



HAL
open science

Contribution en vue de l'étude économique et sociale des demandeurs d'APA présentant des altérations cognitives

Pascal Glemain, Mathilde Fiot, Gilles Berrut, Delphine Piolet, Christophe Raison

► To cite this version:

Pascal Glemain, Mathilde Fiot, Gilles Berrut, Delphine Piolet, Christophe Raison. Contribution en vue de l'étude économique et sociale des demandeurs d'APA présentant des altérations cognitives. *Annales de Gériatrie*, 2010, 3 (2), pp.89-97. 10.1684/age.2010.0099 . hal-01893054

HAL Id: hal-01893054

<https://univ-rennes2.hal.science/hal-01893054>

Submitted on 11 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pascal Glémain¹
Mathilde Fiot²
Gilles Berrut³
Delphine Piolet⁴
Christophe Raison⁵

¹ Professeur à l'ESSCA EM,
Enseignant-chercheur en économie
sociale et solidaire Cress-ESSCA
1 rue Lakanal, BP 40348,
49003 Angers cedex 01
<pascal.glemain@wanadoo.fr>

² Étudiante en master 1 Analyse économique
et politique.
IEMN IAE-Université de Nantes.

³ Pole de gériatrie,
CHU de Nantes

⁴ Médecin PA/PH.
Conseil général,
délégation de l'agglomération nantaise,
Nantes

⁵ Expert en économie de la santé

Contribution en vue de l'étude économique et sociale des demandeurs d'APA présentant des altérations cognitives

*Working paper on the socioeconomic assessment of
applicants for APA presenting cognitive impairments*

Résumé ■ Malgré de récents efforts en ce domaine, la France présente un retard dans le repérage des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. En effet, il faut en moyenne 24 mois pour poser un diagnostic de démence, c'est-à-dire à un stade déjà avancé de la maladie, contre 10 en Allemagne. Cette situation est préjudiciable pour les patients. D'abord parce qu'il existe des traitements symptomatiques qui orientent favorablement l'évolution pour une partie des patients ; ensuite, parce que le diagnostic permet d'inscrire le patient dans une filière de prise en charge médico-sociale, et de le maintenir dans les conditions de vie habituelles en évitant les hospitalisations en urgence. Les proches peuvent se préparer, en parler, s'informer sur les aides existantes et les dispositifs d'aide aux aidants. C'est pourquoi la délégation solidarité de l'agglomération nantaise a mis en place, en lien avec la consultation mémoire gériatrique du centre mémoire de ressources et de recherche de Nantes, de façon localisée et expérimentale, un dispositif de diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer. Nous proposons ici de participer à la compréhension de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de personnes en altérations cognitives, en mobilisant les outils propres à l'économie sociale et solidaire contemporaine.

Mots clés allocation personnalisée d'autonomie, altérations cognitives, économie sociale et solidaire, politiques sociales

Abstract ■ In France, there is a delay in the detection of patients with Alzheimer's disease in spite of recent efforts in this field. Indeed, the diagnosis of dementia needs around 24 months to be established, i.e. at an already advanced stage of the disease, compared with 10 months in Germany. The delay in diagnosis is detrimental to patients. First, because of current symptomatic treatments can positively influence the prognosis of a portion of patients, and secondly, because early diagnosis allows the medico-social management of patients, and enables them to maintain their habitual living conditions by avoiding urgent hospitalizations. Furthermore, patient's relatives will be prepared and informed about available assistances and caregiver's support. This is why the solidarity delegation of Nantes, together with the resource and research memory centre, implemented an experimental local plan for early diagnosis of Alzheimer's disease. We provide here a comprehensive analysis of applicants for personalized autonomy allocation (APA) presenting cognitive impairments, in terms of social and solidarity-based economics.

Key words cognitive impairment, personalized autonomy allocation, social policies, social and solidarity economy

Tirés à part : P. Glémain

L'année 2010 a été déclarée « année de la dépendance » par les autorités publiques car, selon le président de la République française, « elle représente un défi médical organisationnel, financier et humain colossal.

Ce défi, nous devons le relever ensemble » [1]. A. Chemin [2], citant une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) de 2008, souligne, d'une part, que « le grand âge n'entraîne pas

forcément la dépendance : près de 90 % des personnes de plus de 80 ans vivent chez elles, signe qu'elles jouissent encore d'une certaine autonomie » et, d'autre part, que « les solidarités familiales sont en outre très présentes : en France, 60 % des patients atteints d'Alzheimer vivent ainsi chez eux, le plus souvent grâce à l'aide d'un proche. Ces aidants familiaux constituent l'un des piliers de la prise en charge de la maladie : 70 % d'entre eux passent au moins six heures par jour auprès du malade. » Si l'économie du bénévolat dans le cadre familial peut être interrogée en termes de coût d'opportunité (revenu sacrifié) et de coût d'évitement (financement de répit pour éviter la consommation de santé), il semble qu'il faille interroger de façon plus approfondie la nature des solidarités développées dans la phase asymptotique, ainsi que leur degré d'évolution dans le temps. Pour ce faire, il faut convoquer les vulnérabilités comme les capacités, afin d'établir une analyse économique et sociale qui ouvre la possibilité d'envisager une politique sociale (encore) plus efficiente, et l'offre d'un continuum d'accompagnement des (futurs) patients "embedded", c'est-à-dire socialement intégrés au sens des économistes des conventions (Orléan, Walliser, Lesourne, entre autres).

De quelles solidarités s'agit-il : solidarité collective et/ou solidarité individuelle ? Vis-à-vis de quel état (stade de sévérité) d'altération cognitive ?

