



**HAL**  
open science

## France-Canada : deux approches de la dépendance face au vieillissement

Tara De Condappa

► **To cite this version:**

Tara De Condappa. France-Canada : deux approches de la dépendance face au vieillissement. 2025.  
hal-04881857

**HAL Id: hal-04881857**

**<https://hal.science/hal-04881857v1>**

Preprint submitted on 12 Jan 2025

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

# France-Canada : deux approches de la dépendance face au vieillissement

Tara de Condappa, PhD

Centre Universitaire de Recherches sur l'Action Publique et le Politique « CURAPP »  
Centre de Recherche en Psychologie : Cognition, Psychisme et Organisations « CRP-CPO »  
Université de Picardie Jules Vernes

## RÉSUMÉ

Le vieillissement démographique mondial pose des défis majeurs aux systèmes de santé et aux dispositifs sociaux, nécessitant des solutions adaptées et innovantes. Ce travail de recherche compare les systèmes de prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et au Canada, révélant deux approches distinctes mais complémentaires. En France, un modèle axé sur des allocations universelles, telles que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), contraste avec le modèle canadien, fondé sur une approche communautaire et multidisciplinaire incarnée par les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC).

L'analyse met en lumière les valeurs culturelles sous-jacentes à ces dispositifs et leurs implications sur les conceptions de la dépendance et les orientations des politiques publiques. Elle souligne également les limites de la grille française « AGGIR », focalisée sur les fonctions de base, face à la grille canadienne « SMAF », qui intègre des dimensions sociales et environnementales pour une évaluation plus globale et personnalisée des besoins.

En introduisant une perspective socio-culturelle novatrice, cet article explore l'impact des représentations sociales sur les pratiques et les politiques, et ouvre la voie à des réformes plus inclusives et adaptées aux dynamiques locales. Enfin, les pistes de recherche proposées sur le rôle des croyances culturelles et collectives alimentent une réflexion élargie sur les modèles de prise en charge des aînés à l'échelle internationale.

**Mots clés :** Vieillissement ; Dépendance ; Personnes âgées ; Politiques publiques ; Analyse comparative ; France ; Canada ; AGGIR ; SMAF ; Représentations sociales ; Prise en charge des aînés ; Disparités régionales ; Modèles de soins

**Key words :** Aging ; Dependency ; Elderly ; Public policies ; Comparative analysis ; France ; Canada ; AGGIR ; SMAF ; Social representations ; Elder care ; Regional disparities ; Care models

## **Introduction**

Le vieillissement de la population est un phénomène d'ampleur mondiale, caractérisé par une augmentation constante de l'espérance de vie et la transition démographique. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus devrait passer de 12 % en 2015 à 22 % d'ici 2050, avec 80 % de cette population résidant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2024). Ce vieillissement démographique croissant impose des défis majeurs, nécessitant une adaptation des systèmes de santé et des dispositifs sociaux pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. Cependant, les réponses apportées par les systèmes de santé varient considérablement d'un pays à l'autre. Dans ce contexte, ce travail propose une analyse comparative des dispositifs de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en se concentrant sur les systèmes de santé en France et au Canada.

Sur le plan biologique, le vieillissement, tel que défini par l'OMS, se traduit par une accumulation progressive de dommages moléculaires et cellulaires. Cette usure progressive entraîne une détérioration des capacités physiques et cognitives, une prédisposition accrue aux maladies chroniques et, finalement, la mortalité. À cette évolution s'ajoutent des transitions de vie majeures, telles que le départ à la retraite, le deuil de proches, et le déménagement dans des environnements résidentiels mieux adaptés aux besoins des personnes âgées (OMS, 2024).

Le vieillissement s'associe également à un accroissement des pathologies chroniques, lesquelles engendrent des incapacités et de la dépendance. Cancers, maladies cardiovasculaires, troubles mentaux, et maladies neurodégénératives — ces dernières ayant l'impact le plus élevé sur la dépendance représentent un fardeau croissant pour la santé publique. La population âgée se caractérise souvent par une « polypathologie » ou « polymorbidité » résultant d'une accumulation de facteurs de risque au cours de la vie (Santé Publique France, 2022).

