuteurs sans affection ; à quel malheur tu nous condamnes, lui et moi, si tu meurs. »²⁶ Dans cette tragédie jouée entre 450 et 440 (soit plus d'un siècle après l'écriture des lois de Solon), la tragédie de Sophocle présente le principe de réciprocité de l'obligation alimentaire. Cette précision n'est sans doute pas anodine. En effet, Solon prévoit une exception à l'obligation alimentaire envers les parents. Glotz (1904) précise la chose suivante : « Si nul n'est jamais dispensé de rendre à ses ascendants les honneurs funèbres, on n'est pas tenu de l'obligation alimentaire quand on n'a pas reçu de ses parents une éducation en rapport avec leur situation de fortune ou quand on a été livré par eux à la prostitution ». À l'exception évidente de la prostitution qui n'a pas en soi besoin d'être abordée à notre époque tant elle est interdite pour des enfants. Ainsi Solon, par la dispense accordée aux enfants non éduqués ou prostitués, entraîne indirectement cette notion de réciprocité. Le parent s'il souhaite ne pas vivre une vie de misère lors de son grand âge a donc tout intérêt d'éduquer ses enfants. Il est à constater la modernité de ce système et l'écho qu'il peut avoir avec les dispositions que notre droit contemporain retranscrit dans le même esprit dans les articles 203 et 205 du Code Civil lors de sa création en 1803.

²⁶ Ajax de Sophocle vers 450 av JC

Le vieillissement dans la société médiévale d'Europe occidentale

L'analyse que nous conduirons sur la période médiévale nous conduira tout d'abord à rechercher comment, dans un cadre théorique, la société médiévale perçoit le grand âge, plus précisément la vision qu'elle en a. Pour cela, nous réaliserons une étude de la philosophie et de la théologie médiévale appliquée à la vieillesse. Nous rechercherons ensuite comment la médecine prend en charge la vieillesse et ses conséquences.

Nous irons ensuite rechercher des exemples de modalités de prise en charge en nous intéressant à deux groupes d'individus distincts ; les vieillards du peuple, particulièrement les plus pauvres, et les vieillards aisés, particulièrement la noblesse.

La religion et la perception du vieillard

La société médiévale est dictée par les écritures. Nous irons rechercher dans la Bible les éléments faisant référence à la vieillesse. Nous pourrions ainsi comprendre comment le clergé comprend le vieillissement et comment il pourra influencer la culture populaire à mesure que la religion catholique gagne une position hégémonique. En effet, la période médiévale s'étalant sur dix siècles ne peut être considérée comme un bloc homogène et ce d'autant plus qu'elle se pose comme une transition entre le monde antique et l'époque moderne. Ceci dit, face à une élite convertie et dictant les règles, il n'est pas totalement dénué de bon sens de s'intéresser à l'influence des écritures. Il nous faudra simplement garder à l'esprit que pour les premiers temps du Moyen Âge cette culture n'aura pas eu autant de temps pour infuser la culture populaire que pour la société grecque du Vème siècle av. J.-C.

La bible²⁷ propose une vision plurielle de la vieillesse. Elle se veut majoritairement valorisante. Nous pouvons donc dégager plusieurs caractéristiques de la vieillesse ;

- La sagesse :

De nombreuses références nous indiquent que le vieillard est sage, et ce, par son expérience. Job (12 et 15) nous présente la sagesse du vieillard dans cette joute verbale où ses trois amis se présentent comme sages du fait de leur âge. Cependant, dans Job 32 ainsi que dans

²⁷ Traduction de Louis Second (1910)

Psaumes 119, il est clairement à comprendre que si l'âge apporte sagesse, le respect de « la loi de l'Éternel » apporte plus de sagesse.

Une autre preuve de la vision de sagesse du vieillard peut se trouver dans le rôle de conseil qui est présenté dans les Livres des Rois (12). Roboam prenant conseil auprès des jeunes et des anciens, le conseil des anciens étant ici celui du sage.

- La richesse :

La vieillesse est présentée également comme une richesse. Le symbole de la couronne étant par ailleurs un exemple. (Proverbes 16 et 17, révélation 4).

- Le pouvoir :

Dans les lamentations, les chefs sont associés aux vieillards. Le livre des révélations, quant à lui, place vingt-quatre vieillards de part et d'autre du trône de Dieu.

- Le témoin :

En plus de la sagesse, le vieillard est également un témoin. Il enseigne aux nouvelles générations. Ce rôle d'importance est illustré à plusieurs reprises notamment dans le Deutéronome (32) où le père et le vieillard rappellent au souvenir les anciens jours ainsi que dans le livre de Joel (1)

- L'être respectable :

Le Lévitique commande au croyant d'honorer la personne du vieillard en retranscrivant la parole divine. Il ne s'agit là ni d'une image ni d'une parabole, mais bel et bien d'un commandement. Lamentation 5 souligne ce commandement en notant que par la pendaison par les mains, les vieillards n'ont pas été respectés. Le Deutéronome, quant à lui, fait mention d'une nation lointaine porteuse de nombreuses plaies, dont celle de ne pas respecter les vieillards. S'agissant d'un fléau, il est naturel que l'inverse soit la norme.

- Le faible :

Le vieillard est régulièrement rangé parmi les faibles. Ils sont placés avec les enfants lorsqu'il s'agit de décrire les conséquences d'un massacre. Cette comparaison évoque l'incapacité physique de se défendre. (Chronique 36, lamentation 2). Par ailleurs, dans les proverbes (20), la force est attribuée aux jeunes tandis que les vieillards se voient ornés de cheveux blancs. On en déduit donc qu'avec les cheveux blancs la force disparaît. Cette faiblesse physique se retrouve également dans le livre de Zacharie (8), celle-ci s'illustre par l'emploi du « bâton à la main ».

- L'obéissant :

Enfin, si le vieillard est sage, respectable et doué de richesses (avant tout spirituelles), il n'en est pas moins sujet à des devoirs. Le livre de Tite (2) nous en fait l'énoncé et le livre d'Ésaïe (65) insiste sur le fait que « le pécheur âgé de cent ans sera maudit ». Ainsi toutes ces vertus ne sont pas uniquement liées aux années, mais doivent se récolter au profit d'une vie passée dans le respect des écritures. Le vieillard a donc son rôle positif s'il est inscrit dans une dynamique vertueuse. À l'inverse, celui-ci n'aura aucune valeur.

Modèle médiéval de prise en charge des seniors

La société médiévale comme nous avons eu l'occasion de le voir est dirigée par un socle de croyances orientées par une religion unique. L'importance de la place de ce socle de croyances se caractérise par une transition qui s'effectue progressivement de l'antique vers la Renaissance et qui s'établit donc sur plusieurs siècles. Cette christianisation de la société entraîne donc un changement majeur dans les mœurs et la morale. Nous nous sommes particulièrement attachés à l'étude de la société carolingienne et la synthèse que nous ferons sera donc principalement axée sur cette période. Dans ce monde principalement rural et doté d'inégalités fortes, nous pourrions retrouver différentes structures de prise en charge de la dépendance. Ces formes de prise en charge seront soit institutionnelles, mutualisées ou intrafamiliales. Pour cette dernière forme, nous n'avons en revanche pas la possibilité d'avoir des certitudes, la justice médiévale n'ayant pas les mêmes dispositions que le droit grec. Il faudra en effet attendre le début du XIXe siècle pour que cette obligation alimentaire se retrouve dans la loi.

Nous nous intéresserons tout d'abord à la création des sociétés d'entraide mutuelle. Cette forme de solidarité par corporation préfigure les contours de l'aide sociale par mutualisation du risque. Il s'agit donc d'une forme de prise en charge collective, mais limitée par l'adhésion au groupe, à la guilde... L'aide apportée est importante en cela qu'elle permet à tout membre de ne pas tomber dans l'indigence. Nous caractériserons donc, sur notre matrice, ce mode de prise en charge comme étant moyennement collectif, mais à valeur ajoutée forte.

Ensuite, nous allons considérer la question de la charité chrétienne et la place de l'aumône. Nous choisissons de les séparer en plusieurs points :

- La prise en charge institutionnalisée de l'église : l'accueil des pauvres et des vieillards, financée par la dîme et représente une obligation pour le clergé qui se doit de l'allouer une partie de ses revenus à la solidarité (comme nous l'avons vu jusqu'au tiers de la

recette fiscale). Le mode de prise en charge est donc hautement collectif en cela qu'il concerne tout le monde sans grande distinction. Il est cependant d'une valeur ajoutée moyenne puisque nous pouvons retrouver par endroits seulement une dizaine d'inscrits au registre. Les monastères n'ayant par ailleurs pas des capacités d'hébergement importantes.

- L'aumône aux pauvres : ce principe de solidarité est imposé à la fois par la morale, mais surtout par les croyances religieuses. Le « bon chrétien » se doit de faire l'aumône aux pauvres pour se voir accorder une place au paradis. Cela implique une utilité sociale du pauvre qui servira donc de tremplin spirituel aux riches. Nous avons ainsi un mode d'aide financière collectif. Si le don reste individuel, nous garderons le fait qu'il est lié à une pression du collectif. La valeur ajoutée restera cependant faible puisque liée au hasard et à l'aspect « charitable du pauvre ».

Si le riche peut se payer la meilleure place dans l'au-delà grâce à l'aumône, cela ne l'aide en rien pendant sa propre vieillesse. La population riche ayant, par ailleurs, pour des raisons évidentes, plus de chance d'atteindre l'âge d'être dépendant. Nous avons ainsi vu un mode de prise en charge nouvellement établi au sein des monastères à destination des vieillards fortunés. Moyennant le don de toute ou partie de sa fortune, le vieillard pouvait alors se faire contractuellement héberger et soigner par une congrégation religieuse en étant soit un membre laïc, soit en entrant tout simplement dans les ordres. Son improductivité étant tout simplement compensée par l'ampleur de sa donation. Cela explique donc que cette solution n'était réservée qu'aux classes supérieures. L'incertitude de l'âge de la mort devant être compensée par une contrepartie suffisante.

Enfin, nous considérerons la condition des vieillards ruraux et pauvres. Nous l'avons vu, le paysan médiéval vit dans un foyer constitué de peu d'habitants. Les jeunes quittant le foyer parental lors du mariage pour fonder leur propre foyer. Les études basées sur les registres paroissiaux démontrent que les cohabitations intergénérationnelles restent exceptionnelles. Nous retrouvons ainsi principalement des mesures de prise en charge collectives. Il s'agit ici d'un véritable embryon de système de prise en charge. Celui-ci reste protéiforme et non coordonné, mais préfigure ce que seront nos EHPAD et notre gestion des risques par mutualisation.

Les mesures de prise en charge de la dépendance liée à l'âge sont souvent présentées comme une problématique moderne. À tort. Nous vous proposons de découvrir ici une archive parlementaire de l'Assemblée nationale constituante, première instance démocratique française, datant de 1790, présentant déjà un projet de décret visant à poser l'assistance publique aux vieillards.

Si le document est ancien, il fait étonnamment écho à notre système contemporain. Non seulement il propose des solutions modernes et préfigure ce que sera notre système de prise en charge de la dépendance, mais il introduit également le débat sur l'utilité sociale de l'assisté et l'obligation de rendre un service à la communauté pour obtenir une aide supérieure.

Débat qui est toujours d'actualité.

Ce texte méconnu nous permet ainsi de prendre du recul sur les échanges actuels en soulignant que ces problématiques (dignité, devoir d'assistance, financement, etc.) se posent en termes identiques depuis plusieurs siècles et avec autant d'acuité...

Quand les procédures écrasent l'humain

Le rapport de la Commission de mendicité a été présenté le 31 août 1790, et avait alors proposé un décret. Dans son Titre III, dédié au secours aux vieillards et aux infirmes, il annonce d'emblée l'universalité du sentiment de respect envers « ceux affaiblis par l'âge », avant de développer :

« [Dans] les secours accordés à la vieillesse, nous n'avons pas cependant du oublier que l'assistance publique perdrait le caractère de la bienfaisance, si elle sortait des règles invariables d'une apparente sévérité, importantes à maintenir dans des secours que la prévoyance de ceux qui y recourent eu pu peut-être leur rendre inutiles, et compatibles cependant avec les douceurs, les soins, les ménagements dus à l'infirmité et à la vieillesse.

C'est pour réunir toutes ces vues que votre comité s'est d'abord occupé d'épargner au vieillard indigent le spectacle déchirant de ses propres infirmités, qu'il voyait, pour ainsi dire, se

²⁸ Cette partie est tirée de l'article « Les questions étonnamment actuelles sur le grand âge lors des débats parlementaires de 1790 » publié sur The conversation le 15 novembre 2022 <https://theconversation.com/les-questions-étonnamment-actuelles-sur-le-grand-âge-lors-des-débats-parlementaires-de-1790-194362>

multiplier sous ses yeux dans les hôpitaux. Vous avez vu dans nos précédents rapports sur ces hospices de l'humanité souffrante, que le pauvre, souvent aigri par le sentiment de sa misère et de ses maux, chagrin de ne se voir entourer que de privations et d'objets dégoûtants, murmure sans cesse contre les administrations et les administrateurs ; que la réflexion ajoute au poids de son infortune, et ne lui laisse d'autre espoir que la mort qui doit y mettre fin. »

Nous y trouvons une critique très moderne de l'assistance faite aux personnes âgées, et notamment de la bureaucratie et de l'aspect procédurier des mesures de prise en charge. Cette critique, portée aujourd'hui par les recherches de sociologues du travail comme Michel Crozier ou Norbert Alter, trouve un écho tout particulier dans les récentes affaires de maltraitance en milieu institutionnel.

Le rapport fait par ailleurs état du fait que les hôpitaux, en raison de l'importance du nombre de leurs agents, ont pour habitude de détourner les secours alloués aux plus démunis : signe d'une prise de conscience précoce de la notion de vulnérabilité... et de la nécessaire mise en place de procédures sociales de compensation de la dépendance.

Le texte se poursuit par une violente indignation plaidant pour l'obligation alimentaire (celle-ci devra attendre le Code civil pour renaître). Le comité nous dit :

« Mais nous avons dû nous rappeler, avec un sentiment pénible, qu'il existe, pour la honte de l'humanité, des enfants ou plutôt des monstres à qui la nature semble avoir refusé le doux sentiment de la piété familiale ; des fils ingrats qui, oubliant la faiblesse et les besoins de leurs premiers ans, méconnaissent la main secourable que la tendresse paternelle a tendue à leur enfance. Ce crime contre nature, contre lequel la loi n'a que peu de prise, nous a semblé ne pouvoir être suffisamment puni que par l'opinion publique ; de là cette disposition que nous osons vous présenter et qui prive des droits de citoyen le fils ingrat ou dénaturé, qui, avec les moyens de soigner les vieux jours de celui dont il a reçu la vie, se refuserait à ce devoir sacré ; nous le renvoyons à la réprobation de la société entière. »

Les bases financières de l'assistance à domicile

Le rapport pose les principes de base de l'assistance à domicile, et plus particulièrement son financement.

Il insiste sur les disparités géographiques empêchant, selon lui, de définir un tarif fixe pour l'ensemble du territoire. Un revenu de subsistance est proposé, indexé de la façon suivante :

« Les bases que nous avons adoptées pour fixer les secours à domicile consistent à prendre dans les différentes parties du royaume, pour maximum de ces secours un prix proportionné aux moyens nécessaires de subsistance, et à les graduer sur la diminution des forces ou l'accroissement des années. Nous avons cru devoir assujettir ces dépenses publiques à des formes multipliées ; et vous reconnaîtrez avec nous, Messieurs, que cette espèce de rigueur indispensable sera une digue puissante que les administrateurs pourront opposer aux demandes importunes et mal fondées de l'insouciance et de l'avidité. »

Une approche qui évoque clairement celle adoptée de nos jours dans l'évaluation des montants d'aides apportés au titre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Ce rapport introduit, par ailleurs, la notion de dette sociétale qui entraîne un besoin de réparation par l'assistance de la nation. Il l'exprime en ses termes :

« Nous vous proposons en conséquence d'accorder au faible vieillard, vivant en commun, un traitement en nature, de facile préparation, simple, substantiel, avec une légère rétribution en argent dont il puisse disposer à son gré pour se procurer les douceurs qui lui conviendront. Le caractère de liberté qui distingue ce dernier genre de secours nous a paru le plus propre à consoler la vieillesse, en acquittant la dette de la société. »

Nous pouvons ainsi retrouver, en plus de l'introduction de la dette, des notions très modernes pour l'époque ayant trait à la liberté des seniors à disposer d'eux-mêmes.

Le respect de la personne et de sa dignité

La notion de dignité s'avère ainsi être une question qui trouve ses origines dès les premières heures de notre République – et qui n'a, semble-t-il, pas encore trouvé de réponse.

Cette question a, dans ce rapport, une place importante. Déjà évoquée lorsqu'étaient critiqués « les administrations et administrateurs », elle s'exprime également par la prise en compte d'un besoin souvent oublié : celui du plaisir et de la distraction. La proposition d'allocations financières, certes faibles, doit permettre au vieillard, en plus de la prise en compte de ses besoins vitaux, d'accéder à ce que deux siècles plus tard l'infirmière Virginia Anderson appellera le « besoin de se récréer ou de se réaliser ».

Inquiets de favoriser l'oisiveté et l'absence de prévoyance par une assistance trop généreuse, les auteurs ont ainsi justifié la mesure de la façon suivante :

« Comme il n'est ni dans vos principes, ni dans ceux d'une saine politique, que l'homme imprévoyant ne soit pas aussi bien traité dans sa vieillesse que celui qui s'est ménagé des

ressources, nous avons pensé que le traitement, tant en nature qu'en argent, ne devrait être que suffisant, et borné au plus étroit nécessaire. »

Cependant, afin de ne pas infliger un traitement trop strict, et considérant probablement que le vieillard non impotent doit pouvoir jouir de moyens supplémentaires, le rapport préconise que les hôpitaux doivent s'organiser pour permettre à ceux qui le souhaiteraient de réaliser « divers travaux convenables ». Ceci afin que le vieillard bénéficiant d'assistance puisse tirer un revenu complémentaire par son travail.

Le rapport estime que, dans ce travail, l'individu trouvera « un attrait qui lui donne l'espoir d'un meilleur sort sur les bords du tombeau ». Il s'agit par ailleurs, selon lui, « pour la jeunesse, d'un exemple du travail jusqu'au terme le plus avancé de la vie ». Le parallèle avec des débats actuels peut se faire là encore, qu'il s'agisse du conditionnement du RSA à un travail « bénévole » ou du recul de l'âge légal de la retraite. Les grands principes qui animent ces mesures affichent une certaine similarité avec les motifs exposés ici.

Un témoignage historique

Ces débats, tenus le 31 août 1790 au sein de l'Assemblée nationale constituante, représentent sans doute l'une des plus anciennes retranscriptions de la question de la dépendance liée à l'âge dans le débat politique français. Nous pouvons en effet considérer que cette période de transition entre le régime monarchique et la Première République est le terreau des grands bouleversements sociétaux que connaîtra la France tout au long du XIX^e siècle.

Bien que ce projet de décret n'ait jamais réellement trouvé d'application, il traduit une préoccupation pour le traitement accordé aux personnes âgées et nous informe sur les conditions de leur prise en charge. Cette assistance est alors réalisée sous deux formes : soit à domicile pour les vieillards ayant un soutien familial suffisant, soit en hôpital pour les moins fortunés.

Cela nous amène à penser que nos débats « modernes », s'ils ne sont pas de naissance récente, sont bel et bien liés à l'origine de la société contemporaine. On peut y voir une preuve de la complexité de la résolution de la prise en charge digne du vieil âge. Prise en charge qui doit nous amener à y répondre avec le sérieux nécessaire à une question n'ayant toujours pas trouvé de solution acceptable, bien qu'elle fût présentée dans des conditions similaires aux nôtres il y a maintenant plus de 220 ans.

Les sociétés d'assistance mutuelle

Suite logique des confréries que nous avons pu rencontrer dans notre étude de la société médiévale, les sociétés de secours mutuelle sont apparues à la toute fin du 18^{ème} siècle mais ont vu une première définition dans les premières années du 19^{ème}. Cette évolution à marche forcée est en partie liée à la loi dite Le Chapelier de 1791 ayant pour but d'interdire toutes coalitions, permanentes ou temporaires et de condamner les associations ouvrières, les mutuelles et les syndicats. Michel Radelet (1991) nous l'expose d'ailleurs ainsi ; « En 1806, une définition officielle les désigne comme « des sociétés vraiment fraternelles ou par une sorte de pacte de famille, des individus d'une même classe s'assurent mutuellement des secours contre le malheur et la vieillesse » Ce sont d'anciennes confréries qui abandonnent leur référence religieuse pour continuer leurs activités de secours sous un nom laïque ». Ces sociétés selon Radelet (1991) sont financées par la cotisation de leur membre et dans le cas de la Société fraternelle de Sainte-Anne à l'aide d'une quête annuelle. Cette dernière étant l'évolution vers une organisation plus laïque d'une ancienne société religieuse. Il note par ailleurs que ces dernières s'organisent autour de la base du métier. Il nous apprend par ailleurs que l'activité de ces sociétés se trouve encadrée par la loi du 15 juillet 1850 qui dispose par ailleurs des rôles de ces sociétés et qui particulièrement exclu celui de pension de retraite. C'est cependant en 1952, par le décret organique du 26 mars, qu'est réellement introduit le rôle de prévoyance retraite de ces sociétés. Celles-ci sont ainsi de deux formes que nous comparerons dans le tableau 17.

Tableau 17. Tableau comparatif des sociétés d'assistances mutuelles autorisées et libres

Caractéristiques	Sociétés "Autorisées"	Sociétés "Libres"
Reconnaissance	Statut d'établissement d'utilité publique	Autorisation préfectorale
Contrôle de l'État	Contrôle étroit par l'État, notamment par les maires	Surveillance préfectorale, autorisation révocable
Financement	Éligibles aux subventions de l'État	Pas de subventions étatiques, autofinancement par cotisations
Gestion et Administration	Règles strictes, gestion alignée sur les objectifs philanthropiques	Plus grande autonomie de gestion, sous condition de conformité
Risques	Moins exposées grâce au soutien étatique	Plus exposées financièrement et administrativement
Autonomie	Limitée en raison du contrôle accru	Relative, sous condition de maintien d'une bonne gestion
Type de Prestations Sociales	Couverture plus étendue grâce aux subventions, inclut souvent des prestations vieillesse et funérailles	Prestations limitées, essentiellement secours aux malades et aide ponctuelle ²⁹

Nous pourrions d'ailleurs nous intéresser à deux exemples particuliers pour mieux illustrer ces sociétés d'entraide que nous synthétisons dans le tableau 18 :

Tableau 18 : exemple de deux sociétés d'entraide mutuelle à Paris

Société	Incapacité de travail	Retraite
Société des Garçons Boulangers de Paris (1820)	Pas de données en ce sens	Pension annuelle de 250 F à partir de 55 ans
Société des Chapeliers de Paris	Secours journaliers de 1,50 F par jour	Pension mensuelle de 3 F (moins de 20 ans d'ancienneté) ou 5 F (plus de 20 ans)

Comme nous pouvons le voir, ces deux sociétés ont pour point commun d’avoir une prise en charge de la retraite. Loin d’être les seules, elles ont l’avantage d’avoir été documentées dans l’ouvrage de Radelet (1991). Celui-ci nous précise par ailleurs que « G. Hubbard évalue le montant des pensions de vieillesse autour de 150 et 250 F par an, la fourchette allant de 50 à 300 F, à une époque où le minimum vital était de 350 F par an ».

Ces montants sont bien entendu à mettre en perspective avec le niveau de vie de l’époque. Une comparaison avec les revenus moyens de 2024 s’avère une entreprise périlleuse. Ainsi, pour illustrer ce que représentent ces pensions de retraite, nous préférons les comparer à des revenus documentés de l’époque. Le tableau 19 qui nous est présenté par Paul Leroy-Beaulieu nous permet de suivre l’évolution des revenus agricoles français de la fin du XVIIIème à la fin du XIXème siècle.

Tableau 19 Revenus agricoles français de 1780 à 1872 selon M. de Foville

Années	Prix de journée moyen d’un homme (fr)	Revenu annuel d’une famille (fr)
1780	0,5	180
1788	0,6	200
1813	1,05	400
1840	1,3	500
1852	1,42	550
1862	1,85	720
1872	2	800

Francis Démier (2017) nous relève par ailleurs qu’au courant du XIXème que les revenus pour un ouvrier de manufacture se situent autour de 3 francs par jour pour un revenu annuel peinant à dépasser les 300 à 400 francs. S’il ne précise pas exactement d’année de référence, il nous semble plausible que ce revenu s’entende au cours du premier quart de siècle.

Nos deux exemples mentionnent le cas particulier des boulangers parisiens. Leroy-Baulieu (1881) nous permet d’avoir une idée du revenu moyen d’un boulanger qu’il estime à 6 francs par jour au moment de la rédaction de son ouvrage, soit aux alentours de l’année 1881. Si nous en suivons la logique de Démier, le revenu annuel devrait s’estimer autour de 600 à 800

francs. Ces montants annuels semblent relativement similaires à l'évaluation de de Foville des revenus d'une famille du milieu agricole vue dans la figure précédente.

Si nous souhaitons évaluer le niveau de vie que garantissent ces pensions, nous pouvons par ailleurs considérer le coût du logement. Leroy-Beaulieu (1881) nous apporte une information importante à ce sujet. Il nous dit que celui-ci évolue au cours du siècle en passant de 90 francs en 1817 à 110 francs en 1829 pour atteindre 150 francs en 1872 et 167 francs en 1876. Il estime par ailleurs qu'un chiffre plus réaliste de 180 à 190 francs peut s'entendre pour évaluer le loyer moyen parisien de 1880.

Ainsi, si nous considérons que nos garçons boulangers arrivent à être pensionnés à la hauteur de 250 francs, cela représente en 1880 à moins de la moitié du revenu de base d'un garçon boulanger. Rappelons que Radelet insiste sur un minimum vital de 350 francs. Ces pensions sont donc relativement insuffisantes non seulement au regard du coût de la vie mais représentent une part moindre des revenus des allocataires lorsqu'ils étaient en activité. Ces pensions ne représentant pour les plus faibles qu'à peine un dixième des revenus antérieurs jusqu'à sans doute un peu plus de la moitié pour les plus généreuses.