Nous procéderons en deux temps. Après avoir proposé une première revue de la littérature économique et sociale nécessaire à la formulation d'hypothèses de recherche, nous présenterons les premiers éléments d'analyse statistique, issus du traitement d'un échantillon de 66 dossiers de demandes d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) faites auprès du service personnes âgées/personnes dépendantes du Conseil général de Loire-Atlantique.

Revue de la littérature et premiers enseignements

Même si la maladie d'Alzheimer soulève bien des débats en lien avec l'éthique [3], il convient d'interroger les trois grands principes de l'autonomie *versus* dépendance, de la bienfaisance *versus* solidarité, et de la justice sociale *versus* l'inégalité. En effet, dans le contexte de diagnostic précoce qui nous intéresse ici, plus que de déterminer « ce que l'individu doit faire pour bien conduire sa vie et parvenir au bonheur », il est nécessaire de chercher à comprendre comment l'individu peut/pourra conduire sa vie tout en conservant un certain niveau de bonheur, malgré les altérations cognitives subies ? Dès lors, l'individu devient un « agent », parce que nous reconnaissons « chez ce dernier, un potentiel de choix qui lui permet d'échapper à la passivité vis-à-vis des pressions ou des contraintes sociales, et d'intervenir de manière autonome,

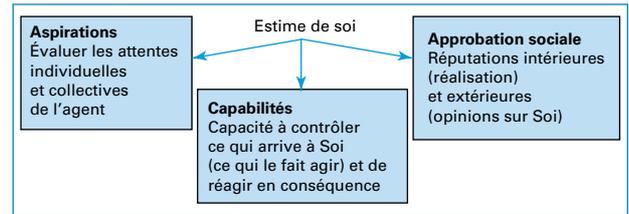


Figure 1. L'estime de soi au sens de la psychologie sociale [5, 6].

Figure 1. Self esteem in social psychology [5, 6].

dans le système des relations sociales en tant que détenteur de ses décisions et maître de son action » [4]. Cet agent doit alors être compris à partir de l'analyse de l'estime de soi qui le caractérise (figure 1).

Cette estime de soi est conditionnée par les représentations sociales que les autres (en particulier les proches « aidants naturels », et autres Soi) ont de l'agent en altération cognitive. Au-delà des prédispositions héritées (l'agent à trois fois plus de risque d'être atteint si l'un de ses parents du premier degré est atteint, ou sept fois plus si plus d'un membre de la famille a été concerné) et d'une histoire de vie marquée par des événements douloureux [7], il faut s'interroger sur les facteurs sociaux et environnementaux entrant dans le Resident assessment instrument (RAI, grille utilisée depuis les années 1980 aux États-Unis), en lieu et place de la grille Autonomie gérontologique-groupe iso-ressources (AGGIR) (tableau 1).

Tableau 1. La grille AGGIR, de la dépendance complète à l'autonomie totale.

Table 1. AGGIR, dependency-autonomy continuum.

GIR	Caractéristiques
GIR 1 APA	Altération grave des capacités motrices et mentales. Accompagnement lourd.
GIR 2 APA	Altération des capacités locomotrices mais pas mentales (aide activités quotidiennes), ou altération des capacités mentales mais pas locomotrices.
GIR 3 APA	Altération relative des capacités locomotrices, mais pas mentales. Aide aux soins corporels.
GIR 4 APA	Aide au lever, mais capacités locomotrices, aides aux soins quotidiens, ou capacités locomotrices, mais nécessaire aide à la préparation des repas et aux soins corporels.
GIR 5 Aide sociale départementale ou régime retraite (prestations d'aide ménagère) sous condition de ressources	Aide ponctuelle nécessaire à la préparation des repas, du ménage et parfois pour les soins corporels.
GIR 6 Aide sociale départementale ou régime retraite (prestations d'aide ménagère) sous condition de ressources	Pas de perte d'autonomie pour les actes de la vie courante.

On remarque, en termes de santé publique, que toutes les personnes âgées, sous condition de ressources, peuvent être concernées par l'APA. Les sous-populations GIR 5 et GIR 6 seraient celles devant être concernées par un diagnostic précoce et le suivi d'un GIR dynamique. Dans l'absolu, le diagnostic les concerne en premier lieu. Mais, dans notre étude, il est mis en évidence que la demande d'APA intervient lorsque l'altération cognitive est déjà à un stade avancé, sans pour autant que la démarche diagnostique ait été entamée. À l'inverse, certains usagers déjà diagnostiqués, ou présentant des signes très évocateurs, ne sont pas forcément éligibles à l'APA, car classés en GIR 5/6. Par conséquent, la mesure des transformations au cours du temps des capacités et des vulnérabilités, concepts fondateurs de l'économie sociale et solidaire contemporaine, constitue l'un des enjeux majeurs de ce travail de recherche interdisciplinaire en perspective.

Cette démarche suppose de compléter l'échelle d'évaluation de la démence (*Clinical dementia rating*, ou CDR), en ajoutant une dimension, le comportement social (participation citoyenne), aux six aspects initiaux :

- mémoire ;
- orientation temporo-spatiale ;
- jugement et résolution de problème ;
- comportement socio-professionnel ;
- comportement à la maison ;
- soins personnels.

Les essais d'intervention contrôlés et randomisés existent depuis 2000 aux États-Unis [8] et en Finlande [9]. Ces auteurs ont testé les « *formules de conseil et de soutien renforcé* » pour réduire de plus de 28 % les entrées en établissements, tout en améliorant la satisfaction des aidants quant au soutien social (voir les questions de coûts). Pour la Finlande, les résultats sont similaires avec une plus haute estime d'elle-même des personnes en altération cognitive (plus grande confiance), d'où résulte un évitement des coûts en santé (-7 958 euros par personne et par an). En ce qui concerne la France, en l'état d'avancement des travaux, nous ne disposons pas des informations économiques nécessaires à cette évaluation.

