Faire payer les vieux

Making the elders pay

C. Trivalle

© Springer-Verlag France 2010

Aujourd'hui, dans nos sociétés dites « développées », on distingue deux sortes de « vieux » : d'une part, ceux qui ont un vieillissement réussi (les seniors) [6] ; et, d'autre part, ceux qui ont un vieillissement pathologique, tant sur le plan médical que psychologique ou social. Si notre époque a tendance à glorifier les premiers (dans la mesure où « ils ne font pas leur âge »), elle rejette les seconds. D'où la notion de « double peine » pour les malades âgés [7]. En tant que médecin (gériatre, psychiatre ou généraliste), il est particulièrement nécessaire de s'intéresser à ce problème des vieux qui sont malades et dépendants, de ceux qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, de ceux qui ne peuvent plus rester à la maison et qui doivent aller en soins de longue durée (SLD) ou en maisons de retraite rebaptisées EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Le sigle, à lui seul, résume bien la politique actuelle de prise en charge des personnes âgées malades par notre société : H comme hébergement. Il s'agit simplement d'héberger et non pas de soigner, de stimuler, d'accompagner ou d'aider. Et dès lors que l'on parle d'hébergement, on peut considérer qu'il s'agit uniquement d'un nouveau domicile dont le tarif principal équivaut à un loyer que doivent payer le malade et sa famille. Le prix de cet hébergement varie de 2 000 euros à plus de 4 500 euros dans certains établissements parisiens (auxquels il faut bien sûr ajouter le forfait « soin » pris en charge par la Sécurité sociale et le forfait « dépendance » pris en charge par l'Allocation personnalisée à l'autonomie, APA). On peut véritablement parler d'« or gris » pour ce nouvel Eldorado et les grands groupes de santé qui l'ont bien compris s'y sont précipités. Alors que l'hôpital public se sépare petit à petit de ses malades âgés (fermeture des lits de SLD), le privé « à but lucratif » ouvre de plus en plus d'établissements. Pourtant, 80 % des personnes en institution disposent d'un revenu

inférieur au coût de leur séjour, la retraite moyenne en France étant de l'ordre de 1 200 à 1 400 euros par mois. Il y a donc forcément une sélection par l'argent.

Actuellement, la principale cause de dépendance lourde chez le sujet âgé est la maladie d'Alzheimer. C'est aussi le motif le plus fréquent d'entrée en institution : 60 % des patients ayant une démence sévère sont en institution. Si rien ne change, il devrait y avoir 1 200 000 cas de démence en 2020 dans notre pays et 2 100 000 en 2040. La prise en charge de cette maladie étant avant tout sociale et humaine, beaucoup de soignants et de personnes doivent être mobilisés pour s'occuper de ces patients ; et donc, in fine, beaucoup d'argent est nécessaire. D'après l'association France Alzheimer, le coût de la prise en charge d'un malade s'élève à plus de 23 000 euros par an en moyenne [1]. Les familles supportent 62 % des coûts de la prise en charge, contre 21 % pour l'assurance-maladie et 17 % pour les conseils généraux. Les familles acquittent au moins sept milliards d'euros par an en complément des ressources fournies par la solidarité nationale, dont 5,7 milliards au titre des frais d'hébergement.

En France, l'entrée en institution se fait en moyenne vers 85 ans ; c'est le dernier recours, les malades sont très dépendants et ils ont besoin d'aide pour tous les gestes de la vie quotidienne : se lever, se laver, s'habiller, manger, se déplacer, aller aux toilettes... Pour pouvoir répondre à ces besoins de base, il faut donc du personnel. Pourtant, le ratio actuel est de 0,3 à 0,4 pour un malade âgé en EHPAD et de 0,6 à 0,8 en SLD [5]. Ce sont les taux les plus bas d'Europe. De plus, très souvent, les aides-soignantes sont remplacées par des AMP (aides médicopsychologiques) qui ont une formation plus courte et moins spécialisée ou même par des auxiliaires de vie (ADV) avec une formation de quelques jours seulement ! Par ailleurs, de nombreux postes existants ne sont pas pourvus, ce qui accentue encore les difficultés de prise en charge. Cette sous-médicalisation des EHPAD explique les transferts quotidiens de malades aux urgences dès qu'il y a un problème médical, ce qui contribue à la saturation de ces services.