La création des caisses de retraite

L'apport de la fin du XIXe siècle à la prise en charge du grand âge reste la création de caisses de retraite et particulièrement l'implication de l'État et de la sphère politique. Il ne s'agit pas d'une prise en charge spécifique de la dépendance puisqu'il est ici question d'un simple revenu de subsistance, cependant l'apport des retraites pose la première pierre d'un système qui s'oriente vers une dynamique de solidarité collective. La principale différence que nous pouvons noter avec les systèmes anciens des guildes et dans une moindre mesure des sociétés d'assistance mutuelle réside, comme nous venons de le noter, dans une participation active de l'état. Nous détaillerons, dans ce point, l'évolution de la notion des caisses de retraite et ce qui a marqué le besoin d'y recourir. Hautcoeur et Le Quéré (2002) s'intéressent à l'impact de l'effet des transformations démographiques sur l'épargne des Français au XIXe siècle. Ils déterminent qu'un vieillissement de la population s'observe. Celui-ci tire son origine d'une baisse de la fécondité et ainsi d'une augmentation de la part des plus de 60 ans passant de 7,3% en 1810 à 12,2% en 1886. A titre de comparaison, pour l'année 2024, l'INSEE (2024) évalue cette proportion à 27,8%. Au sujet de l'épargne des Français, ils notent qu'au cours de ce siècle les revenus des classes populaires bénéficient d'une hausse régulière. La capacité à épargner de ces dernières reste « extrêmement limitée, voire nulle ». Ceci s'expliquant par un revenu d'activité couvrant tout juste les besoins de consommation immédiats. Dans de telles conditions, il est donc difficile d'imaginer qu'une personne âgée issue d'un milieu populaire ait l'opportunité de se constituer une épargne visant à couvrir son risque de dépendance ou simplement de s'assurer une rente pour ses vieux jours. En effet, dans un mode idéal, une retraite par capitalisation pourrait être équitable dans la mesure où chaque individu possède la capacité de réserver une part de ses revenus pour prévoir l'absence de revenus de ses derniers jours. Selon Karl Marx (1872), cette conception se heurte à une réalité incontournable du système capitaliste. » Ainsi, dans le *Capital*, Marx estime que la plus-value profite exclusivement au capitaliste. Par plus-value, il entend la différence entre la valeur de la « propre force » du salarié et la valeur marchande de ce qu'il produit. Ainsi, si nous considérons l'approche de Marx comme adéquate à l'époque, nous ne pouvons que renforcer notre doute de l'existence d'une quelconque possibilité pour le salarié des classes populaires à capitaliser.

La Caisse nationale des retraites pour la vieillesse

L'État tentera pourtant de créer la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse par la loi du 18 juin 1850. Cette caisse se base sur le principe de l'épargne volontaire et répond aux grands principes suivants :

- Versements volontaires : Les salariés, les entreprises ou les organismes publics pouvaient faire des versements réguliers ou ponctuels à la caisse pour constituer une épargne retraite.
- Capitalisation : Les sommes versées étaient capitalisées, c'est-à-dire investies pour produire des intérêts, afin de constituer un capital qui, au moment de la retraite, serait transformé en rente viagère.
- Choix entre capital aliéné ou réservé :
 - Capital aliéné : À leur décès, le capital accumulé n'était pas transmis à leurs héritiers, mais restait dans la caisse pour financer d'autres pensions.
 - Capital réservé : Le capital accumulé était transmissible aux héritiers, mais cela réduisait généralement le montant des rentes viagères versées au cotisant.
- Rentes gérées par la Caisse des Dépôts : Les rentes étaient gérées et versées par la Caisse des Dépôts et Consignations, garantissant ainsi la sécurité des fonds.

Hautcoeur et Le Quéré (2002) notent d'ailleurs que 85% des pensions étaient inférieures à 200F, ce qui restait insuffisant face à un besoin d'un revenu minimal de l'ordre de 300 à 400F. Ils nous disent par ailleurs que cette caisse n'aura que peu de succès dans les classes populaires mais profitera principalement à la moyenne bourgeoisie. Il s'agit là cependant d'une forme de retraite par répartition dans la mesure où l'option du capital aliéné permet de mutualiser le risque vieillesse par la mise en commun des réserves de capital des pensionnaires décédés avant l'épuisement de leur épargne. L'idée étant de bénéficier d'un revenu plus intéressant au détriment d'une mise à disposition du reste à payer aux héritiers.

Limitation d'accès : Bien que créée pour les salariés modestes, la CRV attirait principalement les épargnants bourgeois, en raison de la faible capacité d'épargne des travailleurs à bas revenus.

La Loi du 20 juillet 1886 relative à l'organisation de la caisse nationale de retraites pour la vieillesse, dispose d'un abaissement du minimum de versement fixé par son article 5 à 1 franc. Elle dispose, par ailleurs, par son article 9 des modalités de calcul des rentes viagères.

Celui-ci s'opère en fonction d'un taux d'intérêt composé du capital et des chances de mortalité à compter de l'âge d'entrée en retraite. Cet article prend pour base les tables de Deparcieux (1760). Pour illustrer cette méthode, nous reconstituerons les formules qui peuvent expliquer comment Deparcieux prévoit la constitution des rentes viagères dans son ouvrage de 1760. Ainsi, selon le chapitre « Des rentes viagères », le fonds total que les rentiers doivent constituer est obtenu en multipliant le nombre de survivants à chaque année par la valeur actualisée de la rente pour cette année. On additionne ensuite ces valeurs pour toutes les années t jusqu'à T , la durée maximale de vie.

$$P = \sum_{t=0}^T S_x(t) \times \frac{r}{(1+i)^t}$$

- P = Fonds total à constituer pour garantir la rente
- $S_x(t)$ = Nombre de survivants à l'âge $x+tx + tx+t$
- r = Montant annuel de la rente
- i = Taux d'intérêt
- T = Durée maximale de vie observée

À l'aide de la formule que nous pouvons retirer de la méthode de Deparcieux, nous isolerons r afin d'en tirer une formule d'évaluation de la rente annuelle que permet la caisse nationale des retraites. Nous obtenons donc :

$$r = \frac{p}{\sum_{t=0}^T S_x(t) \times \frac{1}{(1+i)^t}}$$

Afin de déterminer p , c'est-à-dire le montant total du capital accumulé, nous avons besoin de plusieurs informations basées sur plusieurs hypothèses :

1. L'épargnant capitalisera une part de son salaire chaque année que nous estimerons à 5% et 10%
2. Le taux d'intérêt s'élève à 5% (comme le dispose la loi de 1850)
3. Le revenu augmente de façon constante à un taux de 1,49 % (taux calculé sur la base de la figure 21)
4. L'épargnant a cotisé 40 annuités jusqu'à un départ en retraite en 1886.
5. Son salaire de départ est de 300F

Ce calcul peut se résumer dans la formule suivante :

$$p = \sum_{t=0}^{n-1} (S_0 \times (1 + R_s)^t \times e \times (1 + i)^{n-t-1})$$

- p est le capital final accumulé (ou rente) après n années.
- S_0 est le salaire initial.
- R_s est le taux d'augmentation annuelle des salaires.
- e est le taux d'épargne.
- i est le taux d'intérêt annuel pour la capitalisation.
- t est le nombre d'années depuis le début de la période.
- n est le nombre total d'années d'épargne.

Pour effectuer ce calcul, nous utiliserons une table Excel présentée en annexe 2. Pour rester fidèle aux dispositions de la loi de 1886, nous effectuons un arrondi au supérieur des fonds versés chaque année (la loi dispose par son article 5 que le versement se fait sans fraction de francs). Nous obtenons donc un capital total de 2556F selon notre hypothèse de 5% d'épargne et de 5038F selon notre hypothèse de 10% de taux d'épargne.

Pour calculer le montant de la rente, on applique un coefficient au capital de départ. Afin d'avoir une idée du montant annuel de la rente de notre exemple, nous appliquons un coefficient au capital initial. Nous utilisons la formule suivante :

$$r = p \times a_{55}$$

Où a_{55} Correspond au coefficient pour l'âge de 55 ans.

Nous utiliserons la table présentée en annexe 3 qui nous présente sa valeur pour un départ en retraite à l'âge de 55 ans. Celui-ci s'élève à 0,0864 pour la première année. Nous obtenons donc ;

- Hypothèse à un taux d'épargne de 5%

$$r = 2556 \times 0,0864 = 219.17F$$

- Hypothèse à un taux d'épargne de 10%

$$r = 5038 \times 0,0864 = 435.30F$$

Cette hypothèse s'entend donc pour un travailleur débutant son activité tôt et l'arrêtant également tôt. Les montants nous semblent cohérents avec les données de la littérature. Et

illustrent que pour obtenir une retraite s'approchant du dernier salaire (ici 542F), il est nécessaire de concéder 10% des revenus de l'intégralité de sa carrière professionnelle. Ce qui, pour les revenus les plus faibles, est un effort qui peut s'avérer irréaliste.

Nous nous intéresserons maintenant à la façon dont la question de la réversion est abordée dans l'organisation de cette caisse de retraite. L'article 13 de la loi du 20 juillet 1886 apporte des précisions sur les droits des conjoints concernant les versements à la CRV. Cet article dispose que les femmes mariées, quelle que soit la nature de leur contrat de mariage, peuvent faire des versements à la CRV de manière autonome, sans avoir besoin de l'autorisation de leur mari. Cependant, s'agissant de la répartition des versements entre conjoints, une règle générale s'impose ; Lorsqu'un des conjoints effectue un versement pendant le mariage, ce versement profite séparément à chacun des conjoints, à raison de la moitié pour chacun. Il existe toutefois des exceptions à cette règle. Un conjoint a la possibilité de faire des versements à son profit exclusif dans certaines circonstances, telles que la séparation de corps ou de biens.

Ainsi, le principe de la CRV concernant les époux repose sur un partage par défaut des versements effectués pendant le mariage, tout en permettant une certaine flexibilité et des exceptions pour que les conjoints puissent faire des versements à leur profit exclusif dans des situations particulières. Ce cadre légal garantit une certaine sécurité financière aux deux conjoints, tout en offrant une marge d'indépendance dans la gestion de leurs cotisations. Il permet également de garantir a priori un droit à l'épouse lors du décès du conjoint lorsque celui-ci fait le choix d'une pension aliénée et donc à capital non héréditaire. Elle ne touche ainsi pas à proprement parler une réversion d'une part de son défunt époux mais est légitimement propriétaire en son nom de la moitié de la rente fesse-t-elle entièrement capitalisée par ce dernier.

Pour clore cette analyse de la CRV, nous nous devons de mentionner le cas particulier des employés des mines qui ont, pour la première fois dans le secteur privé, bénéficié par la loi du 29 juin 1894 de la mise en place obligatoire de cotisations minimales de 4% des revenus partagés à parts égales entre le salarié et l'employeur. Ces derniers ayant une reconnaissance de la pénibilité de leur emploi et sont admis à un départ en retraite à 55 ans. Les fonds sont libérés par la CRV selon les modalités précitées ou par une caisse constituée par l'employeur

sous le contrôle de l'État, dans les modalités vues précédemment lors de notre partie sur les sociétés d'assistance.

Le système de retraite du secteur public.

L'État, étant lui-même employeur, ne peut méconnaître le mouvement qui s'opère dans le secteur privé. Désireux de consolider son attractivité, notamment dans son armée, il souhaite renforcer l'attractivité de ce secteur. Hautcoeur et Quéré (2002) nous disent d'ailleurs « En accordant le droit aux pensions, l'État, qui prend en charge l'essentiel du paiement des pensions, attire ainsi une main-d'œuvre stable, importante et qualifiée en dépit de salaires modestes. ». Ainsi, il s'opère une certaine forme de paris sur l'avenir où le caractère sûr de l'emploi et la garantie d'avoir un positionnement peuvent compenser une attractivité salariale plus faible. Ce n'est d'ailleurs pas sans faire écho à la situation de nos infirmières qui pourront trouver des salaires plus avantageux dans les établissements privés à but lucratif. Ainsi, les lois des 11 et 18 avril 1831 sont les premières à instaurer des pensions de retraite pour les militaires de l'armée de terre et de la marine. Ce système est entièrement financé par l'État, sans contribution des bénéficiaires pour les militaires du rang et sous-officiers, et moyennant une faible cotisation pour les officiers. Selon le Sénat (1853), « Le droit à pension est acquis après 30 ans de service effectif dans l'armée de terre ou 25 ans dans la marine. Le montant de la pension est de 200 francs pour un soldat ou un matelot et de 4.000 francs pour un lieutenant général ou un vice-amiral. ». Ces lois prévoient également un accès immédiat en cas d'invalidité survenue en service et une pension de réversion aux veuves et orphelins. Nous pouvons ainsi considérer que pour l'année 1831, une pension de 200F représente moins de la moitié des revenus d'une famille agricole (selon notre figure 21). Nous pouvons rappeler que le secteur primaire en 1831 représente une part très représentative de l'économie, si ce n'est la part la plus importante. Comme nous l'avons vu précédemment, cette rente n'est pas suffisante pour couvrir les besoins d'une famille, cependant elle n'est pas en adéquation avec celles que nous avons pu retrouver précédemment. Il est d'ailleurs à noter que l'absence de cotisation la rend d'une certaine façon plus intéressante. Elle dépasse cependant de beaucoup le maximum autorisé par la CRV (hors fonction publique bien entendu) lorsqu'il s'agit de la pension de ses officiers généraux.

L'État instaure par la suite, par la loi du 9 juin 1853, la création d'un système de retraite pour les fonctionnaires civils. Contrairement aux militaires, ces retraites étaient partiellement

financées par une retenue de 5 % sur les salaires des fonctionnaires, complétée par l'État. Ce système, quant à lui, introduit le modèle de la répartition, où les cotisations des travailleurs en activité servent à payer les pensions des retraités.

Les fonctionnaires pouvaient ainsi prétendre à une pension après 30 ans de service, l'âge légal étant fixé à 60 ans, sauf pour certaines fonctions pénibles, où il était abaissé à 50 ans. Celle-ci était calculée en fonction des six dernières années de traitement moyen. Ce système incluait également une pension de réversion pour les veuves, correspondant à un tiers de la pension du conjoint décédé, dès lors que ce dernier avait accompli 25 ans de service. Parallèlement, des caisses spécifiques sont instaurées pour les agents des collectivités territoriales, comme les communes (par le décret du 25 mars 1852) et les départements (par la loi du 10 août 1871). Le passage a été rendu nécessaire par l'apparition d'une part importante de nouveaux retraités et à l'incapacité de constituer une épargne de façon tardive. Ainsi, la répartition a permis de mieux répondre aux besoins immédiats en retraite sans nécessiter une accumulation préalable de capital sur des décennies. Ce système s'est avéré plus souple, permettant de répondre aux besoins d'une population vieillissante et à une force de travail croissante dans les secteurs publics, notamment les fonctionnaires civils et les militaires.

Le modèle mis en place pour les fonctionnaires et les militaires a ensuite servi de base pour les futurs systèmes de retraite, sa gestion est centralisée par l'État et les pensions sont garanties par ce dernier. Il s'agit sans doute de la première mise en place d'un système de protection sociale visant les seniors se basant sur un système de solidarité organisé et centralisé par l'État. La notion de dépendance n'est bien entendu pas de mise, si ce n'est pour les invalides, mais cela pose une première pierre à l'édifice de la prise en charge sociale par la solidarité de l'état des incapacités physiques des seniors.

Conclusion

Ce chapitre retrace, à travers une perspective historique, l'évolution des perceptions et des modes de prise en charge de la dépendance liée à l'âge, de l'Antiquité au XIXe siècle. Dans l'Antiquité, les attitudes envers les personnes âgées différaient selon les cultures, oscillant entre exclusion et respect. En Grèce, par exemple, le code de Solon imposait aux enfants de s'occuper de leurs parents âgés formalisant pour la première fois la notion d'obligation alimentaire, tout en envisageant des exceptions pour les cas de mauvais traitements subis durant l'enfance, anticipant ainsi des notions modernes de justice sociale. Ces premières législations visaient à protéger les plus vulnérables, mais démontrent par leur simple existence les limites de l'entraide familiale.

Durant la période médiévale, la montée du christianisme introduit une dimension morale dans la prise en charge des vieillards. La vieillesse, souvent associée à la sagesse et à la piété, bénéficiait de modes de prise en charge institutionnalisés comme les hospices ou les monastères, dont le financement reposait essentiellement sur la charité. Ces institutions complémentaires à la solidarité familiale, bien qu'elles aient amorcé une forme d'assistance collective, étaient le reflet des inégalités sociales. Elles prévoyaient en effet un traitement différencié où l'accès à l'hospice était généralement réservé aux plus riches. L'Église, malgré son rôle central dans la moralisation de l'aide, offrait une solidarité variable, dépendant des ressources locales et des structures en place.

Avec la Révolution française, une transformation majeure s'opère dans la conscience de l'État sur la prise en charge des personnes âgées. La nouvelle Assemblée Nationale constituante s'emparera du sujet dès 1790 en introduisant l'idée d'une solidarité nationale. Elle prévoyait de placer pour la première fois la dépendance des aînés sous la responsabilité de l'État. Bien que les débats n'aient pas abouti sur l'adoption d'une loi, ceci marque une rupture avec les précédents systèmes centrés sur la charité religieuse et la famille. Ces discussions marquent le début du chemin vers un système plus juste et digne pour les seniors.

Le XIXe siècle connaît quant à lui l'apparition des premières formes institutionnalisées de retraite et d'assistance mutuelle, notamment grâce à des lois comme celle de 1886. Cette loi pose les bases d'une protection sociale où l'État joue un rôle central. Bien que ces dispositifs demeurent encore insuffisants pour répondre pleinement aux besoins des classes populaires, ils inaugurent une nouvelle ère dans la gestion de la dépendance.

À travers ces différentes périodes, on observe une évolution continue des solutions mises en place pour la prise en charge des aînés. De la solidarité intergénérationnelle en Grèce antique à l'intervention croissante de l'État au XIXe siècle, la société occidentale et plus particulièrement la France ont progressivement institutionnalisé la gestion de la vieillesse. Cette évolution reflète non seulement un changement des structures d'aide, mais aussi des interrogations permanentes à la fois sur la dignité des personnes âgées mais également sur les responsabilités collectives face à la dépendance. Ainsi, cette approche historique permet de comprendre les fondements des politiques modernes et les tensions persistantes entre individualisme et solidarité collective, ainsi que le rôle crucial de l'État qui intervient comme un arbitre garant de la dignité des seniors. Celui-ci cherchera tout d'abord à museler les initiatives populaires, puis à les réguler et enfin à les contrôler en organisant lui-même le système de solidarité. Celle-ci, bien entendu, est principalement liée à la structuration de l'État lui-même et à l'apparition de régimes manifestement plus démocratiques.

Chapitre 2 : Modèle de financement de la dépendance vers une évolution nécessaire

Introduction

Le vieillissement de la population et l'augmentation continue des personnes en situation de dépendance soulignent les limites actuelles du modèle de prise en charge en France. Bien qu'il soit consolidé autour de l'APA, celui-ci montre des inégalités croissantes en raison d'une décentralisation qui a laissé les départements gérer une part majeure des financements. Ces inégalités territoriales et sociales mettent en évidence la nécessité d'une réforme du système. Ceci afin de garantir un accès plus équitable aux aides et de répondre de manière plus adaptée aux besoins des personnes âgées.

Le modèle français pose question par sa façon d'évaluer la dépendance. Il repose en effet principalement sur des critères physiques, comme en témoigne la grille AGGIR. Cette approche néglige pourtant les dimensions sociales et environnementales de la dépendance. Cette négligence a pour effet de créer un déséquilibre dans l'évaluation des besoins du senior dépendant.

Nous présenterons de façon détaillée la construction et le fonctionnement du modèle social français, puis nous étudierons l'exemple suédois. Bien qu'ayant également expérimenté les effets négatifs de la décentralisation, celui-ci montre que la recentralisation peut être un levier puissant pour garantir une prise en charge plus juste et plus inclusive. Il met par ailleurs en avant le rôle actif des seniors dans la société, non seulement comme bénéficiaires de services, mais comme acteurs sociaux participant à la vie de la communauté. Cela s'illustre notamment par la cohabitation intergénérationnelle et l'intégration des seniors dans les activités sociales et culturelles des communes. Pour cela, ce modèle s'appuie sur un urbanisme repensé autour des liens intergénérationnels. Il devient ainsi un axe central de la prévention de la dépendance, favorisant un maintien à domicile plus sûr et plus inclusif.

Ce chapitre propose donc une refonte globale du modèle de prise en charge de la dépendance des seniors. Notre proposition intègre la notion de handicap social, telle que définie dans les travaux de Didier Castiel que nous étudierons en détail. Ce concept de handicap social permet une évaluation plus juste, tenant compte des effets de la précarité, de l'isolement et des conditions de vie. Il offre ainsi une vue d'ensemble plus réaliste mais surtout plus juste de la situation des seniors. Nous débuterons notre proposition par la recentralisation du financement autour de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie). Cette

mesure vise à redistribuer de manière plus équitable les ressources aux différents territoires et à alléger la pression qui pèse sur les départements les moins dotés. La recentralisation permet de repenser l'organisation des financements publics pour une répartition plus homogène, tout en assurant un niveau de service minimum pour tous les seniors dépendants, indépendamment de leur lieu de résidence. Nous proposerons ensuite une nouvelle approche d'évaluation centrée sur l'ensemble des besoins des seniors en intégrant les notions sociales (entourage, intégration culturelle), mais également domestiques (capacité à faire le ménage, les courses, la cuisine). En complément de la réforme de l'évaluation, ce chapitre propose deux méthodes de tarification des heures d'APA à domicile : l'une basée sur une modulation du tarif horaire en fonction des besoins réels des bénéficiaires, et l'autre sur un ajustement du reste à charge. Ces méthodes visent à assurer un équilibre entre la personnalisation des aides et une solidarité financière qui protège les plus modestes, tout en impliquant ceux disposant de plus de moyens.

En intégrant des critères plus justes dans l'évaluation des besoins, en recentrant le financement autour de l'État, et en valorisant le lien social comme levier de prévention de la dépendance, nous souhaitons rétablir une justice sociale sur l'ensemble du territoire français. L'enjeu est de taille : il s'agit non seulement d'améliorer les conditions de vie des seniors, mais également de réduire les inégalités sociales et territoriales, et d'assurer une prise en charge digne et équitable à tous les niveaux.

Modèle social français de prise en charge de la dépendance

Dans ce point, nous aborderons le modèle social français de prise en charge de la dépendance. Nous débuterons par étudier sa construction et les différentes étapes qui ont permis sa structuration actuelle. Nous aborderons ensuite une présentation des outils d'évaluation de la dépendance, puis poursuivrons par une présentation des acteurs professionnels et informels. Enfin, nous nous intéresserons à ses modalités de financement et d'organisation territoriale.

Construction du système de prise en charge de la dépendance

- Années 1960-1970 : Les prémices d'un système de prise en charge.

Le Rapport Laroque de 1962 pose les fondements de la prise en charge des seniors en France ; il souligne l'augmentation des besoins des personnes âgées en matière de soins, de soutien social et d'aide aux familles. Il prône une refonte des politiques publiques en adoptant une approche globale et coordonnée pour l'accompagnement des seniors. Ce rapport a servi de base à de nombreuses réformes ultérieures, ouvrant la voie à une réflexion plus approfondie sur le vieillissement démographique.

La loi du 30 juin 1975, inspirée par le rapport Laroque, constitue la première action législative visant à structurer la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Initialement prévue pour prendre en charge le handicap, elle est élargie aux seniors en introduisant des mesures spécifiques pour l'hébergement et l'aide à domicile. Elle marque ainsi le début de la reconnaissance officielle des besoins particuliers des personnes âgées.

- Années 1980 : Évolution progressive et premiers jalons

La question de la dépendance des personnes âgées devient un sujet de plus en plus préoccupant. La société française commence à prendre conscience des défis liés au vieillissement. Dès le début de la décennie, en 1981, la création du Secrétariat d'État aux Personnes âgées marque une reconnaissance institutionnelle des besoins des seniors. Celui-ci avait pour mission de coordonner les actions publiques et d'adapter les mesures à leur situation spécifique.

L'année 1982 est marquée par la Loi Defferre qui instaure la décentralisation et modifie profondément la gestion de l'aide sociale en France. Elle transfère aux collectivités locales la responsabilité de gérer les aides destinées aux personnes âgées, révélant ainsi des disparités importantes entre départements. Certaines collectivités disposant de plus de moyens que d'autres pour répondre aux besoins de la population âgée. Franck Gagnaire (2013) rappelle que cette période est marquée par une pression financière accrue sur les collectivités locales. La décentralisation attribue de nouvelles responsabilités aux départements en matière d'aide sociale, mais sans leur fournir les ressources financières suffisantes pour les assumer pleinement. Ce transfert de responsabilité aggrave les inégalités entre départements, accentuant ainsi les disparités dans l'accès aux aides pour les personnes âgées dépendantes. Michel Borgetto (2019) établit un constat similaire. Michèle Clément et Jacques Roy (1992)

mettent en évidence que les inégalités d'accès aux services publics sont visibles notamment en milieu rural, où les ressources sont plus rares.

- 1989 : Création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)

1989 marque la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), elle est la première prestation sociale dédiée aux personnes âgées dépendantes. Elle vise à couvrir les frais d'aide à domicile ou d'hébergement en structure spécialisée. Cependant, la PSD reste limitée : son accès est soumis à des critères de revenus et de niveau de dépendance, excluant ainsi de nombreux seniors en difficulté. Gagnaire (2013) critique cette approche, notant que les collectivités locales sont contraintes d'appliquer des politiques nationales sans grande marge de manœuvre.