La Société Alzheimer du Canada [10] est allée encore plus loin dans l'estimation des coûts en santé publique. Elle prédit un « *raz-de-marée* » d'ici 2038, doublant le nombre de sujets atteints par rapport à 2008, avec des coûts cumulatifs à hauteur de 872 milliards de dollars. Le *raz-de-marée* annoncé repose sur l'incidence projetée : 103 700 nouveaux cas par an (un nouveau toutes les 5 minutes) en 2008, contre 257 800 cas par an (soit un cas nouveau toutes les 2 minutes) en 2038. Sous cette hypothèse, le nombre de soins informels (centres de soins de longue durée, soins de proximité, et absence de soins) passera de 231 millions environ en 2008 à 756 millions d'ici 2038. L'économie du don sera ici introduite afin d'évaluer la part des coûts d'accompagnement évités grâce à l'engagement des proches (sociologie et économie de

l'engagement, économie du bénévolat) [11], et la valorisation des solidarités intergénérationnelles (*overlapping generations*) en termes de *care*.

La question du « *sujet* » et de l'économie du *care*

Comme le soulignent Molinier *et al.* [12], « *Apporter une réponse concrète aux besoins des autres, telle est aujourd'hui la définition du care, ce concept qui ne relève pas, comme on l'a longtemps cru, du seul souci des autres ni d'une préoccupation spécifiquement féminine, mais d'une question politique cruciale recoupant l'expérience quotidienne de la plupart d'entre nous.* » Mais qu'est-ce que le *care* en économie sociale et solidaire appliquée à la compréhension de l'environnement des demandeurs d'APA en altérations cognitives ? Sous l'hypothèse d'une « *vulnérabilité constitutive* » [13] qui fait de chaque sujet un récipiendaire de *care*, il convient en amont de comprendre en quoi consiste la vulnérabilité. Au regard des travaux de l'économiste Sen [14], on peut la définir comme « *la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie se dégrader ou s'enfoncer, quel que soit son niveau de richesse, face aux fluctuations de la vie.* » Or, dans le contexte du diagnostic précoce qui est notre terrain de recherche ici, nous savons que des événements de vie peuvent être facteurs de risque de développer cette pathologie (graves épisodes dépressifs, par exemple). Dès lors, il est possible d'envisager une analyse économique de la vulnérabilité en fonction de la menace (risque global encouru) d'une part, et de la capacité de réaction (de résilience) d'autre part.

Le devenir de l'arbre des capacités de Sen est présenté sur la figure 2. Pour Sen [13], l'intégralité des capacités est un ensemble de fonctionnements liés entre eux, composés d'états et d'actions, ou de capacités (être capable de, ou *doing*) et de potentialités (avoir les moyens de, ou *being*). Il s'agit, en fait, d'espaces de fonctionnement, c'est-à-dire de « *tout ce qui est possible de faire dans la vie, toutes les façons d'être et d'agir des individus.* » Les « *agir complexes* » correspondent ainsi au fait :

- de rester digne à ses propres yeux et à ceux des autres (estime de soi et confiance en) ;
- d'être en mesure de prendre part à la vie de la communauté, donc « *permettre aux patients de vivre avec (et en dépit de) la*

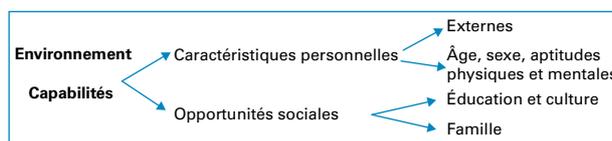


Figure 2. De la compréhension des capacités en économie sociale et solidaire [5].

Figure 2. *Understanding capabilities in social and solidarity-based economics* [5].

maladie, autrement dit d'atténuer son impact sur la vie quotidienne, l'humeur et la participation sociale » [14] ;
– d'appartenir à un statut social donné.

Cette recherche, résolument ancrée dans le champ de l'analyse économique des politiques sociales, interroge donc les questions sociales comme « *autant d'aspects des conditions d'existence des individus* » [15], même si le domaine qui nous concerne ici reste celui de la santé.

S'il convient plutôt « *d'ajouter de la vie aux années* » que « *des années à la vie* » [16], il faut alors être capable de mesurer la distance entre le degré d'altération cognitive et l'état de santé, entendu comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Mais comment définir, pour notre terrain, cet « *état complet de bien-être* », ainsi que les distances qui se produisent avant, pendant et après le diagnostic potentiel de maladie d'Alzheimer ? Rappelons que la maladie d'Alzheimer est une probabilité, vérifiable uniquement après le décès du patient, au moyen d'une autopsie. Pour se faire, nous considérons un continuum sur lequel repose la politique de santé, que nous pouvons schématiser comme présenté dans le *tableau 2*. *A priori*, nous nous situons actuellement au niveau de la politique de prévention dans la mesure où le « *diagnostic précoce* » n'a pas de sens en économie des politiques de santé. Suite aux travaux de Ray *et al.* [15], sont distingués trois niveaux de prévention :

- la prévention primaire, qui vise à contenir l'incidence de la maladie sur une population, se situant donc en amont de la maladie elle-même ;
- la prévention secondaire, qui englobe tous les actes visant à réduire la prévalence d'une maladie dans une population. Elle repose sur l'intérêt de la précocité du diagnostic et du traitement pour le pronostic. L'échantillon de 66 personnes, au 3 février 2010, dont nous disposons ici, répond de ce niveau dans la mesure où une demande d'aide sociale est formulée, et que dans le cadre de l'APA une proposition de consultation mémoire est faite. Seulement 9,09 % des demandes (6 dossiers sur 66 vus à l'hôpital Bellier) ont abouti à une consultation mémoire au moment de la visite. Pourquoi ? Nous atteignons ici le point de rencontre entre les anticipations en termes de

politique sociale du CG44 et les attentes des centres de mémoire et de suivi des malades (hôpital Bellier) ;
– la prévention tertiaire dont l'idée consiste à réduire (contenir) du mieux que possible les invalidités fonctionnelles induites.