En période de crise économique, ce vieillissement important de la population est vécu comme une menace financière : les vieux coûtent trop cher, soit parce qu'il faut financer leurs

C. Trivalle (✉)
Pôle vieillissement, réadaptation et accompagnement,
hôpital Paul-Brousse, AP-HP,
14, avenue Paul-Vaillant-Couturier,
F-94800 Villejuif, France
e-mail : christophe.trivalle@pbr.aphp.fr

retraites (problème d'actualité), soit parce qu'ils sont malades et consommateurs de soins (déficit de la Sécurité sociale). Il faudrait donc les « faire payer », d'autant plus que le niveau de vie moyen des retraités serait désormais supérieur à celui des actifs de moins de 50 ans. D'où les multiples propositions qui ont vu le jour ces derniers mois et qui concernent aussi bien les très âgés que les seniors.

Ainsi, depuis quelques années, il était envisagé de créer une cinquième branche de la Sécurité sociale pour consacrer suffisamment de moyens à la perte d'autonomie, son financement étant basé sur le principe de solidarité. Or, le rapport de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale [4] a finalement proposé l'augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG) uniquement sur la pension des retraités, de revoir les avantages fiscaux consentis aux seniors et l'obligation pour toute personne à partir de 50 ans de souscrire une assurance individuelle contre la perte d'autonomie (assureurs privés et mutuelles). De plus, l'APA ne serait maintenue que pour les plus dépendants (GIR 1 à 3 sur 6) avec mise en place d'une reprise sur patrimoine. L'APA serait supprimée pour les GIR 4, c'est-à-dire pour la moitié des bénéficiaires actuels, soit environ 500 000 personnes.

En mai 2010, Alain Minc, un conseiller politique et économique, a quant à lui proposé que l'on récupère les dépenses médicales sur les très vieux en mettant à contribution ou leur patrimoine, quand ils en ont un, ou le patrimoine de leurs ayants droit. Pourtant, pour le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie [2], les dépenses de santé du grand âge (85 ans et plus) représentent une somme équivalant à celles du jeune âge (moins de dix ans). De plus, le reste à charge est plus élevé pour les malades âgés que pour le reste de la population : 1 000 euros par an en moyenne après 80 ans. Et les changements de pratiques (progrès techniques) sont les principales causes de la croissance massive des dépenses de santé, leur impact étant 20 fois plus élevé que celui du vieillissement [3].

Enfin, pour certains, il faudrait même revoir le droit de vote des vieux. Cet été, Martin Hirsch, président de l'Agence du service civique, a ainsi proposé de revenir à une forme de suffrage censitaire en donnant autant de voix qu'on a d'années d'espérance de vie. Ainsi, quelqu'un qui a 40 ans devant lui devrait avoir 40 voix, quand celui qui n'a plus que cinq ans devant lui ne devrait avoir que cinq voix !

C'est donc l'esprit même de notre système de solidarité, où chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins, qui est aujourd'hui remis en cause. Notre société est devenue maltraitante pour ses vieux. Il faut renverser cette situation et mettre en place des moyens financiers et humains pour améliorer la prise en charge médicosociale de nos aînés, et cela, sans en reporter la charge financière sur les vieux eux-mêmes.

Références

1. Association France Alzheimer. Les dix propositions de France Alzheimer pour améliorer la vie quotidienne des malades et de leurs familles. Septembre 2007. <http://www.francealzheimer.org/pdf/espace-presse/FranceAlzheimer%2010%20propositions.pdf>
2. Avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie – 22 avril 2010. http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_220410.pdf
3. Dormont B (2010) Le vieillissement ne fera pas exploser les dépenses de santé. *Esprit*, Juillet 366:93–106
4. Rapport de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes – 23 juin 2010. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp>
5. Trivalle C (2009) Hospitalisation des personnes âgées. In : Belmin J et al, *Gériatrie, Collection Pour le Praticien*, 2^e édition, Masson, 685–90
6. Trivalle C (2010) *Gérontologie préventive. Éléments de prévention du vieillissement pathologique. Collection Abrégés*, 2^e édition. Masson
7. Trivalle C (2010) *Vieux et malade : la double peine ! L'Harmattan*, Paris