- 1994 : Plan Vieillesse et Solidarités

Le Plan Vieillesse et Solidarités marque une avancée importante dans l'accompagnement des personnes âgées. Il vise à mieux coordonner les différentes politiques publiques, à renforcer les infrastructures d'accueil et à encourager la solidarité intergénérationnelle. Nous pouvons là observer une première volonté de l'État de favoriser le lien entre les générations. Ce plan constitue une étape préparatoire aux réformes futures, notamment celles concernant la PSD et l'APA.

- 1997 : Tentatives de réforme de la PSD

La Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tente d'améliorer la PSD pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées. Toutefois, cette réforme n'abolit pas les critères de ressources stricts, ce qui empêche toujours de nombreux seniors d'accéder à cette aide. La PSD reste donc principalement réservée aux personnes âgées les plus démunies.

- 2001 : Création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Face aux limites de la PSD, la Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 instaure l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Plus universelle, cette allocation vise à offrir une aide financière basée sur le degré de dépendance, sans imposer des conditions de ressources aussi restrictives que celles de la PSD. Parallèlement, un plan de modernisation des maisons de retraite est mis en place afin de répondre à l'augmentation de la demande et d'améliorer les infrastructures d'accueil. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) représente un changement significatif, mais sa mise en œuvre diffère considérablement selon les départements, notamment en raison des écarts budgétaires.

- 2004 : Création de la CNSA

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), instaurée par la loi du 30 juin 2004 (n°2004-626), centralise une part des financements destinés aux politiques en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap. Elle a pour vocation de jouer un rôle essentiel dans la redistribution des ressources aux départements. Elle doit aider ainsi à atténuer certaines inégalités territoriales. Le budget de l'APA restant cependant majoritairement financé par les départements.

- 2015 : Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

La Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015, dite loi d'adaptation de la société au vieillissement, renforce les services d'aide au maintien à domicile et encourage la coordination entre les différents acteurs. Elle marque un pas important vers l'adaptation de la société aux défis posés par le vieillissement. Elle se concentre autour de trois objectifs : L'anticipation pour identifier et combattre les premiers facteurs de risque de perte d'autonomie. L'adaptation des politiques publiques aux besoins des personnes âgées. Et l'accompagnement pour améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Cette loi apporte les mesures suivantes :

1. Revalorisation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :

Amélioration des conditions d'attribution et du montant de l'APA pour soutenir les personnes âgées vivant à domicile.

2. Refonte de l'Aide à Domicile :

Réorganisation des services d'aide à domicile pour garantir une meilleure qualité et accessibilité.

3. Soutien aux Proches Aidants :

Mise en place de dispositifs pour valoriser le rôle des proches aidants, y compris des formations et un droit au répit.

4. Accès aux Accueils Familiaux et Établissements :

Clarification des règles concernant les tarifs d'hébergement en EHPAD et soutien au développement des accueils familiaux.

5. Création d'un Haut Conseil de l'Âge :

Un organe consultatif pour guider les politiques publiques liées au vieillissement.

6. Financement par la CNSA :

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est chargée de financer les actions de prévention et d'accompagnement, avec une ressource dédiée, la Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

7. Lutte contre l'isolement :

Financement de formations pour les bénévoles et mesures spécifiques pour maintenir le lien social.

8. Amélioration de l'Offre Médico-Sociale :

Renforcement des services médico-sociaux disponibles sur le territoire pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

- 2019 : Rapport Libault et 2021 : Loi "Grand âge et autonomie"

Le Rapport Libault de 2019 propose des solutions pour anticiper le vieillissement croissant et les défis qu'il pose. En 2021, la Loi "Grand âge et autonomie" est adoptée, renforçant les dispositifs de soutien aux personnes âgées dépendantes et assurant un financement plus stable.

Outils et modalités d'évaluation de la dépendance

La principale modalité d'évaluation de la dépendance, qui est par ailleurs celle que nous retenons dans nos variables explicatives, est l'évaluation GIR (groupe iso ressources) se basant sur l'outil de la grille AGGIR que nous allons détailler.

Cette grille se veut capable d'illustrer le degré de dépendance ou le niveau de perte d'autonomie d'une personne se basant sur des variables de deux types. Cette évaluation a comme principal objectif de déterminer la nature et le montant des aides attribuées ou non au demandeur. Il est donc nécessaire d'entamer une démarche de prise en charge sociale de compensation de la dépendance pour obtenir une classification GIR reconnue par l'État. Ceci n'empêchant en rien l'usage de cette échelle par les acteurs professionnels dans un but d'évaluation des besoins non liés à une quelconque aide sociale. Les premières variables dites discriminantes sont prises en compte dans le scoring du GIR et sont orientées principalement sur la personne elle-même, sans tenir compte de son entourage. Les dernières, au nombre de sept, sont dites illustratives. Elles ne modifient pas le score GIR, mais permettent d'orienter l'évaluateur dans la nature des aides proposées.

Sont donc évalués :

- Variables discriminantes :
 - Cohérence : capacité à communiquer et à s'exprimer de façon sensée
 - Orientation : capacité à se repérer dans le temps et l'espace.
 - Toilette : capacité à se laver et à se maintenir propre.
 - Habillage : capacité à s'habiller et à se déshabiller (notamment de façon adaptée)
 - Alimentation : capacité à manger des aliments ou des plats déjà préparés (n'évalue pas la capacité à cuisiner ou à réchauffer)
 - Élimination : capacité à assurer ses besoins urinaires et fécaux de façon autonome et continente.
 - Transferts : capacité à passer des positions assises, allongées et debout.
 - Déplacement à l'intérieur : capacité à se déplacer à l'intérieur en tenant compte des aides mécaniques (type canne, déambulateur, fauteuil...)
 - Communication à distance : capacité à utiliser un téléphone ou une alarme, notamment dans un intérêt d'appel au secours.
- Variables illustratives :
 - Gestion : capacité à gérer ses finances, ses biens...
 - Cuisine : capacité à confectionner des repas pour soi ou son entourage (notamment dans le cas d'un couple)
 - Ménage : capacité à effectuer l'ensemble des travaux ménagers.
 - Transport : capacité à se déplacer à l'aide de tout moyen de transport (par exemple conduire soi-même ou commander un taxi pour réaliser un trajet)
 - Achats : réaliser des achats soit en boutique, soit par correspondance.
 - Suivi du traitement : respecter les prescriptions des ordonnances médicales (l'approvisionnement en médicament n'est pas évalué)
 - Activité de temps libre : pratiquer des activités de loisir, sociales...

Nous pourrions bien entendu avoir un esprit critique sur l'opportunité de ne pas tenir compte des variables dites illustratives dans la classification de la dépendance. Il est en effet notable que si la personne évaluée ne présente pas d'incapacités majeures, mais que son état ne lui permet ni d'entretenir son logement ni de réaliser ses repas, le maintien à son domicile de façon autonome semble précaire si ce n'est dangereux. Cependant, bien que la question se

pose, cela n'est pas ici l'objet de l'étude. Nous nous réservons en revanche l'opportunité de le faire ultérieurement.

Le classement GIR ainsi obtenu répartit les personnes évaluées dans 6 groupes numérotés de 1 à 6, où le groupe 1 est le plus dépendant. L'annexe 2-1 du code de l'action sociale et des familles³⁰ interprète le classement GIR de la façon suivante :

- « Le GIR 1 comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé essentiellement de deux sous-groupes :
 - D'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les "grabataires lucides") et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;
 - D'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les "déments perturbateurs") ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles, mais fréquentes pour les activités corporelles.
- Le GIR 3 regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.
- Le GIR 4 comprend deux sous-groupes essentiels :
 - D'une part, des personnes n'assumant pas seuls leurs transferts, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillement, la plupart s'alimentent seules.

³⁰ Consultable au lien suivant : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696537/

- D'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assurant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part).

- Le GIR 5 est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques. »

Le GIR 6 se compose des personnes autonomes. Cependant, il est peu fréquent qu'une évaluation soit demandée sur une personne relevant de ce groupe. Nous pouvons donc considérer ce niveau comme un point zéro, qui représente une autonomie complète. Dans cette situation, il est aisé d'imaginer qu'en l'absence de difficultés, les évaluations n'ont simplement pas lieu.

Acteurs de la prise en charge de la dépendance

Les acteurs informels

Nous considérerons ici comme acteurs informels toute personne liée d'une relation familiale ou amicale apportant un service à une personne âgée dépendante. Marie Ève Joël(2018) insiste sur le caractère complexe de la définition de l'aidant informel, mais en précise les contours : « on parle tantôt d'aide informelle, naturelle, familiale, profane, de proximité, non professionnelle. La complexité de l'aide informelle, son caractère multidisciplinaire, sanitaire et social, à géométrie variable, évolutif dans le temps ont été bien mis en évidence. La situation d'aide est loin d'être homogène. Les pathologies et les polypathologies des personnes âgées sont différentes. »

L'étude VQS (vie quotidienne et santé) considère l'aidant « proche » comme étant soit un conjoint, un ami, ou une personne du cercle familial. Cette définition est suffisamment large et nous ne pouvons que l'approuver puisqu'elle englobe l'ensemble des acteurs qui peuvent composer l'aide informelle.

Il est notable, comme le souligne Marie-Ève Joël, que cette aide informelle soit protéiforme. Il est donc difficile d'en tracer des contours exacts. Elle peut compléter ou se substituer à une aide professionnelle, et ce malgré la technicité élevée de certains actes pratiqués au domicile. Le proche aidant devenant ainsi une sorte de professionnel par procuration et celui-ci peut soit apprendre au contact de professionnels diplômés soit assister à des formations réservées aux aidants comme il s'en développe de plus en plus notamment par la création de diplômes universitaires ou interuniversitaires accessibles aux proches aidants. L'association française des aidants proposant par ailleurs un catalogue de formations spécialisées.

Les acteurs professionnels

Les services d'hébergement

La prise en charge institutionnelle regroupe les EHPAD et les résidences non médicalisées de type foyers logements. Ces deux dernières permettent aux seniors les plus autonomes de se maintenir dans un environnement plus sécurisé que le domicile, en gardant une autonomie renforcée. La grande majorité des seniors en institution doivent donc faire face au coût des EHPAD, dont la tarification se compose de trois tarifs :

- Le forfait hébergement : financé par le résident et soumis à l'aide sociale au titre des APL / ALS

APL : L'allocation personnalisée au logement est selon l'INSEE versée « aux locataires sous condition de ressources. Elles visent à limiter le taux d'effort, c'est-à-dire la part des ressources consacrée aux dépenses de logement par les ménages locataires bénéficiaires, ou à permettre à ces ménages d'accéder à des logements de meilleure qualité, à taux d'effort donné. ».

Le montant de l'APL dépend d'une part de la zone géographique (3 zones existent, Zone 1 Paris, Zone 2 agglomérations de plus de 100 000 habitants, Zone 3 reste du territoire), du montant des revenus des 12 derniers mois et bien entendu du montant du loyer. Le plafond pour une personne seule est de 296,82 € pour la zone 1, 258,69 € pour la zone 2 et 242,46 € pour la zone 3.

En EHPAD, le résident peut prétendre aux APL si l'établissement est conventionné. Le cas échéant, une demande d'ALS (Allocation logement social) est possible selon des conditions et montants similaires à l'APL.

- Le forfait dépendance : financé par le résident et soumis à l'aide sociale au titre de l'APA
Par l'arrêté du 30 décembre 2021, depuis le 1^{er} janvier 2024, le montant minimal horaire des services d'aide à domicile est fixé à 23,5 €. Le montant maximal mensuel de l'APA pour la catégorie GIR 1 est de 1955,60€ et descend jusqu'à 762,87€ pour le GIR 4

- Le forfait soins : pris en charge par l'assurance maladie.

Le tarif de l'EHPAD comporte donc pour le résident les deux premiers forfaits et est soumis à de grandes variations. Celles-ci dépendent de plusieurs facteurs tels que le niveau de gamme de l'établissement et des prestations complémentaires qu'il propose (nombre et richesse des activités, niveau de standing des installations...), mais également de son emplacement géographique et de la structure juridique de l'établissement (lucratif, associatif, public). Le tarif médian des EHPAD en France est de 2004 euros en 2019 la plus grande différence de tarif se joue sur la structure juridique de l'établissement où la moyenne nationale du tarif mensuel médian des EHPAD publics est de 1946 euros contre 2709 euros pour un EHPAD Privé commercial et 2073 euros pour un EHPAD privé non lucratif selon la CNSA (2021). En 2016, le tarif médian est de 1798 euros pour les zones rurales et de 2046 euros pour les zones urbaines, toujours selon la CNSA (2017).

L'offre de soins de ville

La prise en charge ambulatoire s'organise autour de différents acteurs qu'ils soient travailleurs sociaux, médicaux ou paramédicaux. La prise en charge sociale : nous retrouverons dans ce domaine les métiers de l'aide sociale traditionnels comme les assistantes sociales (qu'elles soient des collectivités territoriales ou des services de santé) ainsi que des mandataires de justice intervenant dans la gestion financière de la personne dépendante. La prise en charge par mandataire s'effectue suite à une décision de justice et représente une part de la population des plus de 60 ans en forte hausse au fur et à mesure que la population vieillit. On observe par ailleurs que la catégorie des plus de 60 ans représente 48% des majeurs protégés en 2015 selon l'étude de la fédération nationale des Centres Régionaux d'Études, d'Action et d'Informations (2017), alors que la population des plus de 60 ans ne représente que 24,9% pour la même année selon l'INSEE (2024). Nous observons donc que l'âge renforce le risque de se trouver sous une mesure de protection judiciaire. L'étude de la Fédération nationale des

Centres Régionaux d'Études, d'Action et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI) note par ailleurs que la proportion de mesures augmente très fortement à partir de l'âge de 75 ans.

- La prise en charge médicale et paramédicale :

Le législateur a fait le choix de placer le médecin traitant (dans la grande majorité des cas un médecin généraliste) comme coordinateur du parcours de soins. Ce rôle est renforcé par la loi HPST qui insiste sur le rôle d'orientation, de coordination et de synthèse du médecin traitant. Ces rôles font par ailleurs l'objet d'un forfait patientèle médecin traitant (FPMT) établissant une tarification par patient selon l'âge et les comorbidités. Ainsi, dans le cadre du suivi gériatrique, le médecin traitant se voit attribuer un forfait annuel de 5 ou de 42 euros par patient de moins de 80 ans selon qu'il ait une ALD ou non, et un forfait de 70 euros pour tous les patients de plus de 80 ans. La prise en charge paramédicale regroupe ainsi l'ensemble des personnels infirmiers qu'ils interviennent de façon libérale ou salariée (services de soins infirmiers à domicile SSIAD, hospitalisation à domicile HAD). Dans le cadre des SSIAD, le rôle de coordination est fixé par circulaire ministérielle ; celle-ci dispose que l'infirmier coordinateur est « la clé de voûte du dispositif de soins infirmiers à domicile ». La prise en charge paramédicale de la dépendance ne se borne cependant pas aux stricts soins infirmiers, mais propose un panel large de compétences. Nous retrouverons ainsi les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les pédicures podologues, les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Ces deux derniers professionnels n'agissant généralement que de façon salariée dans les SSIAD et HAD, par exemple. Le financement de la prise en charge médicale et paramédicale se fait essentiellement par l'assurance maladie. Le montant de la prise en charge varie selon les activités d'une prise en charge totale à nulle. Concernant les actes relevant des professions libérales, la part sécurité sociale couvre l'ensemble des honoraires médicaux (hors dépassements d'honoraires et ticket modérateur) et l'ensemble des actes infirmiers qu'ils soient médicaux ou non (AMI ou AIS selon la nomenclature générale). Les SSIAD et HAD font l'objet d'une prise en charge totale par l'assurance maladie.

- La prise en charge domestique des actes simples :

Elle peut se faire par l'intermédiaire des professionnels de l'aide à domicile. L'aide à domicile intervient donc dans les actes de la vie courante tels que l'entretien du logement, la réalisation des courses, la surveillance quotidienne. Mais également dans la réalisation d'actes de soins simples tels que les aides à la toilette. Ce secteur intervient en complément du secteur

paramédical, mais également en suppléance afin de répondre aux besoins non couverts par l'offre des services pris en charge par l'assurance maladie. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) établit, dans une étude de mai 2016, le coût médian horaire de l'aide à domicile à 23,55 euros. Ce tarif s'établit sur une composition des coûts majoritairement liés aux charges de masse salariale à hauteur de plus de 85 %, soit en moyenne 20,55 euros (2016). L'étude d'Arnaud Fizzala (2016) établit un reste à charge moyen de 80 euros par mois croissant selon la gravité du GIR. Sans surprise, le taux d'effort est ainsi croissant en fonction de la sévérité du GIR. Sur une comparaison de ressources, cette étude nous montre que le taux d'effort est croissant jusqu'au plafond de ressources de l'APA. Celui-ci décroît alors naturellement puisque les bénéficiaires reçoivent le même montant de participation (10%) alors que les revenus augmentent. En effet, à un taux de prise en charge identique, l'augmentation du niveau de vie améliore la capacité à payer des individus et, par conséquent, diminue le taux d'effort, c'est-à-dire le rapport entre le montant de la dépense et le revenu. Nous apprenons par ailleurs qu'un quart des bénéficiaires ont un plan d'aide dit saturé. C'est-à-dire qu'ils ont atteint le montant maximal attribué au GIR dont ils relèvent.

Un financement décentralisé et protéiforme

Le financement de l'APA s'opère de façon hybride. Comme nous l'avons vu précédemment dans nos études des déterminants à l'aide humaine, celui-ci s'opère par une partie soutenue à l'échelle des conseils départementaux. Les données financières fournies par la CNSA au titre de l'année 2022 (2024) nous permettent de constater que 58% de la charge financière de l'aide repose sur les finances départementales. Cette aide appliquée de manière inégale sur le territoire français, vient d'être réformée par le projet de loi de finances de la sécurité sociale de 2022. Ces modifications que nous allons détailler apportent des évolutions organisationnelles qui vont dans le sens de la qualité des soins mais ramènent leur lot de complications dans l'organisation du paiement des aides en ajoutant des mécanismes de financement complémentaires. Le ministère de la solidarité, de l'autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes propose une notice explicative que nous allons résumer. Cette réforme a pour objectif d'améliorer la qualité des services destinés aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, en prenant en considération l'augmentation des besoins de ces populations.

➤ Mise en place d'un tarif minimum national

Depuis le 1er janvier 2022, un tarif plancher de 22 € par heure a été instauré pour les services d'aide à domicile, qu'ils soient agréés ou non pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Cette mesure vise à corriger les écarts de tarifs entre les départements et à mieux financer les services proposés.

➤ Dotation additionnelle

Une dotation supplémentaire a été mise en place à partir du 1er septembre 2022. Elle sert à financer des actions suivantes :

- Améliorer la qualité de l'accompagnement, notamment par des interventions en soirée, les week-ends et les jours fériés.
- Soutenir les aidants et lutter contre l'isolement des bénéficiaires.
- Améliorer les conditions de travail des intervenants à domicile.

Cette dotation est accordée aux services qui concluent un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le conseil départemental, après un appel à candidatures.

➤ Compensation assurée par la CNSA

La CNSA couvre l'augmentation des coûts liés à la mise en place du tarif plancher et de la dotation supplémentaire. Cependant, cette compensation ne couvre pas entièrement le financement des services d'aide à domicile. Les départements continuent de participer au financement, mais la CNSA prend en charge 3 € par heure en moyenne grâce à un concours spécifique.

➤ Réorganisation des services à domicile

La réforme prévoit une réorganisation des services à domicile pour améliorer la coordination entre les différentes structures (SAAD, SSIAD et SPASAD). Ces services seront regroupés pour former une nouvelle catégorie appelée « services autonomie à domicile ». La réorganisation prévoit :

- Fusion des services : Les SAAD (services d'aide et d'accompagnement à domicile), SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) sont intégrés dans une entité unique pour simplifier l'offre de services et répondre plus efficacement aux besoins des usagers.

- **Modèle intégré** : L'objectif est de proposer un modèle combinant services d'aide à domicile et soins médicaux dans une approche coordonnée pour offrir une prise en charge plus complète des bénéficiaires, notamment ceux ayant des besoins complexes liés à l'âge ou au handicap.
- **Conditions minimales de fonctionnement** : Les nouveaux services d'autonomie à domicile devront se conformer à des standards minimums de fonctionnement. Si un service ne peut pas offrir directement des prestations de soins, il devra établir des partenariats avec d'autres structures ou professionnels de santé.
- **Délai de transition** : Les services actuels (SAAD, SSIAD, SPASAD) ont un délai de deux ans à partir de la publication du décret (au plus tard en juin 2023) pour se conformer aux nouvelles exigences. En cas de non-conformité, leurs autorisations pourront être révoquées.

➤ **Dotation pour la coordination**

Une dotation spécifique est prévue pour les services d'autonomie à domicile intégrant à la fois l'aide et les soins. Cette dotation, versée par l'ARS (Agence régionale de santé), finance la coordination des interventions (gestion des plannings, échanges d'informations entre professionnels de santé et intervenants à domicile) et permet la mise en place d'outils communs tels que des logiciels de télégestion ou des dossiers patients partagés.

➤ **Incitation à la mutualisation**

La réforme encourage la mutualisation des ressources entre les services d'aide à domicile pour assurer une couverture plus homogène sur l'ensemble du territoire. Les services qui ne peuvent pas proposer de soins devront coopérer avec d'autres structures afin de garantir une prise en charge complète des besoins des bénéficiaires.

➤ **Calendrier de mise en œuvre**

Le calendrier de la réforme prévoit plusieurs étapes clés :

- À partir du 1er janvier 2022, le tarif plancher de 22 € par heure est appliqué.
- Avant le 30 juin 2023, un décret sera publié pour établir les modalités de fonctionnement des services d'autonomie à domicile et le cahier des charges à respecter.
- Les services existants ont deux ans pour se mettre en conformité avec les nouvelles exigences.

Bien que nous puissions accueillir avec bienveillance la volonté politique de réformer un système, nous craignons que sur son volet financement cette réforme vienne complexifier encore un peu plus un mode de répartition de la charge financière qui a besoin d'une simplification. Nous pouvons en effet craindre que plus le système sera complexe, plus des mesures visant à compenser d'autres mesures existeront, plus les coûts de transaction seront élevés. Nous y voyons un risque de perte inutile d'argent public. Par ailleurs, comme nous l'avons observé lors de notre étude des finances départementales, il y a autant de politiques budgétaires qu'il y a de départements. Le simple fait que le budget dépendance soit voté par le conseil départemental rend cette aide extrêmement sensible aux choix politiques et est un vecteur très inquiétant d'inégalités. Nous pouvons, par ailleurs, rappeler que la précarité pèse elle-même sur la capacité de financement des départements et majore le besoin de leurs populations. Nous ne pouvons que regretter que la majorité du financement d'une aide sociale aussi importante soit soutenu par des collectivités qui n'ont pas toutes la même capacité à le faire.

Etude du cas suédois

Notre thèse a mis en avant les nombreuses limites du modèle français de prise en charge de la dépendance. Nous proposons ainsi de nous intéresser au cas de la Suède. En effet, le modèle suédois a rencontré des enjeux similaires au nôtre, notamment en matière d'inégalités territoriales. Celui-ci a par ailleurs mis en place des mesures de recentralisation qu'il nous semble pertinent d'aborder afin d'enrichir notre travail des tentatives suédoises. À ce sujet, plusieurs recherches se sont penchées sur le modèle de prise en charge de la dépendance. Les articles de Nathalie Morel (2010), Marta Szebehely, Gun-Britt Trydegård (2012) et Teresita Stamm Alfredsson (2023) apportent un éclairage important sur les réformes ayant eu lieu à la fin des années 1990 ainsi que les initiatives de recentralisation qui ont suivi. Celles-ci s'avèrent particulièrement intéressantes pour cette thèse qui s'intéresse notamment à la décentralisation du financement de la dépendance en France ainsi que ses répercussions sur les inégalités sociales et territoriales. Nous pourrions, grâce à ces travaux, analyser les mécanismes du financement local et l'accès aux soins, tout en offrant un point de comparaison avec le modèle français. Ces analyses permettent d'acquérir une meilleure compréhension des effets des politiques de décentralisation et d'envisager les mesures à

prendre pour garantir une répartition équitable des services de soins aux personnes âgées dépendantes.

Réformes des années 1990 et décentralisation

Dans son article *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008*, Nathalie Morel met en lumière les réformes de décentralisation des années 1990 en Suède, qui ont profondément modifié l'organisation des services de soins aux personnes âgées. En transférant des responsabilités aux municipalités, le modèle suédois a vu émerger des inégalités territoriales marquées. En effet, pour l'année 1997, le pourcentage de personnes âgées de 80 ans et plus vivant en résidences spécialisées variait de 15 % à 40 % selon les municipalités. S'agissant de l'aide à domicile, l'article observe des variations de 5 % à 50 %. Ce processus de décentralisation a laissé une grande marge de manœuvre aux municipalités, notamment dans la fixation des taux de participation. Ceci a contribué à creuser les inégalités sociales, notamment territoriales.

De leur côté, Szebehely et Trydegård (2012), dans leur article *Home care for older people in Sweden: a universal model in transition*, analysent comment cette décentralisation a renforcé la privatisation des services de soins, notamment pour les groupes socio-économiques plus aisés. Alors que les personnes à revenus plus faibles dépendent majoritairement de leur famille pour recevoir des soins, celles avec des moyens plus importants peuvent compléter l'offre publique en ayant recours à des services privés. Cette évolution vers la privatisation des soins a contribué à une fragmentation du modèle universel suédois, autrefois reconnu pour sa cohérence et son égalité d'accès.

Recentralisation des années 2000, persistance des inégalités

Devant l'ampleur des inégalités engendrées par la décentralisation, une tentative de recentralisation a été lancée à la fin des années 1990. Nathalie Morel (2010) décrit cette période comme une phase au cours de laquelle le gouvernement suédois a cherché à rétablir un certain équilibre en plafonnant les contributions des bénéficiaires à 170 euros par mois. Ces réformes incluaient aussi la garantie d'un revenu minimum de 450 euros pour une personne seule. Bien que ces mesures aient permis de réduire certaines inégalités, la privatisation continue d'alourdir le reste à charge des ménages à faible revenu.