Nous sommes ici davantage en phase « *aval* », largement étudiée. Elle doit également concerner la population des aidants, surtout celle des aidants naturels. Il y a (souvent) besoin d'une politique de réparation (sentiment de culpabilité, d'impuissance du côté des aidants naturels) débouchant sur des états de santé « *vulnérabilisés* », dans le cadre de l'offre de soins secondaires (au-delà de la médecine ambulatoire). Pour conclure, nous avons interrogé les grilles AGGIR et CDR :

- la première vise à évaluer le degré d'autonomie (besoins de soins requis) par l'observation des activités encore effectuées par la personne âgée (capacités exécutives), ainsi que les ressources nécessaires à mobiliser en fonction de l'état de dépendance (politique sociale) ;
- la seconde offre un cadre de référence en proposant des critères qui permettent de qualifier des « *familles* » de personnes selon les niveaux d'altération cognitive. Pour autant sommes-nous en mesure de déterminer si Alzheimer est une maladie ou bien une situation de handicap (à gérer) ?

Poser cette question, c'est déjà dépasser l'approche strictement thérapeutique pour s'orienter vers la prise en compte des conséquences mêmes de l'altération cognitive, de façon à permettre aux patients de vivre avec, en quelque sorte. Ce raisonnement n'est pas sans rappeler celui qui concerne la prise en charge des maladies chroniques (volonté de réduire les limitations fonctionnelles). Il s'agit donc de questionner les facteurs psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux pouvant avoir un effet aggravant, ou bien protégeant. D'où l'hypothèse de la nécessité d'une approche plus globale qui prenne en compte la personnalité de l'individu, la façon dont il vit, dont on se représente son degré d'altération cognitive, les conséquences concrètes que celle-ci a sur sa vie quotidienne, ainsi que les effets du comportement de son entourage sur ses vulnérabilités.

Pour se faire, nous cherchons dans l'analyse socio-économique d'un premier échantillon exploratoire de 66 individus, dans le cadre d'un pré-protocole partenarial avec le service PA/PH du Conseil général de Loire-Atlantique.

Tableau 2. Le continuum de la politique de santé dans le cas de troubles de l'état de santé.

Table 2. Health policy continuum in health problems.

Facteurs de risque	État de santé	Conséquences
Facteurs biologiques	Symptômes	Situations de handicap
Facteurs familiaux	Héritage par filiation d'un risque	Dépistage précoce par suivi de la descendance
Histoire de vie	Périodes de dépression, choc émotionnel, stress	Probabilité de développer la maladie d'Alzheimer
Politique de prévention Facteur de risque et dépistage	Politique de soins Écart entre état complet de santé et état de santé observé	Politique de réparation Prestations en espèces, action sociale

Source : P. Glémain, DPMA44, 2010. Inspiré de Ray *et al.*, 1988.

Enseignements économiques et sociaux des échantillons exploratoires

Il est proposé ici un état de l'art du traitement statistique effectué à partir de figures et graphiques relatifs aux 66 dossiers, constituant l'échantillon CG44. L'analyse de l'échantillon débute par l'âge, en distinguant les dossiers concernant les hommes de ceux des femmes (figure 3).

Comparativement à d'autres études [17], la cohorte observée en Loire-Atlantique (figure 4) se compose plutôt d'individus en couple, même si la part des personnes seules reste importante. Dès lors, la présence d'aidants naturels ou de « sous-couvert », c'est-à-dire d'une personne se chargeant des papiers, suppose que les politiques sociale et sanitaire soient liées, afin d'élaborer une approche « socialisée de la prévention ». Nous préciserons ce point avec le sociogramme

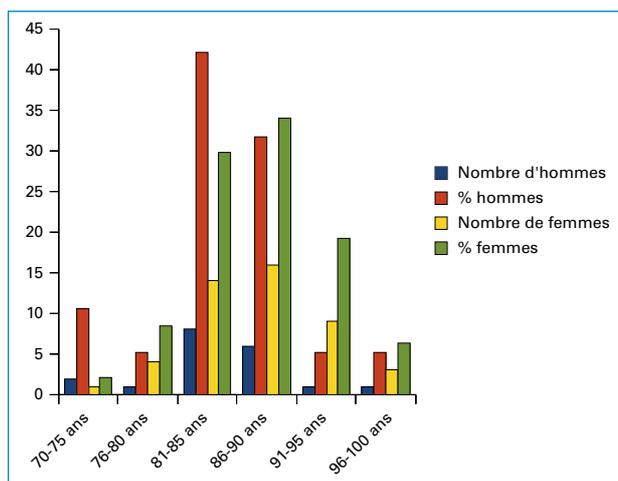


Figure 3. Répartition des dossiers en fonction de l'âge et du sexe.

Figure 3. Distribution of patients' files according to age and sex.

situation problème présenté en conclusion de ce travail. Toutefois, nous pouvons d'ores et déjà placer cette recherche dans une analyse sociale et économique de la politique de dépistage précoce liant action et système, à partir de cohorte interactionnelle « familiarisée ».