Szebehely et Trydegård (2012) ajoutent que, malgré ces efforts, la récente vague de privatisation continue de bénéficier aux plus aisés, pendant que les plus vulnérables restent

tributaires des services publics. La mise en place d'un cadre législatif plus strict n'a pas réussi à renverser totalement la tendance des inégalités territoriales et sociales. Le système reste encore aujourd'hui marqué par une inégalité d'accès aux services de soins en fonction des ressources économiques.

Effet de la cohabitation et du fait de vivre seul

Dans l'article de Brändström et al. (2022), les auteurs explorent les effets du mode de vie (vivre seul ou cohabiter) sur l'accès aux soins à domicile. Ils montrent que les personnes âgées vivant seules sont presque six fois plus susceptibles de recevoir des soins à domicile par rapport à celles qui cohabitent avec un partenaire ou un membre de la famille. De plus, ces personnes seules reçoivent en moyenne trois heures supplémentaires de soins par mois par rapport aux cohabitants. Cela démontre une fois de plus l'influence des conditions de vie sur l'accès aux services publics en Suède, et renforce l'idée que la dépendance au système public est exacerbée pour les personnes les plus isolées.

Ce constat rejoint les résultats observés par Teresita Stamm Alfredsson (2023), où l'auteur examine les motivations des personnes âgées à choisir un mode de cohabitation collective. Les interactions sociales offertes par les logements partagés permettent de rompre l'isolement, mais sans répondre directement aux besoins de soins spécifiques liés à la dépendance. Cette forme de cohabitation collective, bien qu'elle améliore la qualité de vie, ne résout pas les enjeux liés à l'accès inégal aux services de soins formels pour les plus dépendants.

Tarifification et absence de prise en compte des revenus

S'agissant de la question de la tarification des aides, Brändström et al. (2022) mettent en avant un aspect fondamental du système suédois. Dans ce modèle suédois, les tarifs des soins à domicile ne sont pas indexés sur les revenus des bénéficiaires. Celui-ci repose sur le principe d'universalité des soins où l'accès est garanti en fonction des besoins des seniors et non de leurs ressources financières. Ainsi, la tarification des services publics est la même pour tous, indépendamment de la situation économique des personnes âgées. Ce choix de ne pas ajuster les tarifs en fonction des revenus a pour objectif d'assurer une égalité d'accès aux soins. Cependant, comme l'observe l'étude, ceci n'empêche pas les inégalités de persister. En effet, les personnes ayant des moyens financiers plus élevés ont recours à des services

supplémentaires ou privés, ce qui conduit à une inégalité dans la qualité et la quantité de soins reçus entre les différents groupes sociaux. Ce système, qui se veut être universel, ne parvient donc pas à réduire les inégalités d'accès, bien qu'il cherche à offrir un cadre équitable en neutralisant l'impact des revenus sur la tarification des soins.

Mise en perspective avec nos résultats et observations

Les analyses de cette thèse sur les inégalités découlant de la décentralisation des services de soins en France mettent en lumière des similitudes avec la situation suédoise. En France, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est financée et organisée de façon décentralisée au niveau départemental. Cette organisation entraîne également des disparités comparables à celles observées en Suède. Les départements les plus précaires, à l'image des municipalités suédoises les plus pauvres, peinent à faire face aux besoins croissants des personnes âgées dépendantes. Comme nous l'avons en effet constaté, le poids du budget de la dépendance croît lorsque les revenus des habitants diminuent. Dans les deux pays, le recours à l'entourage familial permet de compenser l'insuffisance des services publics d'aide, particulièrement pour les foyers les plus précaires. En effet, nous avons observé que les personnes âgées en situation de précarité en France sollicitent plus d'aide informelle que les personnes plus aisées. Les tentatives suédoises de recentralisation, visant à rétablir un accès équitable aux soins, font écho aux propositions développées dans cette thèse, qui préconisent un renforcement du rôle de l'État pour uniformiser l'offre de soins à domicile. Cependant, comme en Suède, ces initiatives françaises doivent affronter la montée des inégalités sociales et économiques qui favorisent les plus aisés dans l'accès aux services de soins formels. Nous avons pu voir une similitude importante s'agissant des efforts menés pour l'habitat intergénérationnel. Les solutions suédoises semblent cependant inclure le senior dans une vision plus intégrée au sein de la société. Lorsque le principe en France se borne principalement aux étudiants et avec les limites importantes que nous avons soulevées, le système suédois propose de la co-résidence avec un maintien plus fort de l'intimité et une répliquabilité qui nous paraît bien plus importante. Nous pouvons cependant constater une différence très importante entre le modèle suédois et celui que nous souhaitons proposer. Lorsqu'il s'agit de tarifier les heures, les Suédois ont pour principe fondamental de ne pas tenir compte des ressources des seniors au nom de l'égalité. Ceci consiste pour nous en une profonde erreur. Cela convient à ignorer les inégalités sociales et à s'imposer une vision partielle des réalités des seniors. La vision

suédoise repose exclusivement sur l'aspect médical et méconnaît totalement les mécanismes de la précarité et du handicap social que nous détaillerons dans le point suivant. Il nous semble compliqué de vouloir réduire les inégalités sociales et, dans le même temps, diluer une aide sur une population qui, d'un point de vue purement financier, peut s'en dispenser. Puisque la Suède n'a sans doute pas plus que la France d'argent magique, les arbitrages doivent tenir compte d'une répartition équitable plus qu'égalitaire. En d'autres termes, nous souhaitons que les personnes les plus fortunées n'aient pas le même accès à l'aide sociale que les personnes précaires. S'il peut être reproché que ce principe nuit à celui d'égalité, il est à rappeler que chaque situation sociale est unique et qu'il n'est pas pertinent ni efficace d'effacer les inégalités financières en pensant au principe sacralisé d'égalité. Ceci n'a que pour objet de renforcer les écarts entre les plus riches et les plus pauvres en privant les derniers d'une aide visant à réduire l'écart. Nous proposons ainsi de traiter, dans la partie suivante, d'un nouveau modèle français qui pourra, pour certains points, s'inspirer des évolutions du modèle suédois et pour d'autres, s'en écarter.

Proposition d'un nouveau modèle de prise en charge de la dépendance.

En premier lieu, nous souhaitons aborder un sujet que notre thèse n'a jusqu'à présent que peu traité, qui est celui de l'âge auquel l'APA et la PCH se relaient. Jusqu'à présent, toute perte d'autonomie à partir de 60 ans fait entrer le senior dans la catégorie des personnes âgées. Cependant, il nous semble contradictoire que l'âge de la retraite soit plus élevé que l'âge d'entrée dans le monde des « vieux ». En effet, si un individu est suffisamment jeune pour être disponible pour un travail à temps plein, nous ne comprenons pas pourquoi il ne peut bénéficier de prestations de handicap si celui-ci venait à subir une incapacité de travail pour quelque raison que ce soit. Nous souhaitons donc apporter une première mesure de bon sens qui est celle d'indexer l'âge de l'APA sur l'âge de la retraite.

Suite à cette mesure, nous nous reposerons sur nos analyses du système de prise en charge de la dépendance qui nous amènent à penser qu'une remise en question d'importance s'impose. Comme nous l'avons vu avec le cas suédois, la place du sénior est à repenser. Puisque nos résultats nous amènent à constater des inégalités de prise en charge liées à la précarité, nous proposons ainsi, dans cette partie, de prendre comme point de départ la notion de handicap social tel qu'il est défini dans les travaux de Didier Castiel (2009). Nous

proposerons ainsi une façon nouvelle de penser la prise en charge de la dépendance. Nous souhaitons en effet proposer un modèle qui puisse répondre à l'ensemble des besoins du senior, quelle que soit son origine géographique. Il nous semble urgent que l'évaluation des besoins puisse prendre en compte l'ensemble des dimensions de son maintien à domicile. En effet, nous regrettons le caractère illustratif d'une partie des variables de la grille Aggir. Il est à regretter que face à une absence de contribution au score de dépendance du sénior, les notions d'aides domestiques voire de confort intérieur (tel qu'il est décrit dans les travaux de Castiel) soient privées de leur valeur et ainsi invisibilisées d'un point de vue matériel et financier. Tel qu'elle est conçue, cette grille investigate des notions essentielles comme la capacité des seniors à effectuer les actes d'entretien du logement, leurs courses ou la préparation des repas. Autant de tâches indispensables au maintien à domicile mais qui, par un jeu politique, se retrouvent absentes de la cotation du niveau de dépendance. Le système actuel ne s'intéresse donc qu'à des critères physiques et ignore l'environnement du sénior. Cette dimension pourtant primordiale est invisibilisée lors de la cotation. Elle n'est présente que pour que l'évaluateur ait une vision du contexte, ce qui laisse donc à sa libre appréciation l'évaluation. Comment peut-on alors parler de normalisation lorsque la moitié du travail est subjectif ? Ceci nous amène par ailleurs à rappeler que cette notion d'invisibilité est particulièrement détaillée dans la littérature. Nous pouvons prendre par exemple les travaux de Nathalie Bonnet (2006) sur la question du travail invisible qui s'intéresse à la perception des aides à domicile et de la valorisation de leur travail, ou bien d'Hervé Menaut (2009) qui quant à lui s'interroge sur la tarification des actes relationnels infirmiers. Dans notre cas, il s'agit de rendre visible au minimum d'un point de vue de la tarification tout acte qui ne relève pas de ce qui sera considéré traditionnellement comme un acte de soin. Ainsi, il nous apparaît important avant toute chose de catégoriser les différentes natures d'aides qui composeront notre modèle de financement.

Pour chacune des méthodes que nous proposons d'employer, nous utiliserons les résultats de l'étude de Castiel et al. (2009). À partir des données individuelles de cette étude, nous avons réalisé un échantillonnage des individus âgés de 60 ans et plus ayant répondu à l'ensemble des critères évalués. Cet échantillon se constitue de 204 personnes dont l'âge moyen est de 72 ans pour un âge médian également égal à 72 ans. Les scores obtenus par les individus de l'enquête ont une étendue de 6 à 17 pour un écart type de 2,48. Pour des raisons de pertinence avec le sujet de la dépendance, nous n'avons pas pris en compte l'indicateur de

niveau d'étude. Ces résultats nous permettent de mesurer l'importance des différents critères d'évaluation. Pour ce faire, nous proposons un calcul de pondération des indicateurs selon la formule suivante ;

$$W_i = \frac{\sum_{j=1}^N S_{ij}}{\sum_{j=1}^M \sum_{j=1}^N S_{ij}}$$

Où :

W_i est le taux de pondération pour l'indicateur i .

S_{ij} est le score de l'indicateur i pour la j personne.

N est le nombre total de personnes.

M est le nombre total d'indicateurs.

$\sum_{j=1}^N S_{ij}$ est la somme des scores pour l'indicateur i sur toutes les personnes.

$\sum_{j=1}^M \sum_{j=1}^N S_{ij}$ est la somme des scores de tous les indicateurs pour toutes les personnes.

La définition des indicateurs de l'étude Castiel et al. (2009)³¹ est présentée en annexe 4 ;

Le tableau 20 ci-dessous présente les pondérations calculées pour chaque indicateur.

Tableau 20 indicateurs pondérés de calcul du handicap social

Classe	Somme des scores	Taux de pondération
MORBI	253	7,3%
RISKI	207	5,9%
REVENU	488	14,0%
PRECAT	267	7,7%
CULTU	397	11,4%
FAM	337	9,7%
CI	389	11,2%
LOCA	282	8,1%
IMMO	326	9,4%
MOBI	539	15,5%
TOTAL	3485	100,0%

Les pondérations calculées à partir des taux de dégradation fournissent une évaluation précise et proportionnée de l'importance relative de chaque indicateur dans la mesure du handicap social. Cette approche permet d'intégrer des aspects multidimensionnels du handicap social dans un modèle tarifaire juste et adapté. L'utilisation de ces pondérations dans l'algorithme

³¹ La présentation des indicateurs reprend les termes exacts de l'annexe 1 de Castiel et al (2009)

garantit que chaque dimension du handicap social est correctement représentée dans le calcul final des différents tarifs que nous allons proposer.

À l'aide de ces résultats, nous pouvons maintenant proposer de regrouper les aides selon trois catégories distinctes. Nous répartirons tout d'abord les indicateurs de la grille de Castiel et al. (2009) en catégories selon la typologie des aides qu'elles évaluent. Nous limiterons les catégories à la compétence des auxiliaires de vie, dans la mesure où notre travail se veut limité à l'APA. Ainsi, si un état de santé fortement dégradé entraîne des soins médicaux et paramédicaux, ceux-ci dépendent des budgets de la CPAM et non de la prise en charge des conséquences de la dépendance. Nous intégrerons dans les soins corporels simplement les actes de soins tels qu'ils sont définis par l'arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale qui dispose que les AVS peuvent « Aider seule à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale. Aider une personne dépendante (par exemple confinée dans un lit ou dans un fauteuil) à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide-soignant, selon l'évaluation de la situation par un infirmier, le plus souvent à un moment différent de la journée. Aider, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et non à des actes de soins ». Nous reprendrons, par ailleurs, pour partie les trois premières catégories présentées par ce décret. Ainsi, nous choisissons de répartir les indicateurs dans les catégories suivantes :

- **Accompagnement et aide aux personnes dans les actes de soins essentiels de la vie quotidienne**

Cette catégorie s'intéresse à l'ensemble des actes visant à compenser la capacité des seniors à effectuer des actes de soins personnels tels que l'aide à la toilette, à l'habillage et à l'élimination, mais également à l'aide à la prise de médicaments ou à la stimulation cognitive. Les facteurs que nous intégrons à cette dimension vont intervenir comme des facteurs aggravant ou minorant les besoins relevés par l'évaluation préalable de l'autonomie lors du scoring agir. Cela nous permet d'avoir une modulation du besoin par des éléments périphériques ayant un impact important sur la constitution d'un handicap social. Nous intégrons donc les facteurs suivants de morbidité (Morbi) et de facteurs de risques (Riski)

- **Accompagnement et aide aux personnes dans les activités domestiques de la vie quotidienne :**

Cette catégorie viendra quant à elle mobiliser une technicité moindre que la catégorie précédente. Il s'agit ici de compenser la dépendance par la réalisation de tâches dites ménagères ; la réalisation des courses, la confection des repas, l'entretien du logement ou encore l'aménagement intérieur. L'intégration des facteurs suivants nous semble importante car la grille Aggir méconnaît complètement les facteurs environnementaux dans son évaluation. Nous intégrerons ainsi les deux indicateurs suivants de confort intérieur (CI) et de localisation du logement (LOCA) puisqu'ils ont un impact direct sur l'évaluation des besoins. En effet, à titre d'exemple, un senior résidant dans une zone isolée aura besoin de plus de temps d'aide pour la réalisation des courses.

- **Accompagnement et aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle :**

Cette troisième catégorie présente enfin les actes demandant un niveau technique moindre. Il s'agit de soins d'accompagnement que l'on pourrait qualifier de sociaux où l'AVS prend le temps de créer du lien avec le senior, que ce soit dans l'accompagnement aux loisirs (par exemple permettre simplement une sortie dans un parc). Elle peut par ailleurs concerner des aides plus administratives comme la gestion des documents. Nous intégrerons ainsi les facteurs de participation aux activités culturelles (culturelles). Ce premier indicateur démontre le besoin d'accompagnement du senior dans des activités dites culturelles mais qui peuvent tout aussi s'apparenter aux loisirs. Enfin, nous intégrerons l'entourage familial (fam) qui, dans le cas d'une personne isolée, entraînera un besoin d'accompagnement bien plus important.

Grâce à ce classement par nature de l'aide, nous pouvons proposer le tableau 21 suivant qui, à l'aide des pondérations présentées précédemment, montre l'impact des différents indicateurs sur la constitution du handicap social en fonction de la typologie d'aide.

Tableau 21 : score de pondération par catégorie d'aide

Catégorie	Indicateur	Somme des scores	Taux de pondération
Actes de soins	MORBI	290	13,6%
	RISKI	236	11,1%
Total			24,7%
Actes domestiques	CI	455	21,4%
	LOCA	327	15,3%
Total			36,7%
Vie sociale	CULTU	435	20,4%
	FAM	388	18,2%
Total			38,6%

Ce tableau 21 nous montre que les facteurs sociaux et les actes domestiques ont une importance plus forte que les actes de soins. Ces résultats sont particulièrement contre-intuitifs car la valorisation financière suit généralement une logique inverse. Ceci nous amène donc à revoir notre paradigme de normalisation du financement des heures de prestations. Comme nous l'avons rappelé précédemment, la valorisation des soins relationnels est en effet discutée dans la littérature. Ainsi, puisqu'il s'agit dans notre cas de discuter des méthodes de financement de la dépendance, nous nous trouvons dans une situation où la technicité s'oppose à l'utilité du travail social et domestique. Ceci nous conforte dans notre critique d'un modèle qui invisibilise ces deux domaines. La volonté de l'appareil politique est ainsi à mettre en question. Ainsi, il nous est nécessaire de trouver un nouveau paradigme par lequel le financement public réponde aux besoins réels de la population.

Pour y répondre, nous proposons d'intervenir à trois échelles. La première que nous développerons dans un premier point s'intéressera à l'organisation de la prise en charge de la dépendance. Nous présenterons une nouvelle approche où le financement se veut recentralisé et où la dépendance soit perçue comme un risque qui, à ce titre, se doit d'être prévenue avant d'être compensé. La seconde quant à elle traitera des modes d'évaluation de la dépendance et aura pour volonté de proposer une alternative à la grille AGGIR qui

s'intéresse à l'ensemble des facteurs composant les besoins des seniors qu'ils soient déjà dépendants ou non. Enfin, dans un troisième point, nous proposerons de nouvelles méthodes de tarification des heures d'aide à domicile. Nous espérons ainsi, par cette approche multi-dimensionnelle, repenser globalement la façon dont notre système vient en aide aux seniors et adopter une réponse qui tienne compte de l'ensemble des besoins qu'ils soient existants ou futurs, en prenant en considération de façon plus équitable leurs capacités financières.

Recentralisation du financement et redistribution des budgets.

Nous proposerons ici une nouvelle façon d'appréhender la prise en charge financière de la dépendance. Pour cela, nous verrons, dans un premier temps, comment nous proposons de réorganiser le financement en recentralisant la charge financière autour de la CNSA. Enfin, dans un second temps, nous proposons de repenser la vision que nous avons de la dépendance en désinvisibilisant le travail social et domestique.

Recentralisation autour de la CNSA

Nous proposons un modèle social où les départements soient libérés de l'emprise financière de l'APA. Ceci sous-entend donc que ce poids doit être supporté de façon centrale. Nous ne voyons pas d'autre acteur que la CNSA qui semble être une solution parfaitement adaptée à cet usage. Il nous semble en effet que les réformes ayant mené à sa création ne sont pas allées assez loin et l'ont transformé en arbitre qui redistribue des contreparties en évaluant les besoins des différents départements. Les contributions de la CNSA visent par ailleurs à réduire les inégalités territoriales et n'apportent pas une aide équivalente pour chaque département. Nous y voyons une solution d'une complexité extrême qui ne demande qu'à être simplifiée. Afin de garantir un traitement juste et adapté, il nous semble logique que le financement de la CNSA au titre de l'APA soit le reflet strict des besoins du département. Le département étant chargé de la distribution des aides sociales, il est à même de faire remonter à la CNSA la charge que représente l'APA. Ainsi, nous souhaitons maintenir les équipes départementales dans leur rôle d'évaluation et de distribution de l'aide puisqu'il s'agit de professionnels ayant à la fois la connaissance du territoire et de l'action sociale. Nous souhaitons en revanche que les départements n'aient plus de souveraineté financière sur ces aides. Ainsi, les aides devront être directement payées par la CNSA sur les mêmes modalités que l'assurance maladie. Deux solutions s'offrent à nous. La première consiste à maintenir les personnels départementaux

sous tutelle des conseils départementaux en rétrocédant un budget annuel proportionnel au volume d'aide. Cette première solution nous semble être la plus économique. La seconde consiste en la création de services satellites de la CNSA réintégrant les fonctionnaires des départements. Cette solution nous semble être plus coûteuse en raison des nombreux coûts de transaction qu'elle engendre.

Le paiement direct par la CNSA nous semble être une solution adaptée qui permet de ne pas maintenir des mécanismes d'avance et de régularisation tels qu'ils sont en place actuellement. Cependant, cette nouvelle façon de financer l'APA pose une question fondamentale qui remet en cause la souveraineté des départements sur l'action sociale. Il nous semble que maintenir les personnels départementaux dans leur fonction d'évaluation et d'organisation permet de garantir un certain équilibre politique à une telle réforme. Par ailleurs, les départements, une fois libérés de cette charge financière, nous pouvons espérer un aspect vertueux sur une uniformisation des procédures d'évaluation.

Nouvelles approches de prise en charge

Favoriser les liens sociaux nécessite de repenser le lien intergénérationnel. Notre vision des rapports sociaux des personnes âgées a longtemps considéré qu'il suffisait de regrouper des seniors entre eux pour créer du lien. N'est-ce pas d'ailleurs un des arguments au placement en institution ? N'a-t-on jamais entendu « tu seras bien, tu te feras de nouveaux amis » ? Si ce lien entre seniors existe et peut en effet être un effet positif de la vie en institution, il ne doit pas être considéré comme la seule et unique solution au problème du lien social. Nous verrons ici comment nous pouvons remettre le sénior à sa place dans la société et quels peuvent être les bénéfices d'une telle politique. Ce que la recherche historique que nous avons menée nous a permis de mettre en avant, c'est que les sociétés occidentales ont depuis ces deux derniers millénaires été tiraillées sur la perception des seniors. Du sage à l'inutile, sa place n'a de cesse d'être remise en question et les mesures de compensation de la dépendance par l'institutionnalisation des seniors ne sont pas récentes. Nous pouvons retrouver depuis la Grèce antique des volontés de contrôler la gestion des seniors par le politique, cela démontre que nous n'avons pas naturellement un instinct de solidarité. Si c'est par ce biais qu'elle doit s'organiser, nous devons ainsi repenser notre volonté politique et, par celui-ci, la façon dont notre législation encadre et permet de maintenir ce lien social vital. Il est en effet temps de proposer une réforme d'ampleur des modalités d'assistance.

Nos travaux nous ont amenés à démontrer l'impact de la précarité sur le besoin de recours à l'aide humaine. L'apport des recherches menées par Didier Castiel et ses co-auteurs permet de mieux mesurer l'impact des facteurs favorisant la notion de handicap social. Ainsi, nous avons, par cette mesure, un moyen d'intervenir de façon préventive sur l'apparition du handicap social et ainsi des facteurs de risques liés à la dépendance. Il nous apparaît donc pertinent de considérer que la réduction des inégalités sociales est un enjeu majeur de la prévention contre la dépendance. Comme nous l'avons repéré précédemment, l'absence de lien social est responsable de 21% du score global de handicap social et de 38,6 % du score par indicateurs d'actes. C'est d'ailleurs la classe d'actes qui représente la part la plus élevée. Nous souhaitons ainsi proposer une répartition des budgets liés à la dépendance qui tienne compte de cet impératif de maintien du lien entre les seniors et la société. Nous ne souhaitons pas maintenir un modèle qui ne soit que curatif, mais qui, au contraire, prévienne et repousse les troubles. Notre décomposition de la typologie des aides nous servira alors de base aux modalités de répartition budgétaire. En effet, puisque les facteurs de l'état de santé ne sont que minoritaires, nous proposons de mettre en place une politique d'aide sociale qui tienne compte du fait qu'en l'absence de handicap social, un senior a non seulement moins de risque d'être dépendant mais surtout plus de moyens à sa disposition pour financer ses aides. Dans un principe de ressources limitées, il nous apparaît équitable de répartir l'aide sociale vers les personnes en ayant le plus besoin.

L'analyse que nous avons menée des indicateurs du handicap social à partir des données de l'étude Castiel et Al (2009) nous a permis d'évaluer les taux de contribution qu'ont ces derniers sur le niveau de handicap social. Nous avons ainsi pu mesurer ce taux pour chacun des trois thèmes de soins pour lesquels nous avons regroupé les indicateurs pertinents. Ces résultats ont été présentés dans le tableau 21. Nous proposons de répartir les budgets selon le taux de contribution de ces trois thématiques. En effet, ces résultats nous montrent l'effet qu'ont chacune d'entre elles sur le handicap social. Nous obtenons ainsi la répartition suivante ; 38,6 % en prévention, 36,7% en assistance aux tâches domestiques, 25,7% en assistance aux actes de soins. Nous nous proposons de détailler des exemples de mesures pouvant être financées par l'aide sociale. Il nous semble par ailleurs important de rappeler que puisqu'il s'agit de repenser notre modèle social, nous ne souhaitons pas impacter simplement le budget de l'APA tel qu'il est prévu aujourd'hui. Il nous semble donc possible de renforcer le budget prévention

sans réduire l'effort budgétaire existant sur les actes de soins. Nous détaillons nos principales propositions pour ces trois thèmes dans les points suivants ;

Prévention

Ce volet est pour nous le plus ambitieux car il s'agit du principal apport de cette nouvelle approche de l'aide sociale aux seniors dépendants. Son intérêt réside dans le fait que la dépendance est prise en compte de façon anticipée. Nous ne discuterons pas ici de l'intérêt d'une politique de prévention dans la réduction des dépenses publiques, cet effet est largement discuté dans la littérature et n'appelle pas à être une nouvelle fois démontré. Pour cela, nous proposons de mettre en place des politiques de création de lien social. Cette politique aura pour objectif de favoriser les initiatives existantes et s'inspirera de ce que d'autres pays ont pu mettre en place. Nous étudierons ainsi l'apport du modèle suédois.