Chaque individu socialisé dépend d'un territoire de soins et de politiques sociales, entendu comme un construit social. Regardons par centre médico-social d'attachement la répartition territoriale de notre cohorte de 66 dossiers présentée sur la figure 5. La répartition par territoire médico-social est un élément fondamental de l'analyse économique et sociale du dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer. En effet, à l'instar des territoires de santé, des approches territoriales variées [18] permettent d'anticiper un nouvel espace de planification des politiques sociales et de santé, dans le cadre d'un

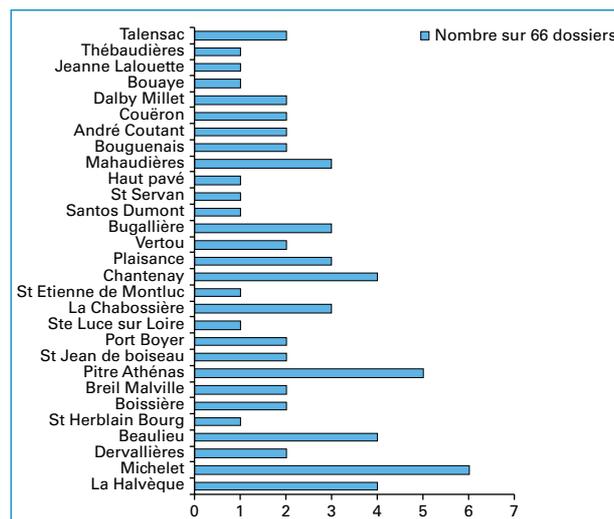


Figure 5. Répartition des dossiers en fonction de leur CMS d'attachement.

Figure 5. Distribution of patients' files according to medicosocial centre.

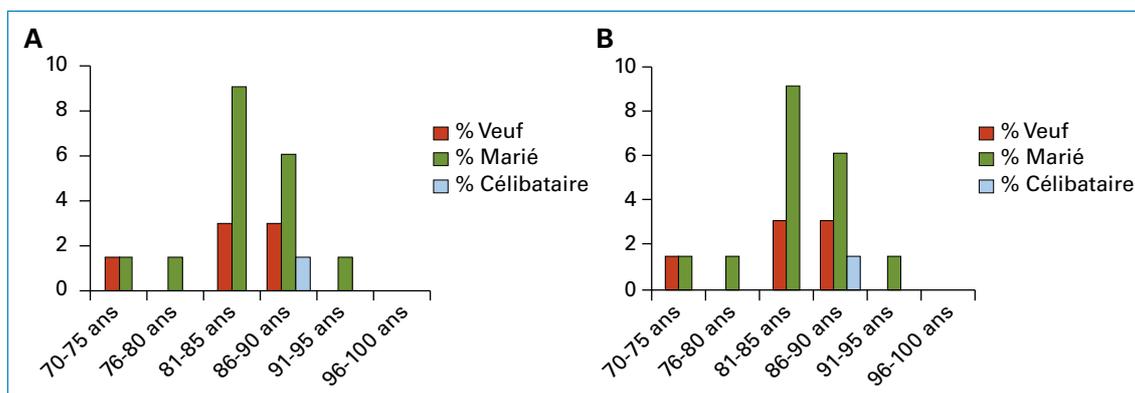


Figure 4. A) Répartition en fonction de l'âge et de la situation familiale des femmes. B) Répartition en fonction de la situation familiale et de l'âge des hommes.

Figure 4. A) Distribution according to age and familial situation of women. B) Distribution according to familial situation and age of men.

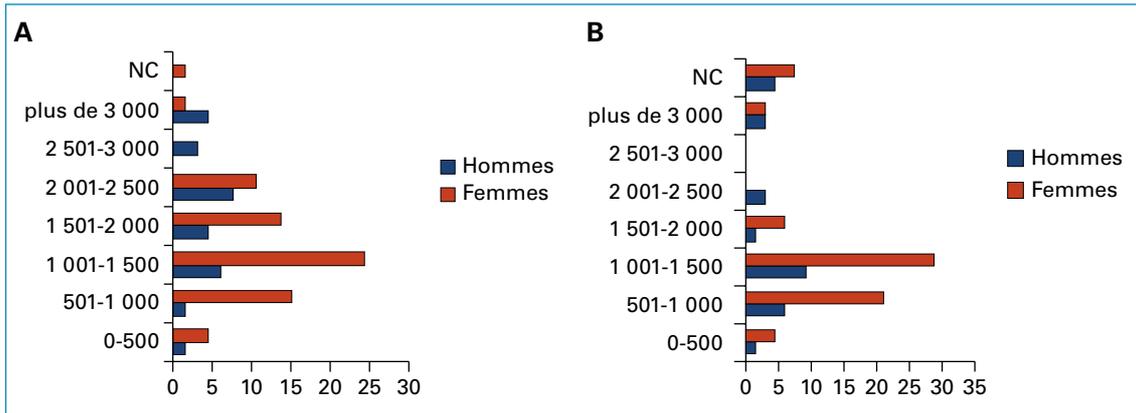


Figure 6. A) Répartition des dossiers selon les revenus déclarés et le sexe. B) Revenus retenus par l'APA en fonction du sexe.

Figure 6. A) Distribution of patients' files according to declared income and sex. B) Incomes retained by APA according to sex.

développement socialement soutenable qui « garantit aux générations présentes et futures l'amélioration des capacités de bien-être (sociales, économiques ou écologiques) pour tous, à travers la recherche de l'équité d'une part, dans la distribution intragénérationnelle de ces capacités et, d'autre part, dans leur transmission intergénérationnelle » [19].

Le niveau de revenus au sein de la cohorte des 66 patients (figure 6) est à comparer au niveau moyen des retraites inter-régimes. La cohorte observée conduit à constater des revenus supérieurs à la moyenne des montants de retraite pour les femmes, et inversement pour les hommes. Il sera nécessaire de déterminer les origines sociales par genre, de façon à savoir si le niveau d'instruction influence ou non sur la demande de dépistage précoce, en fonction de l'appréciation personnelle de l'état réel de son capital capacités au moment même de la demande d'APA. Pour les hommes, viennent-ils vers une demande d'APA parce qu'ils sont au bout d'un cheminement personnel et familial, voire de consultation mémoire ? Des statistiques de recours aux soins selon le sexe, l'âge et la culture, en particulier dans le cadre de situations d'altération cognitive, seront ensuite recherchées.

Les considérations plus sanitaires sont maintenant à prendre en compte. Pour cela, il est nécessaire de s'appuyer sur les grilles GIR, à l'instar des études conduites dans le cadre du dépistage précoce, dont DPMA92 citée plus haut. Dans cette étude, 85 % de l'échantillon étaient GIR 2-3-4. Notre approche sexo-spécifiée (figure 7) dévoile une cohorte GIR 3-4-5 pour les femmes, et 3-4-6 pour les hommes. Cela pose la question du risque de dépendance par sexe et par territoire, pour conduire une politique sanitaire socialisée (figure 8), supposant un accompagnement dans le temps des individus, en particulier dans le cas de la révision, représentant 23,51 % des demandes d'APA à domicile en 2009 en Loire-Atlantique (chiffre du CG/PAPH). En outre, le GIR dynamique correspondant au passage d'un GIR à un autre, traçant l'histoire d'une dépendance sur une cohorte donnée, doit constituer un nouvel indicateur. Du moins, en l'état, l'hypothèse se pose.

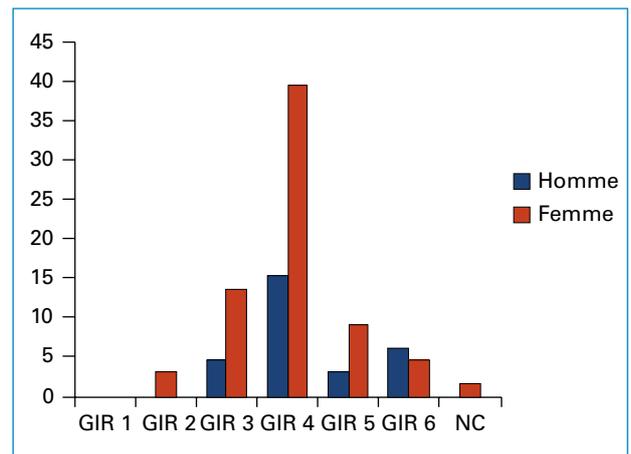


Figure 7. Croisement GIR-sexe.

Figure 7. Correlation GIR-sex.

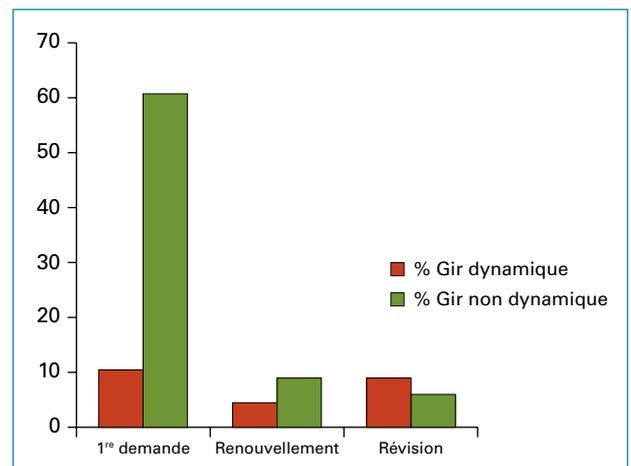


Figure 8. Répartition des dossiers en fonction de leur situation.

Figure 8. Distribution of patients' files according to condition.

De plus, il est souhaitable de vérifier s'il existe une étude sur l'évolution du GIR dans le temps ? Peut-être auprès des établissements pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) où les groupes mémoire sont parfois réalisés tous les mois et, si cela est possible, au domicile même des patients ? Un premier entretien avec Madame Lelay, de l'Antenne d'Ancenis d'Alzheimer Loire-Atlantique, a ainsi été envisagé, afin d'offrir également une dimension « rurale » à cette étude.

À l'analyse des statistiques locales collectées par Mathilde Fiot, et après avoir arrêté les dimensions sociales apparaissant les plus pertinentes, il est possible de tirer les premiers enseignements suivants.

État civil

Parmi les dossiers analysés, deux classes d'âge ressortent davantage :

- 81-85 ans ;
- 86-90 ans, dont 70 % des dossiers analysés relèvent.

De plus, les dossiers de femmes sont beaucoup plus nombreux, plus de 70 % de l'ensemble. Ce résultat est sans surprise puisque, de façon factuelle, l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celle des hommes. On pourrait alors s'intéresser à la classe des 70-75 ans, pour laquelle plus d'hommes sont dénombrés, rejoignant ainsi l'un des résultats apportés par Cedelle *et al.* [20]. En effet, d'après l'étude sur les caractéristiques démographiques et physiologiques, les auteurs retiennent, qu'outre le fait que la dépendance touche en priorité les femmes de plus de 80 ans isolées, elle concerne également les hommes plus jeunes, vivant le plus souvent encore en couple, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Toutefois, cette dernière précision concernant la situation familiale de ces « jeunes » hommes n'est pas significative en l'état de notre étude, en raison du nombre insuffisant de dossiers concernant cette tranche d'âge (seulement 2).

Situation familiale

De manière générale, la majorité des dossiers concerne des personnes veuves (57 %) (*figure 4*). Toutefois, la fréquence des personnes mariées atteint 40 % dans notre cohorte. Cette singularité n'est retrouvée ni dans la littérature, ni dans l'analyse du département des Hauts-de-Seine (DPMA92, de 2007). L'approche par sexe conforte le constat d'une entrée en altération cognitive sur une classe d'âge plus étendue pour les femmes (70-84 ans), que pour les hommes (79-84 ans), sans être en mesure d'expliquer en l'état de la recherche cet écart.