Nous proposons ainsi de développer les initiatives suivantes :

- Cohabitations intergénérationnelles : comme nous l'avons discuté dans notre première partie de thèse, cette solution permet un lien entre le senior et les jeunes qui dépasse le simple lien social. Elles nous semblent des solutions pertinentes et particulièrement adaptées en cela qu'elles ne demandent que très peu de moyens pour être mises en place. Nous avons cependant formulé des réserves que nous maintenons, il nous apparaît en effet opportun de prévoir une rémunération au titre de l'APA des jeunes lorsqu'ils apportent une assistance dépassant le rôle d'un simple colocataire. Nous avons par ailleurs proposé de rompre la limite d'âge pour rendre plus accessible ce dispositif notamment aux jeunes précaires et développer une dynamique résolument plus solidaire. En plus de cette initiative française, nous proposons de nous inspirer des propositions suédoises et ainsi de favoriser l'habitat intergénérationnel. Nos programmes de logement neufs proposent notamment une part réservée aux logements sociaux. Cette part pourrait donc être mise à profit pour créer ce lien permettant, dans une proportion à déterminer, d'inclure des seniors ayant besoin d'un logement à tarif modéré.
- Accueil de jour et activités ambulatoires :
Afin de réduire un processus d'isolement auto-induit, il est nécessaire de mettre en place des mesures visant à maintenir un lien social en dehors du domicile. En effet, les seniors privés de lien social ont davantage de facteurs de risque d'être dépendants et cette dépendance vient contraindre la création de ce lien social. Il est ainsi nécessaire de

maintenir ce lien avant que la dépendance ne survienne, en soutenant notamment l'inclusion des seniors dans la vie associative. Certaines municipalités proposent des transports adaptés aux seniors, cependant une fois de plus ces services dépendent de la volonté et surtout de la capacité des collectivités à financer un tel service. Ainsi, notre modèle de prévention doit inclure cette dimension. Parallèlement à ce lien non professionnalisé, l'offre de soin a une place à prendre dans le développement des accueils de jour. Ce modèle d'accueil de jour en EHPAD est par ailleurs développé sur le territoire et semble être une solution qui aille dans le sens de l'intégration sociale des seniors tout en préservant l'importance d'un maintien à domicile. Il est cependant nécessaire d'y apporter un point de vigilance sur l'intérêt des établissements privés à ouvrir ce genre de services. Ceux-ci, de par leur importance, doivent se concentrer sur les besoins du senior et ne pas servir pour le recrutement des futurs résidents. À cet effet, une participation de l'État à ces initiatives pourrait permettre de maximiser l'utilité de ce dispositif vers le maintien à domicile plutôt que l'institutionnalisation.

- Visites à domicile : Enfin, nous avons vu ces dernières années le repositionnement de La Poste sur le domaine de la dépendance. Ce secteur en crise, du fait de l'abandon progressif du courrier papier, se réinvente et redéfinit son offre de service. Par cette initiative, une nouvelle catégorie de visiteurs sociaux fait son apparition. Ceux-ci, qui n'ont pas vocation à administrer des soins, se concentrent sur le lien social qui fait cruellement défaut aux seniors. Puisque notre modèle se propose d'inclure ce volet dans le budget dépendance, il nous semble important de favoriser ce secteur et de le formaliser par la création d'un nouveau métier encadré par un titre professionnel. Les visites à domicile sont aussi un moyen important de lutte contre les troubles cognitivo-mnésiques. Ces derniers sont par ailleurs pris en charge par l'assurance maladie par les SSIAD et leurs équipes mobiles spécialisées. Ces dernières offrent des soins de remédiation cognitive et ont pour but de ralentir les troubles. La majeure limite de ces dispositifs est la criante insuffisance de moyens. Les SSIAD étaient déjà peu dotés, il en est de même pour les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) qui n'ont qu'une capacité de prise en charge anecdotique face au besoin. Nous proposons ainsi que, sur la même logique de tarification des EHPAD où les budgets santé complètent ceux de l'aide sociale, ces équipes spécialisées puissent prendre place au sein des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sur un budget qui soit partagé. Ces établissements mixtes entre les

SSIAD et le SAAD recevant des budgets des deux secteurs sont la solution idoine pour permettre la montée en puissance de ce dispositif et son intégration dans notre volet de prévention.

Tâches domestiques

La perception de l'importance des tâches domestiques doit également être repensée. Il ne s'agit pas ici d'aider des personnes autonomes à employer du personnel de ménage, il s'agit de permettre à des seniors dépendants de se maintenir dans un environnement sain et sécurisant. Par ailleurs, nous ne pouvons pas imaginer qu'une personne ou qu'un couple vivant à son domicile dans une situation ne lui permettant pas de sortir puisse réaliser ses courses et ses repas de façon autonome. Il est bien entendu que l'APA dans sa version actuelle finance ces aides, cependant il faut rappeler que ce financement ne dépend pas de l'évaluation de ces besoins spécifiques. Nous avons en effet un modèle d'évaluation dont la notation et donc la catégorie GIR n'est pas modifiée par l'incapacité à se préparer un repas. C'est en soi un non-sens puisque cette aide financière est censée financer des actes dont elle ne tient pas compte dans le calcul de son montant global. Nous souhaitons donc que notre modèle intègre de façon globale les besoins des seniors afin qu'il reflète au mieux leur situation. Par ailleurs, mieux financer les tâches domestiques permettra d'améliorer la qualité alimentaire des seniors et ainsi profiter de bénéfices secondaires notamment en matière de moral et de bien-être.

Actes de soins

S'agissant des actes essentiels de la vie quotidienne, attendu que le modèle en place ne s'objective que par la capacité des seniors à les réaliser, comme nous l'avons vu jusqu'ici, nous souhaitons qu'ils ne soient plus la seule variable représentative de la dépendance. Cela ne veut cependant pas dire que nous souhaitons transférer ce budget nécessaire et, par ailleurs, insuffisant vers les autres aides. Cependant, l'intérêt de notre premier volet de prévention réside dans le fait qu'il a pour vocation de retarder l'utilité des actes de soins. Ainsi, bien que dans une dynamique de court terme, une augmentation du budget de la dépendance liée à la meilleure tarification des actes est à prévoir, nous pouvons raisonnablement espérer une atténuation de ce phénomène par les effets vertueux de notre nouveau paradigme.

Proposition d'une nouvelle méthode d'évaluation des besoins.

Comme l'ont montré nos études sur les déterminants du recours à l'aide humaine présentées en seconde partie de cette thèse, nous avons établi qu'un lien s'opère entre la précarité et la dépendance. Ce lien justifie l'utilisation des critères du handicap social qui met en avant de façon explicite le niveau de précarité du senior. La significativité du lien entre précarité et le recours à l'aide humaine nous permet de considérer que le handicap social entraîne une augmentation du risque de dépendance. Nos études prennent par ailleurs en considération des éléments similaires à l'étude Castiel et al. (2009), ce qui les rend complémentaires. Ce handicap social entraîne également une seconde forme de majoration des besoins car il implique également une augmentation de l'incapacité des seniors à financer leur prise en charge. Nous proposons alors d'intégrer le système de notation du handicap social dans la grille d'évaluation réformée du niveau de dépendance. Notre nouvelle grille tiendra en effet compte des indicateurs que nous avons identifiés précédemment comme directement liés à la nature des aides humaines apportées par les auxiliaires de vie sociale.

Proposition d'une méthode de tarification des heures de prestation.

Notre révision du modèle social de prise en charge de la dépendance nous entraîne à repenser également la façon dont le tarif des aides est calculé. Pour cela, nous proposerons deux pistes de travail. La première est une modulation a priori, c'est-à-dire du tarif de base variable qui évolue selon le besoin du sénior. La seconde piste, quant à elle, fera évoluer une aide variable autour d'un tarif fixe. La principale différence réside dans le fait que notre seconde méthode fera une modulation sur le reste à charge tandis que la première se fera sur le volume total de l'aide. Pour réaliser nos calculs, nous utiliserons les méthodes de pondération utilisées précédemment, auxquelles nous ajouterons les variables financières de l'échelle d'évaluation du handicap social. Ces variables ainsi que leur modulation sont définies dans le tableau 22 :

Tableau 22 : Taux de pondération par type de variables du handicap social

Catégorie	Indicateur	Somme des scores	Taux de pondération	Taux de pondération des types de variables
Actes de soins	MORBI	253	7,3%	53,5%
	RISKI	207	5,9%	
Total			13,2%	
Actes domestiques	CI	389	11,2%	
	LOCA	282	8,1%	
Total			19,3%	
Vie sociale	CULTU	397	11,4%	
	FAM	337	9,7%	
Total			21,1%	
Finance	REVENU	488	14,0%	
	PRECAT	267	7,7%	
	IMMO	326	9,4%	
	MOBI	539	15,5%	
Total		3485	100%	100%

Modulation des tarifs

Notre méthode de modulation des tarifs prendra pour base l'évaluation de la dépendance que nous avons évoquée précédemment. Elle viendra en effet, à partir du groupe de dépendance obtenu par notre grille d'évaluation, proposer un nombre maximal d'heures finançables par mois au titre de l'APA. Pour arriver à ce nombre d'heures, nous avons considéré les tarifs de 2024 (2024) tels qu'ils ont été fixés de 23,5 euros par heure, grâce auxquels nous avons converti les budgets maximums de 2024 en équivalence horaire. Nous proposons de retenir les correspondances suivantes :

- Groupe 1 : 84 heures
- Groupe 2 : 68 heures
- Groupe 3 : 49 heures
- Groupe 4 : 33 heures
- Groupe 5 : pas d'heures

Nous intégrerons ensuite les variables dites financières à la grille d'évaluation. Ces dernières pondérées entre elles selon les informations présentées dans le tableau 23 :

Tableau 23 : Taux de pondération des variables financières

Finance	REVENU	488	30,1%
	PRECAT	267	16,5%
	IMMO	326	20,1%
	MOBI	539	33,3%
Total		1620	100%

À partir de ces taux de pondération, les variables financières seront étudiées selon la grille d'évaluation suivante où elles seront notées de 1 à 3, où 1 est la catégorie n'ayant aucun trouble et 3 la catégorie la plus perturbée.

Tableau 24 Grille d'évaluation des variables financières

Domaine	Indicateur	Classe 1 (1 point)	Classe 2 (2 points)	Classe 3 (3 points)
Finance	Niveau de vie (REV)	Revenu stable, supérieur au seuil de pauvreté	Revenu modéré, au seuil de pauvreté	Revenu faible ou inexistant, précarité financière
	Précarité (PRECAT)	Pas de précarité	Difficultés financières occasionnelles	Précarité sévère, incapacité à couvrir ses charges
	Actifs immobiliers (IMMO)	Possession d'un ou plusieurs biens immobiliers	Possession limitée d'actifs immobiliers	Pas de biens immobiliers
	Actifs mobiliers (MOBI)	Possession de plusieurs biens mobiliers	Possession limitée	Absence de biens mobiliers

Ces scores et leurs pondérations vont permettre le calcul d'un score financier pondéré (SFP) qui sera défini par la formule suivante :

$$SFP = \sum_{i=1}^n (s_i \times p_i)$$

Où :

s_i est le score de l'indicateur i .

p_i est la pondération de l'indicateur i .

n est le nombre total d'indicateurs

Cette formule réalise donc la somme des produits des scores et des pondérations de l'ensemble des indicateurs.

À l'aide de ce score, nous allons attribuer une classification financière (??(???)?) selon une classification par décile. Ainsi nous obtenons les classes suivantes :

$$C(SFP) = \begin{cases} 10 & \text{si } SFP \leq 1.2 \\ 9 & \text{si } 1.2 < SFP \leq 1.4 \\ 8 & \text{si } 1.4 < SFP \leq 1.6 \\ 7 & \text{si } 1.6 < SFP \leq 1.8 \\ 6 & \text{si } 1.8 < SFP \leq 2.0 \\ 5 & \text{si } 2.0 < SFP \leq 2.2 \\ 4 & \text{si } 2.2 < SFP \leq 2.4 \\ 3 & \text{si } 2.4 < SFP \leq 2.6 \\ 2 & \text{si } 2.6 < SFP \leq 2.8 \\ 1 & \text{si } SFP > 2.8 \end{cases}$$

Enfin à l'aide de cette classification nous attribuons un tarif variable entre une borne haute et une borne basse à l'aide de la formule suivante :

$$\text{Tarif} = T_{\max} - \left(\frac{T_{\max} - T_{\min}}{9} \right) \times (C(SFP) - 1)$$

Où :

Tarif est le tarif variable basé sur la classe obtenue.

T_{\max} est le tarif maximum (attribué à la classe 1).

T_{\min} est le tarif minimum (attribué à la classe 10).

$C(SFP)$ est la classe obtenue en fonction du sfp (variant de 1 à 10).

$\frac{T_{\max} - T_{\min}}{9}$ est le pas de réduction du tarif pour chaque classe.

Nous estimons que la méthode actuelle d'une prise en charge à 10% du volume maximal nous semble opérante. Nous avons donc fait évoluer ce tarif de façon progressive selon le décile auquel appartient le sénior.

Le montant maximal du plan d'aide sera alors calculé en multipliant le volume horaire accordé au tarif horaire.

Modulation des subventions

Nous proposons ici de présenter deux approches distinctes pour harmoniser le montant des prestations sociales des services d'aide à domicile. Ceci, dans le but de trouver un modèle à la fois équitable et pérenne. La première approche consiste à indexer le montant des subventions en fonction d'une évaluation du handicap social, s'appuyant sur la grille développée par Castiel et al. (2009). Nous proposons d'ajouter à la grille de Castiel un score pondéré afin de pouvoir ajuster le tarif selon le niveau de handicap de la personne. L'objectif de cette méthode est de proposer une tarification personnalisée, liée à la dépendance sociale de chaque individu. Le tarif est déterminé par interpolation entre un tarif minimal et maximal. La deuxième méthode, indépendante de la première, indexe le tarif sur le reste à vivre des bénéficiaires, c'est-à-dire leur capacité financière après déduction des dépenses incompressibles (logement, alimentation, santé, etc.). En se basant sur les données des déciles de revenu des ménages fournies par l'Insee, cette approche fixe des seuils garantissant que les bénéficiaires conservent un revenu minimal après avoir payé les services d'aide à domicile. Le tarif est ainsi ajusté selon le niveau de revenu, avec un tarif plus bas pour les ménages modestes et plus élevé pour ceux ayant un reste à vivre plus conséquent.

Ces deux méthodes sont développées séparément, chacune répondant de manière spécifique à la problématique de l'harmonisation des tarifs. Dans un second temps, une comparaison permettra d'évaluer leurs pertinences respectives, notamment en termes d'équité sociale.

Enfin, cette comparaison ouvrira la voie à une éventuelle combinaison des deux méthodes, afin de créer un modèle harmonisé tenant compte à la fois des besoins liés à la dépendance sociale et des capacités financières des bénéficiaires. Ce modèle hybride que nous détaillerons lors d'une troisième étape pourrait offrir une solution plus juste et durable.

Méthode de l'indexation sur l'évaluation du handicap social

Nous souhaitons, dans cette méthode, utiliser les travaux de Castiel et al. (2009) En appliquant le calcul de pondération des indicateurs que nous avons présenté précédemment.

Le tarif final indexé sur le handicap social est calculé en fonction d'une interpolation entre un tarif minimum et un tarif maximum, pondéré par les scores obtenus pour chaque indicateur. L'évaluation tarifaire s'articule donc à partir d'une évaluation individuelle grâce à laquelle la valeur de chaque indicateur sera déterminée par un score noté entre 1 et 3. Le tableau 25 présente la grille que nous proposons d'utiliser.

Tableau 25 Grille d'évaluation du handicap social

Domaine	Indicateur	Classe 1 (1 point)	Classe 2 (2 points)	Classe 3 (3 points)	Note
Santé	Morbidité (MORBI)	Pas de maladies chroniques	Maladies gérables nécessitant des soins réguliers	Maladies graves ou invalidantes	
	Risque (RISKI)	Pas de comportements à risque	Tabagisme ou alcool modéré	Tabagisme ou alcool excessif	
Ressources	Niveau de vie (REV)	Revenu stable, supérieur au seuil de pauvreté	Revenu modéré, au seuil de pauvreté	Revenu faible ou inexistant, précarité financière	
	Précarité (PRECAT)	Pas de précarité	Difficultés financières occasionnelles	Précarité sévère, incapacité à couvrir ses charges	
Insertion culturelle	Activités culturelles (CULTU)	Participation régulière aux activités culturelles	Participation occasionnelle	Pas d'accès aux activités culturelles	
Relations avec autrui	Relations familiales (FAM)	Bonnes relations familiales, soutien social	Relations moyennes, soutien partiel	Isolement social, relations familiales dégradées	
Logement	Confort intérieur (CI)	Logement bien équipé et confortable	Logement moyennement équipé	Logement précaire, manque d'équipements de base	
	Localisation du logement (LOCA)	Proche des commodités et services	Accès limité aux commodités	Éloigné des services, accès difficile	
Patrimoine	Actifs immobiliers (IMMO)	Possession d'un ou plusieurs biens immobiliers	Possession limitée d'actifs immobiliers	Pas de biens immobiliers	
	Actifs mobiliers (MOBI)	Possession de plusieurs biens mobiliers	Possession limitée	Absence de biens mobiliers	

À partir de ces résultats et des pondérations, le tarif final sera déterminé à partir de la formule suivante :

$$Tarif_{indiv} = Tarif_{min} + \left(\frac{(\sum_{i=1}^n W_i \times P_i) - SPG_{min}}{SPG_{max} - SPG_{min}} \right) \times (Tarif_{max} - Tarif_{min})$$

Où :

- Score Pondéré Global (SPG) : calculé de la façon suivante $SPG = \sum_{i=1}^n W_i \times P_i$
- SPG_{min} : 1 (valeur minimale du score pondéré global).
- SPG_{max} : 3 (valeur maximale du score pondéré global).
- $Tarif_{min}$: Tarif minimal de l'aide horaire

- $Tarif_{max}$: tarif maximal de l'aide horaire
- W_i : Pondération de l'indicateur i
- P_i : Note attribuée à l'indicateur i (valeur entre 1 et 3).

Nous calculons ainsi le montant d'aide total par heure, ce qui représente le taux horaire moyen ajusté en fonction des conditions spécifiques de l'individu. C'est ainsi un montant utilisable pour le calcul de l'aide et fonctionnel pour les services prestataires d'aide à domicile. Ce montant est donc individualisé et tient compte des conditions de ressources uniques à la personne aidée. Notre méthode n'intègre cependant pas la question du plan d'aide maximal tel que nous pouvons le retrouver dans la méthode de financement actuelle. Ainsi, pour adresser ce sujet, nous proposons de convertir le montant maximal d'aide en volume horaire maximal mensuel sur la base du tarif forfaitaire.

Nous pouvons par exemple retrouver pour un tarif fixé à titre d'exemple à 23 euros un volume tel que suit :

Groupe 1 : 86 heures

Groupe 2 : 69 heures

Groupe 3 : 50 heures

Groupe 4 : 33 heures

Ainsi, l'évaluation du plan d'aide selon notre méthode attribuera un budget répondant à un volume d'heures maximal défini selon ces bornes et tiendra compte du reste à vivre et de l'évaluation de la dépendance selon le groupe attribué. Les services de prestation seront ainsi à même d'appliquer un montant de prise en charge individualisé à leurs clients et pourront apporter une lecture claire du reste à charge. Si une facturation supérieure au montant forfaitaire reste ainsi possible, celle-ci s'opère de la même façon qu'aujourd'hui en venant faire augmenter le reste à charge. Il sera donc de la responsabilité des établissements d'ajuster leurs tarifs en fonction des capacités de paiement de la clientèle et des tarifs maximums d'aide sociale.

Méthode de l'indexation du tarif au reste à vivre

Dans cette seconde méthode, nous souhaitons envisager un mode alternatif d'évaluation de l'aide. Nous considérons que tenir compte exclusivement des revenus disponibles des individus ne reflète pas complètement leurs capacités à payer une prestation qui leur est vitale. Ainsi, nous préférons à la notion de revenus disponibles celle du reste à vivre.

Pour intégrer cette notion au calcul d'une prestation telle que celle de l'APA, nous avons choisi de créer des catégories de revenus autour des déciles proposés dans les statistiques de l'INSEE (2020) (2020) et particulièrement celles des enquêtes « budget de famille 2017 » et « Revenus fiscaux et sociaux 2017 ». Nous avons ainsi soustrait des revenus disponibles les postes de dépenses suivants : alimentaire, logement, santé, ménage et entretien courant, et loisirs. Nous avons choisi de proposer un calcul alternatif en retirant les transports puisqu'ils ne nous semblent pas cohérents avec une situation de dépendance et avons choisi d'intégrer les dépenses d'entretien car elles nous semblent essentielles au maintien à domicile ainsi que les dépenses de loisir raison de leur impact dans le calcul du handicap social que nous avons mobilisé précédemment. Nous détaillons dans le tableau 26 le reste à vivre par décile. Le tableau 27 présente, lui, le tarif de base que nous proposons d'utiliser. Ce tarif sera expliqué par la suite.

Tableau 26 Estimation du reste à vivre par décile

	Décile 1	Décile 2	Décile 3	Décile 4	Décile 5	Décile 6	Décile 7	Décile 8	Décile 9	Décile 10
01 - PRODUITS ALIMENTAIRES ET BOISSONS NON-ALCOOLISEES	2 863	3 436	3 539	4 098	4 042	4 403	4 536	5 174	5 436	6 559
04 - LOGEMENT, EAU, GAZ, ELECTRICITE ET AUTRES COMBUSTIBLES	3 640	3 974	4 194	4 375	4 369	4 642	4 490	4 557	4 503	5 788
06 - SANTE	254	323	393	413	470	492	578	630	725	768
05 - MEUBLES, ARTICLES DE MENAGE ET ENTRETIEN COURANT DE LA MAISON	593	773	1 013	997	1 102	1 331	1 599	2 015	2 254	3 889
09 - LOISIRS ET CULTURE	1 255	1 233	1 478	1 780	1 966	2 430	2 787	3 234	4 151	5 326
Total dépenses	8 605	9 739	10 617	11 663	11 949	13 298	13 990	15 610	17 069	22 330
Déciles de revenu disponible	11 190	14 060	16 450	18 610	20 820	23 230	26 140	30 270	38 210	47 650
Reste à vivre	215	360	486	579	739	828	1 013	1 222	1 762	2 110

Sources : enquête « budget de famille 2017 », « Revenus fiscaux et sociaux 2017 » INSEE

Tableau 27 Tarif de base de la méthode du reste à vivre

	Décile 1	Décile 2	Décile 3	Décile 4	Décile 5	Décile 6	Décile 7	Décile 8	Décile 9	Décile 10
Plage de reste à vivre (€)	Inférieur à 360	Entre 360 et 486	Entre 486 et 579	Entre 579 et 739	Entre 739 et 828	Entre 828 et 1 013	Entre 1 013 et 1 222	Entre 1 222 et 1 762	Entre 1 762 et 2 110	Supérieur à 2 110
Tarif de base (€)	23,5	21,15	18,8	16,45	14,1	11,75	9,4	7,05	4,7	2,35

Nous souhaitons ainsi déterminer le taux moyen maximal horaire de l'aide individualisée (pour le groupe 1). Pour cela, nous devons considérer plusieurs facteurs. Tout d'abord, la possibilité d'intégrer un tarif forfaitaire maximal servant de base pour le calcul du coût réel de l'aide. Ensuite, nous souhaitons garantir un reste à vivre minimal pour qu'après le paiement des aides à domicile, les seniors aient un minimum de ressources nécessaires à l'accomplissement des autres postes de dépense. Nous proposons pour cela de fixer ce montant à celui du décile 2 qui correspond au décile des personnes allocataires de l'ASPA, soit 360 euros par mois. Nous obtiendrons ainsi une aide totale composée d'un montant de base fixé par notre tableau 27 ainsi qu'un montant complémentaire à ajouter si le reste à charge entraîne un reste à vivre inférieur à celui du deuxième décile.

Il nous est également nécessaire de fixer le montant horaire forfaitaire. Pour réaliser ce calcul, nous devons fixer une borne haute ainsi qu'une borne basse du tarif. Nous souhaitons garder la logique actuelle par laquelle les revenus les plus élevés percevront 10% du montant maximum. Ainsi, nous proposons la formule suivante :

$$T_{forfait} = T_{fmin} - \left(\frac{(T_{fmin} - T_{fmax})}{10} \times (d - 1) \right)$$

Où

T_{fmin} est le tarif forfaitaire minimum soit 10% de T_{fmax}

T_{fmax} Est-ce le tarif forfaitaire maximum ?m

d est le numéro de décile

Pour calculer notre tarif individuel moyen, nous obtenons ainsi la formule de calcul suivante :

$$T_{moyen} = \frac{(A_{décile} \times x) + \begin{cases} R_{min} - (R - (T_{forfait} \times x - (A_{décile} \times x))) & \text{si } R - (T_{forfait} \times x - (A_{décile} \times x)) < R_{min} \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}}{x}$$

Où :

T_{moyen} : Taux horaire moyen final.

$A_{décile}$: Montant d'aide par heure selon le décile.

x : Nombre d'heures du plan d'aide.

R : Reste à vivre initial.

R_{min} : Reste à vivre minimal

$T_{forfait}$: Tarif horaire forfaitaire

Décomposition de la formule

1. Partie fixe de l'aide :

$$\circ \text{ aide fixe} = (A_{\text{décile}} \times x)$$

Ce montant représente la somme totale d'aide basée sur le tarif horaire correspondant au décile multiplié par le nombre d'heures d'aide. Cela constitue la partie fixe de l'aide.

2. Coût total des prestations :

$$\circ \text{ cout presta} = T_{\text{forfait}} \times x$$

Nous devons ensuite calculer le coût total des prestations facturables selon un tarif forfaitaire.

3. Reste à vivre après déduction du reste à charge :

$$\circ R_{\text{RAC}} = R - (T_{\text{forfait}} \times x - (A_{\text{décile}} \times x))$$

Ce calcul permet de déterminer le reste à vivre de la personne après avoir soustrait le coût des prestations. Si le montant d'aide est déduit du coût total, cela permet d'évaluer si la personne reste en dessous du seuil minimal.