Situation géographique

Il convient de classer les dossiers de demande existants en fonction de leurs localisations. Pour cela, les centres médico-

sociaux du Conseil général ont été considérés afin de respecter les territoires de politiques sociales. Mais la spécification territoriale est toute relative, puisque la cohorte concerne exclusivement Nantes métropole. On peut seulement interroger la pertinence d'une analyse sur un territoire donné, qui de fait ignore ce qui se passe à la marge de l'agglomération nantaise, et plus largement à l'échelle du département et, en particulier, en milieu rural.

Situation face à l'aide sociale

Un tiers des dossiers présente un revenu déclaré compris entre 1 001 et 1 500 euros. Ceci rejoint donc les données de l'Insee de 2004 qui estiment la retraite moyenne en France à 1 300 euros par mois. Près de 50 % des dossiers présentent un revenu compris entre 1 000 et 2 000 euros.

En revanche, pour le calcul de l'aide, les revenus considérés sont différents des revenus déclarés. En effet, plus de 50 % des dossiers retiennent un revenu compris entre 1 001 et 2 000 euros pour calculer l'aide. Dans les catégories supérieures, notamment à partir de 2 000 euros, 22,7 % des dossiers concernent des hommes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les retraites des hommes restent plus élevées que celles des femmes, ce qui correspond à une époque où le taux d'activité des femmes était significatif, mais pas toujours en adéquation avec les systèmes de cotisations alors en vigueur. En outre, les revenus retenus pour le calcul de l'APA sont plus faibles étant donné que certaines ressources ne sont pas prises en considération. La question de la nature et de la composition des revenus, plutôt des ressources du ménage, doivent pouvoir être précisées à l'avenir.

Situation des dossiers

Il existe trois types de dossiers (cohorte de 2 487 demandes d'APA à domicile en 2009 en agglomération nantaise) :

- les premières demandes qui concernent 1 544 dossiers en 2009 ;
 - les renouvellements (ceci est une nouvelle étude du dossier au niveau administratif, chaque dossier était examiné tous les 2 ans, mais ce délai est désormais passé à 5 ans), concernant 328 dossiers en 2009 ;
 - les révisions, correspondant à une nouvelle étude du dossier demandée par les personnes concernées ou leurs sous-couverts en cas de nouvelle situation (580 dossiers en 2009).
- Face à ce constat, un certain nombre de mutuelles (notamment la Mutuelle générale de l'éducation nationale – MGEN), relevant de l'économie sociale, s'impliquent dans une prestation dépendance intégrée à leur offre globale afin, non seulement, de couvrir l'hypothèse d'un GIR dynamique, mais également pour porter une politique de solidarité intergénérationnelle. Elle se traduit par l'allocation d'une rente et des services à domicile, qui viennent *de facto* compléter les

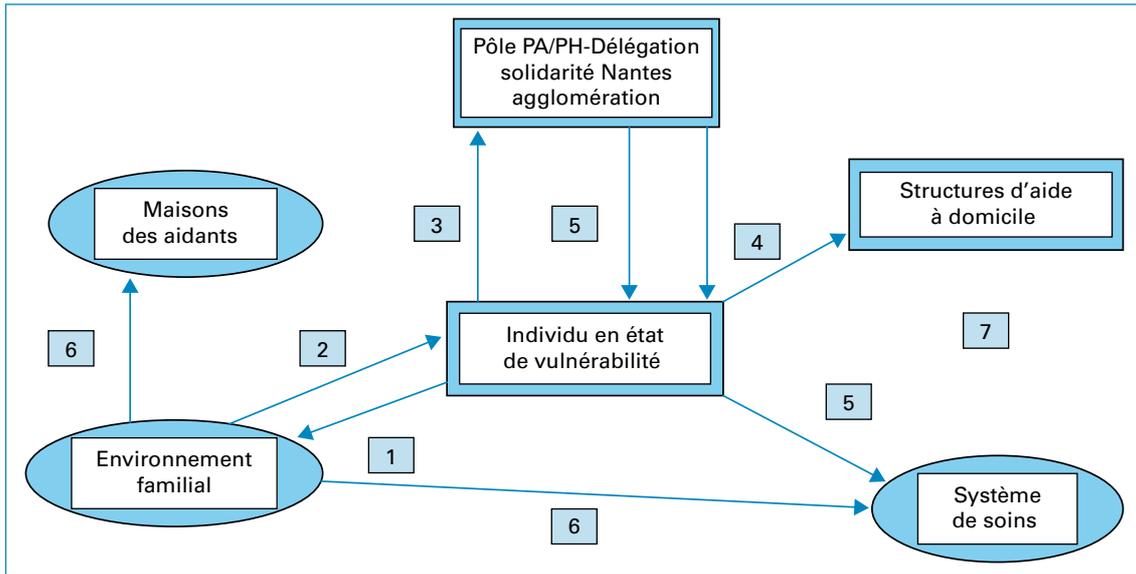


Figure 9. Sociogramme de la situation problème : dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer [5].

- 1 : l'individu exprime un état de vulnérabilité à ses proches.
2 : face au besoin, l'environnement familial suggère de demander une aide au Conseil général (3).
4 : le pôle PA/PH propose un plan d'aide comportant un certain nombre d'aides à la personne.
5 : le pôle PA/PH détecte une probabilité d'Alzheimer et suggère une consultation près d'un service spécialisé qui rend compte au médecin référent (7).
6 : les aidants naturels consomment des soins, une solution de répit leur est proposée via la maison des aidants sous condition de diagnostic.