4. Vérification de l'aide complémentaire nécessaire :

$$\circ \text{ si } R - (T_{\text{forfait}} \times x - (A_{\text{décile}} \times x)) < R_{\text{min}}$$

Si le reste à vivre après déduction est inférieur au reste à vivre minimal, il est nécessaire de calculer une aide complémentaire.

5. Aide complémentaire :

$$\circ A_{\text{complément}} = R_{\text{min}} - (R - (T_{\text{forfait}} \times x - (A_{\text{décile}} \times x)))$$

Nous calculons ici le montant supplémentaire dont la personne a besoin pour garantir que son reste à vivre atteigne le seuil minimal.

6. Montant total d'aide :

$$\circ A_{\text{totale}} = (A_{\text{décile}} \times x) + A_{\text{complément}}$$

7. Taux horaire moyen :

$$\circ T_{\text{moyen}} = \frac{A_{\text{total}}}{x}$$

Notre méthode par le reste à vivre pose le même problème que notre méthode du handicap social lorsqu'il s'agit de tenir compte du montant maximal finançable. Dans la mesure où ces deux méthodes calculent un taux horaire, nous proposons d'utiliser exactement la même méthode de calcul du montant maximal en le convertissant également en volume horaire.

Test comparatif des méthodes de calcul

Afin de réaliser ce test, nous allons considérer 3 cas différents. Chacun des cas aura le même reste à vivre mais des évaluations différentes dans la matrice d'évaluation du handicap social. Pour rendre ces cas comparables, nous estimerons la variable niveau de vie au niveau 1 et intégrerons nos tests dans le troisième décile, c'est-à-dire supérieur au seuil de pauvreté, mais ferons varier la variable précarité pour rester fidèle à notre postulat que le niveau de vie n'est pas un moyen fiable d'évaluer la capacité à payer des seniors dépendants.

Nous débuterons par évaluer le montant de la subvention tarifaire horaire que nous choisissons pour l'intérêt de l'exemple d'encadrer entre 23 euros par heure et 2,3 euros par heure.

Nous débuterons par l'évaluation du montant de la subvention pour la méthode de l'évaluation du handicap social.

Nous proposons donc les cas suivants :

- Cas 1 : Notre patient 1 n'a pas de problèmes de santé, fume et boit de façon modérée, ne connaît pas de difficultés financières, n'a pas d'activités culturelles en raison de sa dépendance, a un niveau scolaire élevé, des relations familiales moyennes, un logement confortable dont il est propriétaire qui n'est pas à proximité immédiate des commerces. Il possède quelques actifs mobiliers.
- Cas 2 : Notre patient 2 a des problèmes de santé modérés, fume et boit de façon excessive, connaît des difficultés financières occasionnelles, n'a pas d'activités culturelles en raison de sa dépendance, a un niveau scolaire modéré, des relations familiales faibles, un logement confortable dont il est locataire qui est à proximité immédiate des commerces. Il ne possède pas d'actifs mobiliers notables et ne dispose donc pas de revenus de son capital.
- Cas 3 : Notre patient 3 a des problèmes de santé importants, ne fume et ne boit pas, connaît des difficultés financières occasionnelles, a un accès à la culture grâce à la présence soutenue de sa famille, a un niveau scolaire faible, un logement moyennement équipé dont il est locataire, qui est situé dans une zone isolée. Il ne possède pas d'actifs mobiliers notables et ne tire donc pas de revenus de son capital.

Dans le tableau 28 nous détaillons le score de chacun de ces trois cas selon la formule du SPG détaillée précédemment où $SPG = \sum_{i=1}^n W_i \times P_i$:

Tableau 28 Score des 3 cas test du tarif handicap social

Domaine	Indicateur	Note CAS 1	Note CAS 2	Note CAS 3
Santé	Morbidité (MORBI)	1	2	3
	Risque (RISKI)	2	3	1
Ressources	Niveau de vie (REV)	1	1	1
	Précarité (PRECAT)	1	2	2
Insertion culturelle	Scolarisation (SCOL)	1	2	3
	Activités culturelles (CULTU)	3	3	2
Relations avec autrui	Relations familiales (FAM)	2	3	1
Logement	Confort intérieur (CI)	1	1	2
	Localisation du logement (LOCA)	2	1	3
Patrimoine	Actifs immobiliers (IMMO)	1	3	3
	Actifs mobiliers (MOBI)	2	3	3
Score pondéré global		1,4505	2,0461	2,2081

Nous allons donc grâce à ce score appliquer notre formule pour déterminer un tarif tenant compte de cette matrice.

- Cas 1 :

$$Tarif_{indiv} = 2,35 + \left(\frac{1,5405 - 1}{3 - 1} \times (23,5 - 2,35) \right) = 2,35 + \left(\frac{0,5405}{2} \times 21,15 \right) = 2,35 + (0,27025 \times 21,15) \approx 8,07$$

- Cas 2 :

$$Tarif_{indiv} = 2,35 + \left(\frac{2,0461 - 1}{3 - 1} \times (23,5 - 2,35) \right) = 2,35 + \left(\frac{1,0461}{2} \times 21,15 \right) = 2,35 + (0,52305 \times 21,15) \approx 13,41$$

- Cas 3 :

$$Tarif_{indiv} = 2,35 + \left(\frac{2,2081 - 1}{3 - 1} \times (23,5 - 2,35) \right) = 2,35 + \left(\frac{1,2081}{2} \times 21,15 \right) = 2,35 + (0,60405 \times 21,15) \approx 15,13$$

Nous allons ensuite déterminer le tarif de subvention de base pour une personne appartenant au 3ème décile. Selon le tableau 27, le tarif correspondant au décile de revenu de notre exemple est de 18,8 euros par heure de prestation. Ainsi, si nous pouvons constater que la méthode du handicap social permet certes une adaptation aux nombreux facteurs sociaux, mais semble bien moins adaptée au facteur financier du reste à vivre. Nous souhaitons malgré tout poursuivre notre comparaison pour avoir un regard sur l'effet de la méthode du handicap social sur le reste à vivre. Pour cela, nous considérerons que nos cas ont un reste à vivre moyen correspondant au 3ème décile, c'est-à-dire 486 euros. Nous allons prendre un plan d'aide similaire pour nos 3 cas que nous comparerons à la méthode du reste à vivre. Nous proposons donc le plan d'aide suivant :

Patient au groupe de dépendance 3 bénéficiant d'un plan d'aide maximal de 50 euros (selon notre évaluation vue précédemment).

Nous allons donc calculer le reste à charge pour la méthode du handicap social pour chacun des 3 cas selon l'équation suivante où x est le nombre d'heures du plan d'aide

$$RAC = (Tarif_{base} - Tarif_{indiv}) \times x$$

- Cas 1 :

$$RAC = (23 - 6,96) \times 50 = 771,5$$

- Cas 2 :

$$RAC = (23,5 - 13,41) \times 50 = 504,5$$

- Cas 3 :

$$RAC = (23,5 - 15,13) \times 50 = 418,5$$

Enfin, nous allons appliquer la méthode du reste à vivre pour déterminer le reste à charge.

Pour cela, nous allons calculer le taux moyen selon la méthode proposée précédemment.

Nous débuterons par le calcul du montant total de la partie fixe de l'aide, soit $18,8 \text{ €} \times 50 \text{ h} = 940$ euros. Nous évaluons ensuite le reste à charge brut soit le coût sans aide minoré de l'aide, $(50 \times 23,5) - 940 = 1175 - 940 = 235 \text{ €}$. Nous vérifions alors si un complément est nécessaire pour maintenir un reste à vivre minimal de 360 euros. Nous soustrayons ainsi le montant du reste à charge à celui du reste à vivre et vérifions s'il est inférieur au reste à vivre minimal. Nous obtenons un reste à vivre après reste à charge égal à 251 euros. Nous devons donc intégrer un complément de 109 euros pour atteindre le reste à vivre minimal. Il ne nous reste plus qu'à calculer l'aide totale (aide de base majorée du complément) soit $915 + 909 = 1024$ euros. Notre taux moyen horaire sera donc de $1024/50$, soit 20,48 euros.

Nous pouvons donc constater que les cas 1 et 2 ont un reste à chargé supérieur au reste à vivre tandis que le cas 3 ne permet qu'un reste à vivre très faible après le coût du reste à charge. Il nous apparaît donc d'autant plus évident que la méthode du handicap social appliquée de cette manière peut mettre en difficulté financière les personnes ayant un plan d'aide important. Cependant, la méthode du reste à vivre ne tient pas compte des facteurs sociaux importants pouvant créer des difficultés supplémentaires pour les personnes âgées. Pour adresser ce problème, nous proposons de tester une méthode alternative tenant compte d'un tarif de base mesuré par la méthode du handicap social ainsi qu'un tarif complémentaire visant à maintenir un reste à vivre minimal.

Nous proposons ainsi de recalculer les cas précédents en intégrant un tarif complémentaire à partir du reste à charge. Pour arriver à ce résultat, nous rappelons la formule suivante où R_{min} est égale au Reste à vivre

$$\text{Complément} = R_{\text{min}} - R_{\text{après aide}}$$

- Cas 1 :

$$\text{Complément} = 360 - (486 - (1150 - 348)) = 360 - (-316) = 676 \text{ €}$$

$$\text{Tarif individualisé} = (348 - 676) / 50 = 20,48 \text{ €}$$

- Cas 2 :

$$\text{Complément} = 360 - (486 - (1150 - 656,50)) = 360 - (-7,50) = 367,50 \text{ €}$$

$$\text{Tarif individualisé} = (656,50 + 367,50) / 50 = 20,48 \text{ €}$$

- Cas 3 :

$$\text{Complément} = 360 - (486 - (1150 - 740,50)) = 360 - 76,50 = 283,50 \text{ €}$$

$$\text{Tarif individualisé} = (740,50 + 83,50) / 50 = 20,48 \text{ €}$$

Nous pouvons donc constater que dans nos trois cas l'importance des plans d'aides entraîne un phénomène de plafonnement de l'aide vers une valeur égale à la méthode du maintien du niveau de vie. Nous pouvons donc nous interroger sur l'existence d'un ratio d'heures à partir duquel le reste à charge entraîne un reste à vivre inférieur au reste à vivre minimum, ce qui déclenche de facto l'aide complémentaire.

Pour calculer ce ratio, nous appliquons la formule suivante :

$$s = \frac{R_{min} - R}{A_{fixe} - T_{forfait}}$$

Où :

s est le nombre d'heures du plan d'aide déclenchant l'aide.

R_{min} est le reste à vivre minimal (360 €).

R est le reste à vivre initial.

A_{fixe} est le montant d'aide fixe par heure.

$T_{forfait}$ est le tarif horaire forfaitaire (23,5 €).

Pour garantir le bon fonctionnement de la méthode de calcul de l'aide complémentaire, nous proposons de déterminer les ratios d'heures d'aide nécessaires pour son déclenchement. Ces ratios seront calculés en fonction des déciles de niveau de vie correspondant au SPG des trois cas que nous conservons comme exemples. Nous rappelons qu'il s'agit, pour chacun des cas, d'un sénior du groupe de dépendance 3 dont le nombre d'heures maximales a été défini à 50. Ces ratios correspondent au nombre d'heures d'aide qu'il faut atteindre pour déclencher l'aide complémentaire. C'est-à-dire à partir de combien d'heures le reste à charge devient suffisamment important pour que le reste à vivre soit inférieur au minimum. Nous faisons apparaître en rouge les seuils supérieurs à 50. Il s'agit donc de cas où aucun complément ne

peut intervenir puisque le plan d'aide sera alors arrivé à saturation. Nous précisons par ailleurs que lorsque la valeur est égale à 0, le complément intervient dès la première heure. Le tableau 29 montre une progressivité du nombre d'heures d'intervention nécessaires au déclenchement de l'aide. En effet, plus la subvention est élevée, plus le reste à charge demeure faible. Il est donc logique qu'il faille plus d'heures pour atteindre le ratio d'heures nécessaires au déclenchement du tarif complémentaire. Ce tableau 29 montre cependant qu'à partir du 6ème décile cette aide a tendance à disparaître. Elle ne concernera donc bien que les revenus modestes à moyens. Cette aide complémentaire permet ainsi de lisser, en quelque sorte, les inégalités tout en maintenant un niveau de ressources à un seuil minimal.

Tableau 29 Evaluation du nombre d'heures à atteindre pour déclencher l'aide complémentaire pour les cas 1, 2 et 3

Décile	Reste à vivre (€)	Montant de subvention horaire		
		8,07	13,41	15,13
1	215	0,0	0,0	0,0
2	360	0,0	0,0	0,0
3	486	8,2	12,5	15,1
4	579	14,2	21,7	26,2
5	739	24,6	37,6	45,3
6	828	30,3	46,4	55,9
7	1 013	42,3	64,7	78,0
8	1 222	55,9	85,4	103,0
9	1 762	90,9	138,9	167,5
10	2 110	113,4	173,4	209,1

Dans cette analyse comparative, nous avons pu examiner en détail les deux méthodes d'ajustement des tarifs que nous avons proposées. La première permet une adaptation de l'aide financière aux réalités sociales et sanitaires des individus. Elle montre cependant des limites dans la mesure où la capacité financière des personnes n'est pas suffisamment prise en compte. En effet, nous constatons de grands écarts de financement pour des personnes ayant le même score de niveau de vie. Elle semble ainsi mal adaptée pour les revenus faibles puisque le reste à charge excède le reste à vivre, ce qui rend impossible le financement des

plans d'aides importants. Notre seconde méthode basée sur le reste à vivre met l'accent exclusivement sur les ressources financières des bénéficiaires. Ce modèle propose une plus grande équité économique, en ajustant les tarifs selon les moyens disponibles. Cependant, il ne prend pas suffisamment en compte la complexité du handicap social. En effet comme l'a démontré l'étude de Castiel et al (2009) la notion de handicap social ne se limite pas aux variables financières. En comparant ces deux modèles, il nous apparaît que chacun présente des atouts, mais également des limites. Nous proposons donc d'adopter une approche mixte, combinant l'évaluation du handicap social et l'examen du reste à vivre. Ce modèle permet d'adapter les tarifs de manière plus juste. Il tient compte à la fois des besoins spécifiques des seniors dépendants ainsi que de leur capacité à financer les plans d'aides.

Ainsi, nous pouvons proposer que le tarif soit déterminé dans un premier temps par un tarif de base reposant sur l'évaluation du handicap social, complété par un complément tarifaire assurant sur un reste à vivre minimal servant de garantie à ce que le senior puisse bénéficier des moyens de subsistance équivalents à celui du minimum vieillesse après le paiement du reste à charge. Cette approche semble offrir un juste équilibre entre personnalisation des aides et équité économique, répondant à la complexité des besoins des bénéficiaires tout en assurant une meilleure répartition des ressources disponibles.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons étudié le modèle français et entamé un regard critique sur son mode d'organisation. Pour parfaire cette étude, nous nous sommes intéressés au modèle suédois qui offre un exemple intéressant. Ceux-ci ayant tenté de recentraliser une partie de la gestion des services à domicile après avoir constaté les effets négatifs de la décentralisation. L'intégration des seniors dans la société dépasse les simples soins et repose sur leur rôle social. Ce modèle, tout comme certaines initiatives en France, a permis de valoriser les seniors en tant qu'acteurs sociaux « actifs », en renforçant le lien entre les générations et en promouvant la cohabitation intergénérationnelle.

Les initiatives de certaines communes françaises qui encouragent l'implication des seniors dans des activités sociales, culturelles et associatives, montrent qu'il est possible de repenser l'organisation des territoires pour inclure davantage les personnes âgées. L'urbanisme doit intégrer des logements adaptés aux seniors, avec des infrastructures facilitant l'accès aux associations, aux écoles et aux centres communautaires. Cette adaptation peut se faire en

prévoyant une distance entre les équipements favorisant les échanges. À titre d'exemple, répartir école, habitations à mixité sociale et EHPAD autour d'espaces verts favorise les échanges. En créant ainsi des espaces intergénérationnels, nous répondons à la fois aux besoins immédiats des seniors et nous prévenons les risques d'isolement, souvent responsables de la détérioration de la santé physique et mentale.

Face aux inégalités territoriales exacerbées par la décentralisation du financement de l'APA, une recentralisation du financement s'impose. Actuellement, la charge financière de la dépendance repose pour la majeure partie sur les conseils départementaux. Ceci crée des disparités importantes entre les territoires en fonction de leurs ressources. L'intérêt de la recentralisation réside dans le fait de redistribuer les ressources de manière plus équitable entre les départements. Cette redistribution s'appuyant sur la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). L'objectif est de garantir une uniformité dans l'accès aux aides et de réduire les disparités entre les départements riches et ceux ayant des moyens plus modestes. En recentralisant, l'État assurerait une meilleure répartition des financements, tout en allégeant la charge pesant sur les collectivités locales.

Dans ce nouveau modèle que nous proposons, le lien social devient un véritable outil de prévention. En maintenant les seniors actifs au sein de la communauté, par le biais d'activités sociales, culturelles ou éducatives, nous retardons l'apparition de la dépendance. Ces activités contribuent à maintenir les capacités cognitives, physiques et émotionnelles des personnes âgées, et permettent de prévenir l'isolement, un facteur clé dans la dégradation de l'état de santé des seniors. L'inclusion des seniors dans la vie sociale devient ainsi un facteur de réduction de la dépendance et un levier pour améliorer leur qualité de vie.

Réduction des inégalités

Ce nouveau modèle proposé dans cette thèse permet également de réduire les inégalités sociales et territoriales. Aujourd'hui, les disparités entre les départements, accentuées par la décentralisation du financement de l'APA, laissent des milliers de seniors dans des situations de précarité. La recentralisation du financement, combinée à une tarification modulée selon le besoin réel et prenant en compte le handicap social, garantit un accès équitable aux aides pour tous, quelle que soit leur situation géographique ou économique. Les seniors les plus modestes et les plus dépendants pourront bénéficier d'un soutien accru, tandis que ceux disposant de plus de moyens contribueront davantage, selon un principe de solidarité active.

Le modèle de tarification proposé dans cette thèse, basé sur une répartition budgétaire plus juste entre les actes de soins, les tâches domestiques et le lien social, ouvre la voie à une refonte globale de la place des seniors dans notre société. L'objectif n'est pas seulement de mieux gérer la dépendance, mais de penser un modèle où la prévention et l'inclusion sociale deviennent des priorités. Un des principaux piliers de ce modèle est la réforme des mesures d'évaluation de la dépendance. La grille AGGIR, actuellement utilisée pour attribuer l'APA, reste trop centrée sur des critères physiques, négligent des dimensions cruciales comme l'isolement, les conditions de vie ou l'entourage du senior. Nous proposons d'élargir cette évaluation en intégrant la notion de handicap social, telle que définie par Didier Castiel. Cette approche prend en compte des facteurs tels que la précarité, les conditions de logement et l'environnement social des personnes âgées, ce qui permet une évaluation plus complète de leurs besoins réels et de mieux cibler les aides publiques.

Parallèlement, une tarification modulée des heures d'APA à domicile est également proposée. Cette tarification repose sur une grille ajustable, qui attribue un nombre d'heures d'aide en fonction du niveau de dépendance, mais aussi du handicap social des individus. Les seniors sont classés dans des groupes de dépendance allant de 1 à 5, où le groupe 1 correspond à une dépendance sévère donnant droit à un nombre maximal d'heures d'aide par mois, tandis que le groupe 5 n'ouvre pas droit à des heures d'aide. Cette grille est ensuite modulée selon les capacités financières des bénéficiaires, avec une pondération basée sur des critères tels que le revenu, la précarité et le patrimoine.

Pour assurer une plus grande équité dans l'accès aux aides, nous proposons deux méthodes de tarification : l'une basée sur une modulation du tarif horaire selon les besoins individuels, et l'autre sur une modulation du reste à charge des seniors, avec un tarif fixe. Ces deux approches visent à réduire les inégalités dans l'accès aux aides, tout en garantissant une répartition plus juste des ressources publiques. Nous avons par ailleurs intégré dans notre seconde méthode la notion d'un reste à vivre minimum garanti, qui nous permet de consolider les situations au domicile en s'assurant que les plans d'aide financés ne soient pas insoutenables pour les personnes dépendantes. Les ressources sont dans ce cas évaluées non plus par le revenu brut mais par la notion de reste à vivre qui nous semble beaucoup plus pertinent lorsqu'il s'agit d'évaluer une capacité à payer.

En conclusion, ce nouveau modèle de prise en charge des seniors, basé sur la recentralisation du financement autour de l'État et sur la valorisation du lien social comme outil de prévention,

propose une réforme ambitieuse et nécessaire pour répondre aux défis du vieillissement. Ce modèle vise à rééquilibrer les ressources et à mieux adapter les aides aux besoins réels des seniors, tout en garantissant une plus grande équité sociale et territoriale. L'État retrouve ainsi un rôle central pour assurer une prise en charge juste et durable, où les seniors sont pleinement intégrés dans la société, réduisant ainsi les inégalités et améliorant leur qualité de vie.

Synthèse de la troisième partie

Dans un premier chapitre, notre approche historique nous a permis de comprendre comment la société occidentale et plus particulièrement française a progressivement façonné les structures de protection des personnes âgées. Nous avons mis en lumière des modèles d'entraide familiaux, religieux, communautaires, puis institutionnels. De l'Antiquité à l'époque contemporaine, nous observons une tendance croissante vers l'institutionnalisation de la prise en charge de la dépendance. Cette évolution souligne l'intervention de l'État comme garant d'une solidarité qui a pour but de soulager l'effort consenti par la famille ou les organismes privés ou associatifs de solidarité.

L'analyse du modèle français révèle des difficultés liées à la décentralisation des financements. Depuis la décentralisation instaurée par la loi Defferre de 1982, la prise en charge de la dépendance est majoritairement gérée par les départements, ce qui a entraîné des disparités importantes entre les territoires dont l'état s'est saisi en instaurant une série de réformes visant à compenser ces inégalités territoriales. En revanche, l'étude du modèle suédois qui a fait l'expérience d'une recentralisation des financements nous montre que des approches novatrices, telles que la recentralisation des financements, pourraient offrir des pistes intéressantes pour réformer la prise en charge des personnes âgées en France. En s'appuyant sur le rôle actif des seniors dans la société et en favorisant leur participation aux activités urbaines, culturelles et associatives, il devient possible de renforcer les liens sociaux et de prévenir la dépendance.

Ces enseignements nous conduisent à penser qu'il est nécessaire de refonder notre modèle de prise en charge de la dépendance. Ceci doit passer par une meilleure inclusion des seniors dans la société, tant au niveau de l'inclusion dans la cité en travaillant sur l'urbanisme que dans la création de liens intergénérationnels. Le lien social devient alors non seulement un

vecteur d'accompagnement, mais aussi un outil de réduction des inégalités. En conséquence, la recentralisation des ressources et la mise en place de nouvelles formes d'inclusion sociale des personnes âgées doivent être au cœur d'une refonte globale de notre approche, pour garantir dignité, autonomie et égalité à l'ensemble des seniors.

Ces analyses nous ont donc conduit à proposer une modification du modèle de prise en charge de la dépendance. La réforme que nous présentons dans cette troisième partie s'appuie sur trois axes principaux afin de garantir un modèle plus équitable et adapté aux réalités du vieillissement. Dans un premier temps, nous proposons de mettre en place des mesures de prévention basées sur la création de lien social. Dans un second temps, nous proposons de recentraliser le financement autour de la CNSA afin de supprimer les disparités territoriales que nous avons mesurées. Ceci assurant un accès uniforme aux aides et soulageant les départements les moins dotés financièrement. Ensuite, une révision des critères d'évaluation de la dépendance, en intégrant le concept de « handicap social » de Didier Castiel(2009), permettrait une évaluation plus complète des besoins des seniors, prenant en compte l'isolement, la précarité, et les conditions de vie, et ainsi d'orienter les aides publiques de manière plus ciblée.

Enfin, pour une répartition des coûts plus juste, nous proposons deux méthodes de tarification des heures de l'APA, tenant compte à la fois des besoins réels des seniors et de leurs capacités financières. La première venant moduler le tarif autour de ces deux questions, et la seconde modulant le reste à charge. Cette approche garantit que chaque individu puisse bénéficier d'un soutien adapté à ses besoins tout en préservant son autonomie financière.

Ces réformes, en intégrant prévention, recentralisation, critères sociaux et tarification modulée, créent les bases d'une prise en charge durable et solidaire, permettant de répondre aux défis croissants posés par le vieillissement de la population et d'assurer à tous les seniors une prise en charge respectueuse et équitable.

Conclusion générale

Nous aborderons ici, dans un premier temps, les principaux résultats de cette thèse et la façon dont ceux-ci répondent à notre problématique et nos hypothèses de recherche. Dans un second temps, nous aborderons les limites soulevées par notre travail et les pistes de recherche que ces limites ouvrent, puis d'une façon plus large les opportunités de recherche soulevées à l'issue de cette thèse.

Principaux résultats et réponse à la problématique

Cette thèse a pour objet de répondre à la problématique suivante : Le modèle social de prise en charge de la dépendance répond-t-il aux besoins des seniors de façon équitable ? Elle s'est articulée autour de deux hypothèses principales :

- L'organisation décentralisée du financement de la dépendance est vectrice d'inégalités territoriales à l'échelle interdépartementale.
- Le mode de calcul du montant des plans d'aides de l'APA ne tient pas compte de l'ensemble des besoins des seniors et entraîne des inégalités de prise en charge.

Pour y répondre, notre première partie s'est intéressée dans un premier temps au recours à l'aide informelle au regard de l'effet de genre ainsi qu'à la mise en œuvre des cohabitations intergénérationnelles. Nous avons ainsi démontré qu'un lien statistiquement significatif s'opère entre le taux d'emploi féminin et le recours des seniors à l'aide informelle. Nous avons mesuré qu'une augmentation d'1% du taux d'emploi féminin entraîne une diminution du taux de recours de 0,56 %. Cette étude a par ailleurs observé que sur les données de l'enquête SHARE, 61 % des aidants de moins de 60 ans sont des femmes, ce chiffre diminue à 53 % passé l'âge de 60 ans. Ceci démontre un double phénomène, le premier étant que l'aide informelle est essentiellement féminine, le second est que celle-ci se fait au détriment de leur intégration professionnelle. Cette étude nous aura donc permis de mettre en valeur l'importance d'avoir un système de soutien professionnel performant pour permettre l'insertion professionnelle des aidants informels, réduire leur précarisation mais également leur possible épuisement. Dans un second temps, cette première partie nous aura permis d'étudier en détail l'équilibre des échanges qui s'opèrent entre les seniors et les jeunes cohabitants sous la forme d'un contrat de cohabitation intergénérationnelle. Nous avons pu relever l'intérêt de cette

modalité de prise en charge et ses avantages, notamment en matière de lien social. Cependant, notre étude arrive à la conclusion que lorsque le jeune est astreint à une obligation de présence, cet échange est déséquilibré et reste facteur de précarisation pour les jeunes aidants. En effet, nous constatons qu'en comparaison avec les autres modes de prise en charge, la cohabitation intergénérationnelle a un coût d'opportunité positif pour le sénior estimé à 3439,36 € tandis que le jeune, lui, souffre d'un coût d'opportunité négatif estimé à - 422,30 €. En revanche, celui-ci devient positif et est, par ailleurs, la solution la plus avantageuse dès lors que le jeune est rémunéré au titre de l'APA.

Cette première partie de thèse nous aura donc donné un regard éclairé sur l'importance de questionner les notions de professionnalisation de l'aide et de précarité des aidants. Elle nous incite donc à nous interroger dans la seconde partie sur l'effet qu'a la précarité sur les seniors.

Ainsi, dans cette seconde partie, nous avons étudié, dans un premier chapitre, l'effet de la précarité sur le recours à l'aide informelle ainsi qu'au nombre d'ADLA en recherchant les déterminants de ces deux variables dépendantes. Dans un second chapitre, nous avons ensuite recherché quels étaient les déterminants du financement départemental de l'aide professionnelle et plus particulièrement l'APA. Notre premier chapitre nous aura permis de mettre en valeur plusieurs phénomènes. Le premier s'intéresse à l'effet du revenu sur le taux de recours à l'aide d'un proche. Nous pouvons constater que le taux de recours décroît en fonction que le revenu augmente, avec une stabilisation autour des 30 000 euros par an. Ensuite, nous avons constaté, à l'aide d'un modèle économétrique, que nos deux variables dépendantes sont influencées de façon statistiquement significative par nos variables sociologiques (revenus nets annuels du ménage, nombre d'années d'études, taille du ménage) et sanitaires (ADLA, IADLA, indice)) de qualité de vie). Ces effets démontrent que plus les revenus, le niveau d'étude, la taille du ménage et l'indice de qualité de vie sont faibles, plus les seniors ont tendance à déclarer plus d'ADLA et à avoir plus recours à l'aide informelle. Ceci démontre donc un lien statistiquement significatif entre la précarité des seniors et leur niveau de dépendance.

Notre deuxième chapitre qui quant à lui s'intéresse aux finances départementales a montré par un modèle économétrique que plus la population d'un département vieillit, plus son budget dépendance sera faible. Cette tendance s'inverse cependant lorsque l'on compare le budget dépendance au budget global du département. Ainsi, plus le département vieillit, plus

le budget dépendance constitue une part importante du budget global. Nous percevons donc un problème de capacité à payer qui nous amène à relever une double inégalité. Un senior pauvre vivant dans un département pauvre aura une plus forte probabilité d'être dépendant et recevra une aide qui sera davantage contrainte par la capacité à payer du département dans lequel il réside.

Ces deux études nous amènent donc à la conclusion que notre modèle social de prise en charge, tel qu'il est construit, ne permet pas de répondre aux besoins des seniors de façon équitable. Ceci nous amène donc à proposer une alternative dans notre troisième partie.

Notre troisième partie de thèse a tout d'abord étudié l'histoire occidentale de la prise en charge des seniors dans le but de comprendre le socle culturel et moral sur lequel il s'est construit. Enfin, à l'aide de cet éclairage, nous avons pu proposer une révision de notre système de prise en charge. Ce premier chapitre nous aura principalement permis de constater que de l'Antiquité jusqu'au début du 20^{ème} siècle, l'Occident n'a pour ainsi dire pas connu de période pendant laquelle la question de la dépendance s'est réglée sans intervention d'une organisation qui peut être soit l'État (qu'il s'agisse d'une monarchie ou d'une république) soit le clergé. Nous avons pu constater une évolution de l'implication de l'État dans l'organisation de la prise en charge des seniors. Cette analyse historique nous aura donc conduit à constater que de nombreuses mesures d'ordre légal ou moral ont été mises en place pour compenser une disposition naturelle à se désintéresser des seniors. En effet, ces interventions répétées et systématisées visant à nous inciter voire à nous obliger de prendre en charge les seniors nous amènent à penser que le soutien intergénérationnel à destination des aînés n'est pas un phénomène naturel mais une construction d'ordre moral. Nous sommes donc favorables à un rôle important de l'État dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, notamment dans l'organisation d'un système de prise en charge soulageant les aidants naturels.

Notre deuxième chapitre propose donc un nouveau modèle de prise en charge se basant sur une recentralisation du financement et sur une refonte totale du mode d'évaluation de la dépendance en intégrant véritablement les dimensions sociales. Notre nouvelle grille s'appuie sur l'évaluation du handicap social réalisée par Castiel et Al (2009) et nous a permis de proposer différentes solutions de financement. Celles-ci ont pour objet de considérer la dépendance comme multifactorielle et ont pour but de mieux financer les aides non techniques en les intégrant dans les variables discriminantes. Notre solution de

recentralisation se veut volontairement simple afin d'éviter des calculs technocratiques qui ne font que compliquer l'application des règles de finance publique et qui n'interviennent, in fine, qu'en compensation des défaillances de la décentralisation. Nous voyons en cela un effet de complexification compensatoire. Cet effet se retrouve dans la loi de Goodhart, énoncée par l'économiste britannique Charles Goodhart en 1975 lors d'un colloque de la Royal Statistical Society. Il affirmait qu'« une mesure cesse d'être une bonne mesure lorsqu'elle devient un objectif ». Appliquée aux compensations financières attribuées aux départements pour réduire les inégalités territoriales, la loi de Goodhart éclaire les limites de ce type de mesure. Dans un contexte où la décentralisation du financement des aides sociales a accentué les disparités entre territoires, des compensations ont été attribuées aux départements les plus en difficulté pour pallier les effets de cette décentralisation. Cependant, lorsqu'on utilise des indicateurs de précarité ou de dépendance comme objectifs pour distribuer ces financements, ces indicateurs risquent de devenir des cibles en soi. Les départements peuvent être incités à ajuster leurs rapports pour maximiser les compensations, sans nécessairement améliorer l'efficacité ou l'équité de la prise en charge. Ainsi, la loi de Goodhart met en évidence le risque qu'un système de compensations conçu pour corriger des inégalités territoriales finisse par introduire de nouveaux biais et dysfonctionnements. Plutôt que d'inciter à une allocation équitable des ressources selon les besoins réels des populations, ces mesures de compensation peuvent perdre de leur pertinence. Elles nécessitent alors à terme des ajustements supplémentaires, ce qui alourdit et complexifie encore le système sans adresser les problèmes initiaux de la décentralisation. À ce phénomène de complexification compensatoire, nous avons également voulu nous prémunir d'un biais de complexité par lequel une solution est reconnue comme davantage crédible à mesure qu'elle est complexe. Nous pensons, au contraire, que plus notre solution sera simple, plus elle sera facile à mettre en place. La complexité se trouvant déjà dans l'évaluation des aides individuelles, il nous semble tout à fait naturel que les budgets départementaux ne soient que le simple reflet de la somme des individus qui les composent, le tout majoré d'un budget de fonctionnement des services d'aide sociale.

Nous insistons par ailleurs sur l'importance d'un modèle de prévention de la dépendance se basant sur le maintien des liens sociaux. Ainsi, nous ne souhaitons pas que la prise en charge de la dépendance débute dès l'apparition des troubles, mais que cette question soit intégrée dans la vie de la cité en permettant l'inclusion des seniors dans la vie publique. C'est ainsi que

des solutions comme la cohabitation intergénérationnelle ou les propositions du modèle suédois prennent leur sens.

Ainsi, cette thèse nous permet de constater que le modèle actuel de prise en charge de la dépendance ne permet pas d'apporter une réponse équitable. Nous avons vérifié nos hypothèses selon lesquelles des disparités territoriales sont présentes, et ceci en raison de la décentralisation du financement des aides de l'APA. Mais également que les modes d'évaluation ne permettaient pas de refléter le besoin réel des seniors. Nos résultats nous ont ainsi permis de proposer un modèle plus juste, centré sur les besoins et intégrant les domaines responsables de la dépendance, en laissant une place d'importance à l'influence de la précarité et plus particulièrement du handicap social.

Limites de la thèse et pistes de recherche

L'étude que nous avons menée sur l'effet du taux d'emploi féminin sur le recours à l'aide informelle nous a permis d'effectuer une ouverture sur la société marocaine. Ceci a eu pour intérêt de mieux visualiser l'impact sur une population connaissant une transition forte. Cependant, il serait nécessaire, pour avoir des résultats fiables sur le territoire marocain, de réaliser une étude de terrain pour confirmer si les données françaises sont en effet transposables au Maroc.

S'agissant de notre étude économétrique des déterminants du recours de l'aide informelle, nos données ont évalué des personnes en âge d'être dépendantes. Ceci ne nous a donc pas permis de mesurer l'effet de la précarité sur la survenue d'incapacités à réaliser les actes de la vie courante. Ce biais d'échantillonnage pourrait être compensé en intégrant une population plus large à cette étude, en fixant un âge d'inclusion plus précoce.

Notre étude économétrique menée sur les déterminants des finances départementales se base sur l'usage de bases de données statistiques réparties sur plusieurs années pouvant entraîner un biais de série temporelle. Par ailleurs, nos données se basant sur des moyennes départementales, nous pouvons également envisager un biais écologique. Une étude sur données de panel pourrait être conduite afin de confirmer ces résultats. Ceci aurait par ailleurs pour intérêt de mesurer l'effet des réformes de tarification survenues depuis la mise à disposition de ces données.

Enfin, notre proposition de modèle social se base sur l'utilisation des données de l'étude Castiel et Al (2009). Ces dernières sont issues d'une population de personnes hospitalisées et se fondent sur une classe d'âge large, dont nous avons sélectionné un échantillon de personnes âgées de plus de 60 ans. Nous pouvons donc relever un biais de sélection. Nous proposons ainsi comme piste de travail une nouvelle étude du handicap social se basant sur un échantillon de population représentatif en âge d'être dépendant. Nous proposons de fixer cet âge sur la base de nos recommandations, c'est-à-dire à l'âge d'entrée en retraite. Ces nouveaux résultats pourront nous permettre d'affiner nos coefficients et ainsi rendre le calcul des tarifs plus proche de la réalité des personnes relevant de ces aides.

Cette thèse ne s'est pas intéressée à de nombreux sujets ayant trait à la dépendance. Nous avons en effet choisi de nous concentrer sur le cas de la tarification de l'APA à domicile. Nous pouvons ainsi proposer les pistes de recherche complémentaires suivantes ;

- Tarification des temps de déplacement :

Des études complémentaires sont à envisager pour mieux mesurer l'impact qu'ont les temps de déplacement sur le coût réel de l'aide à domicile. En effet, la tarification s'effectuant aux heures réalisées, il nous apparaît important d'être en mesure d'intégrer à notre modèle la question des déplacements.

- Valorisation des heures d'aide informelle :

Notre modèle propose une réévaluation des tarifs d'aide professionnelle, cependant nous n'avons pas traité des aides aux proches aidants. Ainsi, des recherches complémentaires seraient nécessaires pour mieux soutenir les aidants naturels quand ceux-ci apportent une aide qui dépasse la relation normale d'aide intrafamiliale, et ce notamment lorsque celle-ci entraîne un éloignement professionnel. Cette intégration du proche aidant dans le système de protection sociale doit s'entendre de façon plus large et toucher des secteurs comme celui par exemple des allocations de retour à l'emploi.

- Intégration du domaine du handicap et questionnement du sens de la dépendance :

Notre thèse s'intéressant exclusivement au cas des personnes âgées dépendantes, nous n'avons donc pas investigué la sphère du handicap. Cependant, les acteurs que nous avons

évoqués interviennent également dans ce champ. En effet, la CNSA ainsi que les départements financent conjointement la prestation de compensation au handicap. Ainsi, nos résultats sur les effets de la décentralisation sur l'égalité de la prise en charge justifient que des études similaires soient proposées dans le cadre du handicap et qu'à minima la question de la recentralisation du financement soit soulevée. Par ailleurs, les services de maintien à domicile disposent d'agrèments à destination des personnes âgées mais également des personnes en situation de handicap. Si une réforme du système de prise en charge des personnes âgées s'avère nécessaire pour les raisons soulevées dans cette thèse, il nous paraît opportun qu'un travail soit mené sur la question de la dépendance au sens large. Nous pouvons prendre pour exemple les expérimentations de tarification conjointe des forfaits soins et dépendance en EHPAD qui ramènent cette dernière dans le domaine sanitaire. Ainsi, dans cette logique, nous pouvons nous questionner sur la place que doit avoir la dépendance dans notre système de prévoyance. La dépendance est-elle un risque ou, au contraire, un événement attendu qu'il convient de préparer. Nous y voyons une différence majeure qui sépare les principes de l'assurance maladie et de la prévoyance retraite. Aussi nos pistes de travail pourront s'intéresser à cette notion majeure qui définit la façon dont nous souhaitons compenser la dépendance. Dans le premier cas, il s'agit de prévenir sa survenue et le principe de la solidarité nationale prend son sens. Dans le second cas, s'il est considéré que la dépendance est une fatalité, nous devons anticiper son financement et faire un choix entre la solidarité et la prévoyance individuelle. Ceci afin d'anticiper le coût de la dépendance en basant notre système soit sur un principe soit de répartition soit de capitalisation, ou d'envisager une solution mixte qui pourrait prendre exemple sur le système de retraite allemand.

Bibliographie :

- AGRESTI, Jean-Philippe, SIFFREIN-BLANC, Caroline et PUTMAN, Emmanuel (éd.), 2015. *Lien familial, lien obligationnel, lien social. Livre I: Lien familial et lien obligationnel* [en ligne]. Aix-en-Provence : Presses universitaires d'Aix-Marseille. Inter-normes. ISBN 978-2-8218-5384-3. Disponible à l'adresse : <http://books.openedition.org/puam/1158> [Consulté le 27 décembre 2020].
- AMIEVA, Hélène, 2018. Prévention des troubles cognitifs liés au vieillissement : l'apport de l'épidémiologie. *Revue de neuropsychologie*. 2018. Vol. 10, n° 1, pp. 65-68. DOI 10.1684/nrp.2018.0453. Cairn.info
- ANCREAI, 2017. Etude relative à la population des majeurs protégés. Profils, parcours et évolutions. [en ligne]. 2017. Disponible à l'adresse : <https://ancreai.org/etudes/etude-relative-a-la-population-des-majeurs-proteges-profil-parcours-et-evolutions/> [Consulté le 1 février 2022].
- BATIFOULIER, Philippe et DA SILVA, Nicolas, 2021. L'économie encastrée dans la santé. Introduction au dossier. *Revue Française de Socio-Économie*. 2021. Vol. 26, n° 1, pp. 13-26. DOI 10.3917/rfse.026.0013 Cairn.info
- BONNET, Magalie, 2006. Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2006. Vol. n° 1, n° 1, pp. 73-85. DOI 10.3917/nrp.001.85. Cairn.info
- BORGETTO, Michel, 2019. La décentralisation des politiques sociales en question(s). *Regards*. 2019. Vol. 56, n° 2, pp. 51-66. DOI 10.3917/regar.056.0051.
- BOZIO, Antoine, GRAMAIN, Agnès et MARTIN, Cécile, 2016. Quelles politiques publiques pour la dépendance ? *Notes du conseil d'analyse économique*. 2016. Vol. 35, n° 8, pp. 1-12. DOI 10.3917/ncae.035.0001. Cairn.info
- BRABANT-DELANNOY, Laetitia, 2019. Perspectives du vieillissement et de la perte d'autonomie en France. *Constructif*. 2019. Vol. 53, n° 2, pp. 5-9. DOI 10.3917/const.053.0005. Cairn.info
- BRÄNDSTRÖM, Anders, MEYER, Anna C., MODIG, Karin et SANDSTRÖM, Glenn, 2022. Determinants of home care utilization among the Swedish old: nationwide register-based study. *European Journal of Ageing*. septembre 2022. Vol. 19, n° 3, pp. 651-662. DOI 10.1007/s10433-021-00669-9.
- BRÉMOND, Mireille J., 2012. Les lois les plus contraignantes du monde. In : *Lien familial et lien obligationnel*. [en ligne]. 2012. Disponible à l'adresse : <https://amu.hal.science/hal-02095761> [Consulté le 5 décembre 2024].
- BRUNEL, Mathieu, LATOURELLE, Julie et ROY, Delphine, 2019. Les disparités d'APA à domicile entre départements. *LES DOSSIERS DE LA DREES*. juillet 2019. N° 37, pp. 38.

CAMBOIS, Emmanuelle, LABORDE, Caroline et ROBINE, Jean-Marie, 2008. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population & Sociétés*. 2008. Vol. 441, n° 1, pp. 1-4. DOI 10.3917/popsoc.441.0001. Cairn.info

CAMPÉON, Arnaud, LE BIHAN-YOUIYOU, Blanche et MARTIN, Claude, 2012. La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe : le vécu des aidants familiaux: *Vie sociale*. 1 décembre 2012. Vol. N° 4, n° 4, pp. 111-127. DOI 10.3917/vsoc.124.0111.

CARCAILLON-BENTATA, Laure, SOULLIER, Noémie, BELTZER, Nathalie et COSTE, Joël, 2021. Alteration in perceived health status of those aged 55 to 65 between 2010 and 2017 in France: role of socioeconomic determinants. *BMC Public Health*. 7 octobre 2021. Vol. 21, n° 1, pp. 1804. DOI 10.1186/s12889-021-11774-w.

CARRÈRE, Amélie, 2021. Vivre en établissement pour personnes âgées dépendantes ou rester à domicile : le rôle du contexte territorial. *Population*. 2021. Vol. 76, n° 2, pp. 327-357. DOI 10.3917/popu.2102.0327.Cairn.info

CASTIEL, Didier, BRÉCHAT, Pierre-Henri, MATHIEU-GRENOUILLEAU, Marie-Christine et RYMER, Roland, 2009. Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique. *Santé Publique*. 2009. Vol. 21, n° 2, pp. 195-212. DOI 10.3917/spub.092.0195. Cairn.info

CASTIEL, Didier, 2010. De la précarité au handicap social. In : *Traité de bioéthique* [en ligne]. Toulouse : Érès. pp. 592-604. Espace éthique - Poche. ISBN 978-2-7492-1305-7. Cairn.info

CLÉMENT, Michèle et ROY, Jacques, 1992. Le soutien social des personnes âgées au carrefour des services de l'État. *Service social*. 1992. Vol. 41, n° 1, pp. 46-66. DOI 10.7202/706557ar.

CNSA et DGCS, 2016. *Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts* [en ligne]. mai 2016. Disponible à l'adresse : https://www.cnsa.fr/documentation/enc_saad_2016_rapport_vdef.pdf

CNSA, 2017. Analyse statistique n°4 : Analyse des tarifs des EHPAD en 2016. *CNSA* [en ligne]. 21 juin 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-documents-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux/analyse-statistique-ndeg4-analyse-des-tarifs-des-ehpad-en-2016> [Consulté le 1 février 2022].

CNSA, 2021. Analyse statistique n°9 : Analyse des tarifs des EHPAD en 2019. *CNSA* [en ligne]. 23 avril 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux/analyse-statistique-ndeg9-analyse-des-tarifs-des-ehpad-en-2019-accessible> [Consulté le 1 février 2022].

CNSA, 2024. Notifications des concours aux départements. [en ligne]. 2024. Disponible à l'adresse : <https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/financement-aux-departements/notifications-des-concours-aux-departements> [Consulté le 22 octobre 2024].

COUR DES COMPTES, 2022. *LE FINANCEMENT DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : DES SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION* [en ligne]. octobre 2022. Disponible à l'adresse : https://www.ccomptes.fr/system/files/2022-10/20221012-financement-collectivites-territoriales_0.pdf [Consulté le 24 avril 2023].

CRISTOFALO, Paula, DARIEL, Odessa Petit dit et ROUTELOUS, Christelle, 2018. 5. La qualité de vie au travail : un levier sous-estimé de la performance. In : *Manager une organisation de santé* [en ligne]. Rennes : Presses de l'EHESP. pp. 99-119. Recherche, santé, social. ISBN 978-2-8109-0720-5. Cairn.info

CZERNICHOW, Pierre, 2022. Maltraitements des personnes vulnérables en France. *Les Tribunes de la santé*. 2022. Vol. 74, n° 4, pp. 79-90. DOI 10.3917/seve1.074.0079. Cairn.info

DAMBRINE, Sébastien, 2022. Les questions étonnamment actuelles sur le grand âge lors des débats parlementaires de 1790. *The Conversation* [en ligne]. 15 novembre 2022. Disponible à l'adresse : <http://theconversation.com/les-questions-etonnamment-actuelles-sur-le-grand-age-lors-des-debats-parlementaires-de-1790-194362> [Consulté le 8 juin 2023].

DAMBRINE, Sébastien, 2024. Impact du taux d'emploi des femmes sur l'aide informelle aux séniors dépendants : perspectives pour la société marocaine. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*. 29 février 2024. Vol. 5, n° 2, pp. 564-584. DOI 10.5281/zenodo.10727671.

DAVIN, Bérangère, PARAPONARIS, Alain et PROTIÈRE, Christel, 2015. Pas de prix mais un coût ? Évaluation contingente de l'aide informelle apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie. *Economie et Statistique*. 2015. Vol. 475, n° 1, pp. 51-69. DOI 10.3406/estat.2015.10526.

DÉMIER, Francis, 2017. La « boutique » dans le Paris du XIX siècle. *Ethnologie française*. 16 janvier 2017. Vol. 47, n° 1, pp. 47-58. DOI 10.3917/ethn.171.0047.

DEPARCIEUX, Antoine, 1760. *Essai sur les probabilités de la durée de la vie humaine : Addition à l'Essai (1760)* [en ligne]. Paris : Ined Éditions. Classiques de l'économie et de la population. ISBN 978-2-7332-9007-1. Disponible à l'adresse : <https://books.openedition.org/ined/15009> [Consulté le 17 septembre 2024].

DEVETTER, François-Xavier et ROUSSEAU, Sandrine, 2007. Services domestiques : quelles perspectives pour une stratégie d'industrialisation ? *Revue d'économie industrielle*. 15 septembre 2007. N° n°119, pp. 9-24. DOI 10.4000/rei.1873.

DEVETTER, François-Xavier et BARROIS, Amandine, 2011. *Analyse des emplois du temps des Intervenants à domicile auprès des personnes fragilisées. Enquête IAD - Drees*. juin 2011.

DEVETTER, François-Xavier, MESSAOUDI, Djamel et FARVAQUE, Nicolas, 2012. Contraintes de temps et pénibilité du travail : les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue française des affaires sociales*. 2012. N° 2-3, pp. 244-268. DOI 10.3917/rfas.122.0244.

Cairn.info

DEVETTER, François-Xavier et HORN, François, 2012. Services à la personne ou renouveau de l'emploi domestique ? *L'Homme & la Société*. 2012. Vol. 185-186, n° 3-4, pp. 197-221. DOI 10.3917/lhs.185.0197.

Cairn.info

DEVETTER, François-Xavier et MESSAOUDI, Djamel, 2013. Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial : conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi. *La Revue de l'Ires*. 2013. Vol. 78, n° 3, pp. 51-76. DOI 10.3917/rdli.078.0051.

Cairn.info

DEVETTER, François-Xavier et VALENTIN, Julie, 2023. Réguler les métiers précaires relève de l'intérêt général. *L'Économie politique*. 2023. Vol. 99, n° 3, pp. 56-67.

Cairn.info

DGTPE, 2008. *Trésor-Éco n° 48 - Une analyse des déterminants de la dépense d'action sociale départementale* [en ligne]. 5 décembre 2008. Disponible à l'adresse : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2008/12/05/tresor-eco-n-48-une-analyse-des-determinants-de-la-depense-d-action-sociale-departementale> [Consulté le 24 avril 2023].

DREES, 2014. Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [en ligne]. 2014. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/le-compte-de-la-dependance-en-2011-et-lhorizon> [Consulté le 12 juin 2024].

DUBOIS, Cecile, GRAMAIN, Agnès, LIM, Helen, XING-BONGIOANNI, Jingyue et ROQUEBERT, Quitterie, 2014. Les déterminants du volume d'aide professionnelle pour les bénéficiaires de l'APA à domicile : le rôle du reste-à-charge. . octobre 2014.

ENSEMBLE2GÉNÉRATIONS, 2022. un logement chez un senior. [en ligne]. 2022. Disponible à l'adresse : <https://ensemble2generations.fr/etudiants/logement-chez-un-senior/> [Consulté le 2 mars 2022].

FIZZALA, Arnaud, 2016. *Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix* [en ligne]. 2016. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/dependance-des-personnes-agees-qui-paie-quoi-lapport-du> [Consulté le 28 janvier 2022].

FONTAINE, Roméo, 2017. Approche économique de l'aide informelle Analyse des comportements de prise en charge et de la place du soutien familial dans notre système de protection sociale. *Dialogue*. 2017. Vol. 216, n° 2, pp. 67-80. DOI 10.3917/dia.216.0067. Cairn.info

FONTAINE, Roméo et PENNEC, Sophie, 2020. Les inégalités sociales dans la vieillesse. *Gérontologie et société*. 2020. Vol. 42 / 162, n° 2, pp. 19-36. DOI 10.3917/gsl.162.0019. Cairn.info

GAGNAIRE, Franck, 2013. Les interrogations françaises sur la décentralisation des politiques sociales à destination des personnes âgées. *Social Policy Issues*. 2013. Vol. 21, pp. 125-135.