Figure 9. Sociogram of current problem: early screening for Alzheimer's disease [5].

- 1: subject reporting a vulnerable state to his relatives;
2: facing patient's needs, relatives express the request for assistance (3);
4: plan of assistance including some personal aids;
5: detection of possible Alzheimer's disease and suggestion of consultation in specialized centre (7);
6: once diagnosis is established, respite care is proposed to health caregivers.

politiques sociales des Conseils généraux, entre autres. Par conséquent, nous aurions à faire non pas à un acteur, mais bien à un système d'actions.

Conclusion et préconisations

À l'issue de cette première analyse, il est possible d'élaborer un sociogramme de la situation problème « diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer ». Il est déduit d'une première appréhension des données de l'observation faite sur les deux échantillons exploratoires. Il figure les relations entre les différents acteurs, ainsi que leur nature. Il nous oblige donc à penser système au sens de Crozier et Friedberg [21] (figure 9).

D'une part, une liaison directe entre l'environnement familial et le pôle PA/PH est observée, mais elle n'est pas la seule. En effet, d'après les médecins territoriaux, les visites de DPMA sont réalisées systématiquement en présence de l'aidant ou de celui qui est à l'origine de la demande, tuteur, curateur, assistante sociale ou aide ménagère au besoin, lorsque la personne âgée est isolée. Le dossier administratif prévoit d'ailleurs cela en demandant qu'un sous-couvert soit nommé, c'est-à-dire une personne en charge des papiers. Par conséquent, nous sommes en présence d'une demande individuelle « plurielle » : l'une venant de

l'entourage proche, l'autre émanant déjà d'une action/aide sociale. Existe-t-il réellement des différences significatives quant à la nature de la demande lorsqu'elle vient de la famille ou de salariés ? Quels sont les freins à la constitution d'un dossier d'APA en cause ici ? Allons-nous vers une « socialisation du médical » plutôt que vers la « médicalisation du social » avancée par le Docteur Candas [17] (DPMA 92) ?

D'autre part, le pôle PAPH entretient un lien faible avec les structures d'aide à domicile. En effet, la relation du Conseil général concerne uniquement une relation contractuelle lors du paiement et dans le cadre des agréments. Pourtant, ces dernières, qui effectuent les heures affectées, sont au cœur de l'économie de l'intimité et de la sociologie domestique. L'environnement est également peu impliqué. Ainsi, les acteurs de l'économie sociale de la santé que sont les mutuelles (MGEN par exemple), anticipant l'évolution des dépendances qu'elles financent, et qui de fait apparaissent comme des acteurs clés de la prise en charge de la dépendance, sont hors systèmes. Ce travail préparatoire ouvre l'hypothèse d'une analyse socio-économique et territoriale des politiques de solidarité en faveur des personnes présentant une altération cognitive.

Remerciements et autres mentions. Financement : aucun ; conflit d'intérêts : aucun.

RÉFÉRENCES

1. Sarkozy N. *Vœux présidentiels*. Le Monde, 2010.
2. Chemin A. *Le financement de la dépendance, une priorité dès 2010*. Le Monde, 2010.
3. Girard R, Ross N. L'impact des mots. Alzheimer's disease international conference. Istanbul, fédération québécoise des sociétés Alzheimer, 2005.
4. Jodelet D. Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales. *Connexions* 2008 ; 89 : 25-46.
5. Glémain P, Fiot M, Raison C. Premiers éléments d'analyse économique et sociale pour une politique de dépistage précoce en Loire-Atlantique. Papier de recherche-DPMA44. Janvier-mars 2010.
6. Fischer GN. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod-PUM, 1987.
7. Szekely C, Ouvrard F. *La maladie d'Alzheimer*. Paris : Solar, 2004.
8. Mittelman M, Ferris S, Shulman E, *et al.* A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *JAMA* 1996 ; 276 : 1725-31.
9. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML, Pietilä M, Savikko N, Kautiainen H, Tilvis RS, Pitkälä KH. Family care as collaboration: effectiveness of a multicomponent support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. Central Union for the Welfare of the Aged, Helsinki, Finland.
10. Société Alzheimer. *Raz-de-marée : impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*. Québec : Éditions de la Société d'Alzheimer, 2010.
11. Prouteau L. *Économie du comportement bénévole. Théorie et études empiriques*. Paris : Economica, 1999.
12. Molinier P, Laugier S, Paperman P. *Qu'est-ce le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2009.
13. Sen A. *Repenser l'inégalité*. Paris : Seuil, 1992.
14. Gzil F. *La maladie d'Alzheimer. Problèmes philosophiques*. Paris : PUF-Le Monde, 2009.
15. Ray JC, Dupuis JM, Gazier B. *Analyse économique des politiques sociales*. Paris : Economie, PUF, 1988.
16. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *La santé en chiffres 1960-1983. Dépenses, coûts, résultats. Rapport au ministre des Affaires sociales*. La Santé en France. Paris : La Documentation Française, 1985.
17. Candas E. DPMA92, étude sur une cohorte de 1 145 personnes entre janvier et avril 2007. Communication aux 4^{es} Ateliers du développement durable. Bordeaux, 18 octobre 2007.
18. Coldefy M, Lucas-Gabrielli V. Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. Document de travail, mai 2008. Irdes. www.irdes.fr
19. Ballet J, Dubois JL, Mahieu FR. *L'autre développement. Le développement socialement soutenable*. Paris : L'Harmattan, 2005.
20. Cedelle JM, D'Avino I, Formenti D. *L'assurance dépendance problématique humaine et stratégie patrimoniale*. Paris : Édition de Verneuil, 2002.
21. Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil, 1977.