GALLOIS, Florence, 2013. L'organisation publique de la concurrence est-elle source d'efficience ? L'aide à domicile. *Revue Française de Socio-Économie*. 2013. Vol. 11, n° 1, pp. 81-100. DOI 10.3917/rfse.011.0081. Cairn.info

GAUTHIER, Christophe, 2021. Le Haut-Commissariat au Plan Publie « La femme Marocaine en chiffres : 20 ans de progrès ». *Site institutionnel du Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc* [en ligne]. 2021. Disponible à l'adresse : https://www.hcp.ma/Le-Haut-Commissariat-au-Plan-Publie-La-femme-Marocaine-en-chiffres-20-ans-de-progres_a2759.html [Consulté le 12 janvier 2024].

GHADI, Véronique et LIAROUTZOS, Olivier, 2015. Qualité de vie au travail dans les établissements de santé : le pari de la certification. *Risques et Qualité*. 2015. Vol. XII, n° 4.

GIMBERT, Virginie et MALOCHET, Guillaume, 2012. Quelles mesures de soutien aux aidants des personnes âgées dépendantes ? Un tour d'horizon international. *Vie sociale*. 2012. Vol. 4, n° 4, pp. 129-145. DOI 10.3917/vsoc.124.0129. Cairn.info

GLOTZ, Gustave (1862-1935) Auteur du texte, 1904. *La solidarité de la famille dans le droit criminel en Grèce / par Gustave Glotz,...* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k82859z> [Consulté le 24 décembre 2020].

GRAMAIN, Agnès, 1997. Décisions de recours au système de soins dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes : un modèle de choix discret dynamique. *Économie & prévision*. 1997. Vol. 129, n° 3, pp. 239-254. DOI 10.3406/ecop.1997.5876.

GRUNDY, E et HOLT, G, 2001. The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*. décembre 2001. Vol. 55, n° 12, pp. 895-904. DOI 10.1136/jech.55.12.895.

HASSEN, Hamid Yimam, BASTIAENS, Hilde, ROYEN, Kathleen Van et ABRAMS, Steven, 2020. Socioeconomic and behavioral determinants of cardiovascular diseases among older adults in Belgium and France: A longitudinal analysis from the SHARE study. *PLOS ONE*. 4 décembre 2020. Vol. 15, n° 12, pp. e0243422. DOI 10.1371/journal.pone.0243422.

HASSINE, Adil et NEJJARI, Ilham, 2023. L'emploi informel au Maroc : L'estimation d'un modèle économétrique de l'emploi informel à partir des déterminants socioéconomiques. [en ligne]. 26 mai 2023. DOI 10.5281/ZENODO.7974046. [Consulté le 5 décembre 2024].

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1998. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* [en ligne]. Avis du Haut Comité de la santé publique. Haut Comité de la santé publique. Disponible à l'adresse : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=15> [Consulté le 12 juin 2024].

HAUTCŒUR, Pierre-Cyrille et LE QUÉRÉ, Françoise, 2002. Épargne et financement des retraites au XIXe siècle. [en ligne]. 2002. DOI 10.3406/ecofi.2002.4782. [Consulté le 3 septembre 2024].

HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN, 2021. *Revenus des ménages Niveaux, sources et distribution sociale* [en ligne]. 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.hcp.ma/attachment/2233014/> [Consulté le 5 décembre 2024].

INSEE, 2006. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 – Données sociales : La société française | Insee. [en ligne]. 2006. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045> [Consulté le 14 janvier 2022].

INSEE, 2020. Les dépenses des ménages en France en 2017 – Les dépenses des ménages en 2017. [en ligne]. 2020. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4648335?sommaire=4648339> [Consulté le 8 octobre 2024].

INSEE, 2020. Niveau de vie des individus et revenu des ménages correspondants en 2017 – Revenu, niveau de vie et pauvreté en 2017. [en ligne]. 2020. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4261086?sommaire=4261132> [Consulté le 8 octobre 2024].

INSEE, 2024. Population par sexe et groupe d'âges | Insee. [en ligne]. 2024. Disponible à l'adresse : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2 [Consulté le 3 septembre 2024].

JOËL, Marie-Ève, 2000. *La protection sociale des personnes âgées en France (Marie-Eve Joël)*. Que Sais-je. ISBN 2-13-050688-7.

JOËL, Marie-Ève, 2018. Les aidants informels, approches économiques. *Pour*. 2018. Vol. 233, n° 1, pp. 53-60. DOI 10.3917/pour.233.0053. Cairn.info

JUSOT, Florence, TUBEUF, Sandy et TRANNOY, Alain, 2009. Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe. *Retraite et société*. 2009. Vol. 58, n° 2, pp. 63-85. DOI 10.3917/rs.058.0063. Cairn.info

KRINSKY, John et SIMONET, Maud, 2012. Dénis de travail : l'invisibilisation du travail aujourd'hui Introduction. Introduction. *Sociétés contemporaines*. 2012. Vol. 87, n° 3, pp. 5-23. DOI 10.3917/soco.087.0005. Cairn.info

LABAZÉE, Monsieur Georges, 2017. *MISSION RELATIVE A LA TARIFICATION ET AUX PERSPECTIVES D'EVOLUTION DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE*.

LE ROY, Anne, PUISSANT, Emmanuelle et VATAN, Sylvain, 2022. Quand la nouvelle gestion publique contribue à requalifier l'activité d'un secteur Le cas de l'aide à domicile. *RECMA*. 2022. Vol. 365, n° 3, pp. 100-115. DOI 10.3917/recma.365.0102. Cairn.info

LEROY-BEAULIEU, Paul, 1881. *Essai sur la répartition des richesses et sur la tendance à une moindre inégalité des conditions*. Guillaumin. Google-Books-ID: 80RHAAAAYAAJ

MARX, Karl et ROY, Joseph, 1872. *Le Capital*. Paris, France : M. Lachâtre,.

MENAUT, Hervé, 2009. Les soins relationnels existent-ils ? *VST - Vie sociale et traitements*. 2009. Vol. n° 101, n° 1, pp. 78-83. DOI 10.3917/vst.101.0078. Cairn.info

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL, DE L'ÉGALITÉ ET DE LA FAMILLE, 2020. MAROC-ATTAMKINE - PROGRAMME NATIONAL INTÉGRÉ D'AUTONOMISATION ECONOMIQUE DES FEMMES ET DES FILLES, À L'HORIZON 2030. *Royaume du Maroc Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille* [en ligne]. 2020. Disponible à l'adresse : <https://social.gov.ma/maroc-attamkine-programme-national-integre-dautonomisation-economique-des-femmes-et-des-filles-a-lhorizon-2030/> [Consulté le 9 janvier 2024].

MOREL, Nathalie, 2010. *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008 : entre réformes et continuité* [en ligne]. 2010. Disponible à l'adresse : <https://sciencespo.hal.science/hal-01069393> [Consulté le 20 octobre 2024].

NABARROT, Juliette, PIAZZA, Sara et CHANDON-PIAZZA, Alexia, 2022. Le Syndrome de glissement à l'aune d'un placement en EHPAD : acte ultime de résistance ? *Topique*. 2022. Vol. 154, n° 1, pp. 77-89. DOI 10.3917/top.154.0079. Cairn.info

NOGUÈS, Henry, 2020. La concurrence dans le secteur social et médico-social : un levier pour le progrès ou un pas risqué vers une société dominée par le marché ? *Vie sociale*. 2020. Vol. 31-32, n° 3-4, pp. 21-39. DOI 10.3917/vsoc.203.0021. Cairn.info

OBSERVATOIRE DE LA VIE ÉTUDIANTE, 2020. Enquête sur les conditions de vie des étudiant·e·s. *OVE : Observatoire de la vie Étudiante* [en ligne]. 2020. Disponible à l'adresse : <http://www.ove-national.education.fr/enquete/enquete-conditions-de-vie/> [Consulté le 1 mars 2022].

OMS, 2017. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. [en ligne]. 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550109> [Consulté le 14 janvier 2022].

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL, 2023. *Rapport d'études : Mesures sociales clés pour faciliter l'intégration des entreprises informelles dans le secteur formel et renforcer le travail décent*. 6 octobre 2023.

PARAPONARIS, Alain, 2012. L'utilisation de l'évaluation contingente pour valoriser l'aide informelle apportée aux personnes souffrant de handicap ou en perte d'autonomie : quelle intelligibilité dans le cadre d'enquêtes en population générale (QUALIMEC) ? *CNSA* [en ligne]. 28 juin 2012. Disponible à l'adresse : <https://www.cnsa.fr/lutilisation-de-levaluation-contingente-pour-valoriser-laide-informelle-apportee-aux-personnes-souffrant-de-handicap-ou-en-perte-dautonomie-quelle-intelligibilite-dans-le-cadre-denquetes-en-population-generale-qualimec> [Consulté le 4 mars 2022].

PEYRACHE, Malorie et OGG, Jim, 2017. Concilier vie professionnelle et aide informelle à un parent âgé. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*. 15 mai 2017. N° 55-1, pp. 97-125. DOI 10.4000/ress.3841.

RADELET, Michel, 1991. *Mutualisme et Syndicalisme: Ruptures et convergences de l'Ancien Régime à nos jours*. Presses universitaires de France (réédition numérique FeniXX). ISBN 978-2-13-067942-4.

Google-Books-ID: IFLqDwAAQBAJ

RAMOS, Elsa, 2011. La cohabitation intergénérationnelle. Un angle d'approche pertinent du processus d'autonomisation des étudiants brésiliens et français ? *Agora débats/jeunesses*. 2011. Vol. 59, n° 3, pp. 7-18. DOI 10.3917/agora.059.0007. Cairn.info

ROCABOY, Yvon, 2013. La crise des finances sociales locales et ses solutions. *Informations sociales*. 2013. Vol. 180, n° 6, pp. 94-101. DOI 10.3917/inso.180.0094. Cairn.info

SCHNEIDER, Pierre, 2015. L'élimination des vieillards et des malades : regard grec sur les sociétés des confins de l'oïkouménê. In : MOLIN, Michel (éd.), *Les régulations sociales dans l'Antiquité* [en ligne]. Rennes : Presses universitaires de Rennes. pp. 43-53. Histoire. ISBN 978-2-7535-3215-1. Disponible à l'adresse : <http://books.openedition.org/pur/20329> [Consulté le 23 décembre 2020].

container-title: Les régulations sociales dans l'Antiquité

SÉNAT, 1853. Les lois sur les pensions de l'armée de terre et de la marine. *Sénat* [en ligne]. 1853. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/connaitre-le-senat/lhistoire-du-senat/dossiers-dhistoire/d32/loi-de-1853-sur-les-retraites-des-fonctionnaires-6.html> [Consulté le 18 septembre 2024].

SMITH, James P. et KINGTON, Raynard, 1997. Demographic and Economic Correlates of Health in Old Age. *Demography*. 1997. Vol. 34, n° 1, pp. 159-170. DOI 10.2307/2061665. JSTOR

SOPHOCLE, 450apr. J.-C. *Ajax*.

STAMM ALFREDSSON, Teresita, 2023. THE NEW ERA OF HOUSING FOR THE ELDERLY? LIFESTYLE, FREEDOM AND COMMUNITY; A social anthropological study about how living in a co-housing building can affect the elderly's quality of life and freedom. [en ligne]. 27 septembre 2023. Disponible à l'adresse : <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/78625> [Consulté le 20 octobre 2024].

SZEBEHELY, Marta et TRYDEGÅRD, Gun-Britt, 2012. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition: Home care for older people in Sweden. *Health & Social Care in the Community*. mai 2012. Vol. 20, n° 3, pp. 300-309. DOI 10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x.

THIÉBAULT, Ivan, [sans date]. Observatoire 2019 de la colocation par LocService : les chiffres du marché de la colocation en France. *Blog LocService* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://blog.locservice.fr/observatoire-2019-colocation-locservice-5742.html> [Consulté le 25 février 2022].

WILKINSON, R.G., MARMOT, M. et EUROPE, World Health Organization Regional Office for, 2003. *Social Determinants of Health: The Solid Facts* [en ligne]. World Health Organization, Regional Office for Europe. Academic Search Complete. ISBN 978-92-890-1371-0. Disponible à l'adresse : <https://books.google.fr/books?id=QDFzqNZZHLMC>

Témoignage : « Ma colocataire a 94 ans ! », 2020. *Pleine vie* [en ligne]. Disponible à l'adresse : p [Consulté le 25 février 2022].

Les tarifs des Ehpad en Île-de-France, 2022. *Cap Retraite* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/les-tarifs/ile-de-france/> [Consulté le 1 mars 2022].

Estimation de la population au 1^{er} janvier 2022 | Insee, 2022. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198> [Consulté le 28 janvier 2022].

Foire aux questions – Le Pari Solidaire, 2022. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.lep%20marisolidaire.fr/jeune-3/foire-aux-questions-jeune/> [Consulté le 2 mars 2022].

Témoignages : Suzanne, 87 ans et Adèle, 18 ans, vivent en colocation intergénérationnelle | Carenews INFO, 2022. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.carenews.com/carenews-info/news/temoignages-suzanne-87-ans-et-adele-18-ans-vivent-en-colocation> [Consulté le 15 février 2022].

Décret n° 2024-2 du 2 janvier 2024 relatif au montant minimal mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles, 2024. .

Annexe 1 : dossier de candidature Ensemble 2 générations



DOSSIER DE CANDIDATURE SENIOR

Date / / 20

Frais de dossier à régler lors de la visite au domicile

(N'implique pas d'obligation de résultats)

IDENTITE

Mr ou/et Mme

Prénom.....Né(e) le.....Age

En couple Seul

Adresse

Ville..... Code Postal.....

Etage Code Immeuble.....

.....

Email (lisible) :

Maison Jardin Appartement

Propriétaire Locataire Si HLM Bailleur

Animal Oui Non Etes-vous fumeur Oui Non

Transports en commun les plus proches :

.....

Comment avez-vous connu notre association ?

Bouche/oreille Presse Internet Bailleur HLM

Rés. Paroisse Profession Santé Partenaire E2G

NATURE DU BESOIN

Votre attente :

.....

.....

Initiation Informatique Langue étrangère

LOGEMENT

1 - logement gratuit en échange de présence soirs et nuits.

2 - logement économique 150 euros et services d'entraide.

3 - logement avec loyer et veille passive.

Loyer.....euros Quittance APL obligée

MIEUX VOUS CONNAITRE

Vos centres d'intérêt

.....

Votre passion à partager

Avez-vous exercé une profession ?

Celle de votre conjoint

VOTRE ENTOURAGE

Famille : très présente présente peu présente

Avez-vous des enfants petits-enfants.....

Votre famille est-elle en accord avec votre décision ?

.....

AIDES

Aide-ménagère Aide à domicile Kiné

Infirmier Portage repas Télé assistance

Autres précisions.....

.....

Vous absentez-vous de votre domicile Oui Non

A quelle période

.....

L'étudiant peut-il rester l'été ? Oui Non

.....

DIVERS

Machine à laver Peut-il s'en servir ? Oui Non

Séchage du linge possible Oui Non

Mode de chauffage

Branchement TV Internet

EN CAS D'URGENCE PREVENIR

Nom..... Lien de parenté

Adresse

.....

06

Email (lisible) : `.....

Nom..... Lien de parenté

06

CARACTERISTIQUES DE LA CHAMBRE

Surface de la chambre :m2

Meublée : Oui Non WC séparés Oui Non

Salle d'eau partagée : Oui Non

Confort/état : TB Bien Simple

Conformément au RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.
Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser à contact@ensemble2generations.fr.

Annexe 2 : Tableau de calcul du capital de retraite

Année	Salaire	Hypothèse 5%		Hypothèse 10%	
		Epargne	Capital	Epargne	Capital
1846	300,0	15,0	15	30	30
1847	304	16,0	31	31	64
1848	309	16,0	49	31	100
1849	314	16,0	69	32	138
1850	318	16,0	89	32	179
1851	323	17,0	111	33	223
1852	328	17,0	135	33	268
1853	333	17,0	159	34	317
1854	338	17,0	185	34	369
1855	343	18,0	213	35	424
1856	348	18,0	243	35	482
1857	353	18,0	274	36	544
1858	358	18,0	306	36	609
1859	364	19,0	342	37	678
1860	369	19,0	379	37	751
1861	375	19,0	417	38	829
1862	380	20,0	459	39	911
1863	386	20,0	503	39	997
1864	392	20,0	549	40	1089
1865	397	20,0	598	40	1186
1866	403	21,0	650	41	1288
1867	409	21,0	704	41	1396
1868	415	21,0	762	42	1509
1869	422	22,0	823	43	1630
1870	428	22,0	887	43	1757
1871	434	22,0	955	44	1891
1872	441	23,0	1026	45	2033
1873	447	23,0	1102	45	2181
1874	454	23,0	1181	46	2339
1875	461	24,0	1265	47	2505
1876	468	24,0	1354	47	2680
1877	475	24,0	1447	48	2864
1878	482	25,0	1545	49	3059
1879	489	25,0	1649	49	3263
1880	496	25,0	1757	50	3479
1881	503	26,0	1873	51	3706
1882	511	26,0	1994	52	3946
1883	519	26,0	2121	52	4198
1884	526	27,0	2255	53	4464
1885	534	27,0	2396	54	4743
1886	542	28,0	2545	55	5038

Annexe 3 : Extrait de « tarif au taux 4 % d'après la table de mortalité de Deparcieux / Caisse nationale des retraites pour la vieillesse" 1887

55 ANS.		CAPITAL ALIÉNÉ.				4 P. 0/0.			
SOMMES versées.	30 ANS.	31 ANS.	32 ANS.	33 ANS.	SOMMES versées.	34 ANS.	35 ANS.	36 ANS.	37 ANS.
1					1	0.0864	0.0943	0.1031	
2					2	0.1728	0.1886	0.2002	
3					3	0.2592	0.2820	0.3003	
4					4	0.3456	0.3772	0.4124	
5					5	0.4320	0.4715	0.5155	
6					6	0.5184	0.5658	0.6180	
7					7	0.6048	0.6601	0.7217	
8					8	0.6912	0.7544	0.8248	
9					9	0.7776	0.8487	0.9270	
10					10	0.8640	0.9430	1.0310	
11					11	0.9504	1.0373	1.1341	
12					12	1.0368	1.1310	1.2372	
13					13	1.1232	1.2250	1.3403	
14					14	1.2096	1.3202	1.4434	
15					15	1.2960	1.4145	1.5405	
16					16	1.3824	1.5088	1.6406	
17					17	1.4688	1.6031	1.7527	
18					18	1.5552	1.6974	1.8558	
19					19	1.6416	1.7917	1.9589	
20					20	1.7280	1.8860	2.0620	
SOMMES versées.	38 ANS.	39 ANS.	40 ANS.	41 ANS.	SOMMES versées.	42 ANS.	43 ANS.	44 ANS.	45 ANS.
1	0.1130	0.1241	0.1367	0.1511	1	0.1075	0.1804	0.2082	0.2330
2	0.2260	0.2482	0.2734	0.3022	2	0.3350	0.3728	0.4104	0.4672
3	0.3390	0.3723	0.4101	0.4533	3	0.5025	0.5592	0.6240	0.7008
4	0.4520	0.4964	0.5468	0.6044	4	0.6700	0.7450	0.8328	0.9344
5	0.5650	0.6205	0.6835	0.7555	5	0.8375	0.9320	1.0410	1.1680
6	0.6780	0.7440	0.8202	0.9060	6	1.0050	1.1184	1.2492	1.4010
7	0.7910	0.8687	0.9560	1.0577	7	1.1725	1.3048	1.4574	1.6352
8	0.9040	0.9928	1.0930	1.2088	8	1.3400	1.4912	1.6356	1.8688
9	1.0170	1.1169	1.2303	1.3590	9	1.5075	1.6776	1.8738	2.1024
10	1.1300	1.2410	1.3670	1.5110	10	1.6750	1.8640	2.0820	2.3360
11	1.2430	1.3651	1.5037	1.6621	11	1.8425	2.0504	2.2902	2.5900
12	1.3560	1.4892	1.6404	1.8132	12	2.0100	2.2368	2.4984	2.8032
13	1.4690	1.6133	1.7771	1.9643	13	2.1775	2.4232	2.7060	3.0368
14	1.5820	1.7374	1.9138	2.1154	14	2.3450	2.6090	2.9148	3.2704
15	1.6950	1.8615	2.0505	2.2665	15	2.5125	2.7900	3.1230	3.5040
16	1.8080	1.9856	2.1872	2.4176	16	2.6800	2.9824	3.3312	3.7376
17	1.9210	2.1097	2.3230	2.5687	17	2.8475	3.1688	3.5394	3.9712
18	2.0340	2.2338	2.4600	2.7198	18	3.0150	3.3552	3.7476	4.2048
19	2.1470	2.3579	2.5973	2.8709	19	3.1825	3.5410	3.9558	4.4384
20	2.2600	2.4820	2.7340	3.0220	20	3.3500	3.7280	4.1640	4.6720

Annexe 4 : Définition des indicateurs de l'étude Castiel et al. (2009)

- Domaine « santé » : Indicateur de morbidité (MORBI) résulte de la sommation des maladies et des symptômes déclarés. Indicateur de risque (RISKI) est obtenu par la sommation de trois variables : être fumeur, consommer des boissons alcoolisées et l'association éventuelle des deux.
- Domaine « ressources » : Indicateur de niveau de vie, il est constitué par le revenu des personnes (REVENU) Indicateur de précarité (PRECAT) est constitué de quatre variables : les difficultés financières (DEF), le taux d'aide financière (TAF), présence d'un chômage non indemnisé (CHOM) et d'une accumulation des risques de précarité (PRESTENDETT), à savoir une accumulation des prestations sociales et de l'endettement.
- Domaine « insertion culturelle » : Indicateur d'activités culturelles (CULTU) est porté par trois variables : lecture d'un journal, de livres et d'un indicateur présomptif de handicap d'insertion culturelle.
- Domaine « relations avec autrui » : Indicateur relations familiales (FAM).
- Domaine « logement » Indicateur de confort intérieur (CI) est lui-même porté par quatre variables : le confort sanitaire (DF), l'équipement en biens durables (EQ), l'indice de peuplement (IP) et l'équipement complémentaire (EC). La localisation du logement (LOCA) est composée de trois variables : la proximité des commodités (DIS), les critiques à l'environnement (CRIT) et le statut d'occupation (L).
- Domaine « patrimoine » : Indicateur d'actifs immobiliers (IMMO) Indicateur d'actifs mobiliers (MOBI)

Résumé : Étude de l'efficacité des modes de prise en charge de la dépendance. Pour un nouveau modèle social de financement.

Cette thèse se propose d'étudier le modèle social Français de prise en charge de la dépendance liée à l'âge dans le but d'en tirer des pistes de réforme visant à améliorer l'égalité d'accès des seniors à l'aide sociale. Ainsi ce travail qui s'inscrit dans le cadre de l'économie sociale questionne la pertinence de l'organisation décentralisée de son financement ainsi que les modalités de son évaluation. Elle mobilise une approche pluridisciplinaire de type juridique, organisationnelle, économétrique et historique.

Dans une première partie nous nous intéresserons aux évolutions de la société française et à leur impact sur la prise en charge de la dépendance. Nous étudierons en premier lieu à l'effet de genre en confirmant l'impact du taux d'emploi féminin sur le recours à l'aide informelle pour en mesurer les besoins de recrutements en professionnels. Ensuite nous évaluerons une forme alternative de prise en charge ; les cohabitations intergénérationnelles. Nous proposerons un regard critique mettant en évidence des inégalités sociales et apporterons des recommandations visant à pérenniser cette solution.

Dans une deuxième partie nous mènerons une étude économétrique portant sur les déterminants de la dépendance. Nous nous intéresserons dans un premier temps à l'analyse de l'effet de la précarité sur le recours à l'aide professionnelle et informelle en démontrant son impact sur la probabilité de recevoir de l'aide. Enfin nous démontrerons que le niveau de vie des départements a un impact statistiquement significatif sur leur capacité à financer la dépendance. Nous mettrons ainsi en lumière une deuxième source d'inégalité s'ajoutant à la précarité qui est ici de nature territoriale.

Enfin dans une troisième partie nous réaliserons une approche historique du système social de prise en charge de la dépendance afin de comprendre l'intérêt d'une réforme. Finalement nous proposerons un nouveau modèle ayant pour but de réduire les inégalités sociales en proposant un financement recentralisé et une évaluation de la dépendance prenant en compte le concept de handicap social.

Mots clés : Economie de la santé, Economie sociale, Dépendance, Inégalités, Précarité, Handicap social

Abstract: Study of the Efficiency of Dependency Care Models: Towards a New Social Financing Model.

This thesis aims to study the French social model of taking charge of age-related dependency in order to draw from its reform paths aimed at improving the equality of access of seniors to social assistance. Thus, this work, which is part of the social economy, questions the relevance of the decentralized organization of its financing and the modalities for its evaluation. It involves a multidisciplinary approach of legal, organizational, econometric and historical nature.

In the first part, we will be interested in the developments of French society and their impact on the management of dependency. We will first study the gender effect by confirming the impact of female employment rate on the use of informal help to measure the need for professional recruitment. Then we will evaluate an alternative form of support; intergenerational cohabitation. We will offer a critical look at social inequalities and make recommendations to ensure the sustainability of this solution.

In a second part we will conduct an econometric study on the determinants of dependency. We will first analyse the effect of precariousness on the use of professional and informal help by demonstrating its impact on the likelihood of receiving help. Finally, we will demonstrate that the living standards of the departments have a statistically significant impact on their ability to finance dependency. We will thus highlight a second source of inequality, adding to the precariousness that is here of a territorial nature.

Finally, in a third part we will make a historical approach to the social system of dependency management in order to understand the interest of reform. To conclude, we will propose a new model aimed at reducing social inequalities by proposing a recentralized financing and an evaluation of dependency taking into account the concept of social disability.

Keywords: Health Economics, Social Economics, Dependency, Inequalities, Precariousness, Social deprivation