Cet article examine les dispositifs et explore les particularités de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans des contextes nationaux distincts, en se concentrant notamment sur les cas français et canadien. Cependant, il est primordial, avant toute analyse, de clarifier le concept même de dépendance.

## **La dépendance des personnes âgées**

### ***Compréhension du concept de dépendance***

Warchol (2012) indique dans ses travaux que la dépendance est un « concept polysémique », englobant diverses dimensions selon le contexte, notamment mentale, physique, économique et sociale. Ce phénomène touche toutes les catégories d'âge, des enfants aux personnes âgées. Pour d'autres auteurs, à l'instar d'Ennuyer (2013), le concept de « dépendance » est loin d'être consensuel dans la mesure où celui-ci recèle des enjeux de signification divergents. Cet auteur critique notamment l'usage du terme « perte d'autonomie » par le milieu médical, un équivalent de « dépendance » qui s'est imposé dès le début des années 80, comme en témoigne la création des outils d'évaluation en gériatrie (Kuntzmann, 1980). En outre, la vision dominante de la

dépendance dans le domaine médical est souvent « incapacitaire », tandis qu'une approche alternative, plus positive, considère la dépendance comme une relation réciproque. Dans ce sens, elle pourrait être interprétée comme un « lien social » qui répond à la satisfaction d'un besoin, qu'il s'agisse d'un individu, d'un objet, d'un groupe ou d'une institution (Memmi, 1979, cité par Ennuyer, 2013).

Dans le contexte du vieillissement accéléré à l'échelle mondiale, la prise en charge de la dépendance des personnes âgées est devenue un enjeu majeur de santé publique. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE, 2014) définit la dépendance comme un état prolongé d'incapacité nécessitant une assistance pour accomplir les activités de la vie quotidienne. Cette définition s'aligne avec la perspective médicale qui associe la dépendance à la perte d'autonomie (Ennuyer, 2013). Cette vision « incapacitaire » de la dépendance est liée au « degré de dépendance d'une personne âgée », celui-ci reposant non seulement sur ses limitations fonctionnelles et ses restrictions d'activité, mais également sur des facteurs indépendants de son état de santé. La distinction entre dépendance et état de santé se révèle délicate dans la mesure où ces limitations sont souvent liées à des problématiques de santé présentes ou passées (INSEE, 2014).

### *Évaluation de la dépendance des personnes âgées en France*

Des travaux issus de la littérature (Lescure & al., 2022 ; Roudier & Aloucy, 2004 ; Renaut, 2004) montrent que la mesure de la dépendance des personnes âgées repose sur deux principales approches, à savoir :

- Le recours aux dispositifs d'aide spécifiques, comme le nombre de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette mesure présente des limites puisqu'elle ne prend en compte que les bénéficiaires de l'APA, laissant de côté les personnes éligibles mais non bénéficiaires.
- L'évaluation fonctionnelle des personnes âgées par des tests de performance, plus précis mais difficiles à mettre en œuvre dans les enquêtes portant sur de grands échantillons.

Ces travaux (Lescure & al., 2022 ; Roudier & Aloucy, 2004 ; Renaut, 2004) indiquent que pour appréhender la dépendance, il existe plusieurs critères d'évaluation, notamment ceux relatifs aux « incapacités » entravant les activités quotidiennes et nécessitant une assistance. Cependant, toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ne présentent pas nécessairement de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activités quotidiennes, d'où la nécessité d'utiliser la Grille « Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources » (AGGIR) pour évaluer le degré de perte d'autonomie chez les demandeurs de l'APA.

## **La grille AGGIR et les degrés de perte d'autonomie**

### ***Mesure de la dépendance des personnes âgées en France***

Pour quantifier le degré de dépendance, la France utilise la Grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR), qui classe les individus en six groupes (GIR) selon leur niveau de besoin d'assistance pour les actes essentiels de la vie quotidienne (Vie publique, 2021 ; Sénat, 2023). Les niveaux, de GIR 1 (personnes nécessitant une assistance continue) à GIR 6 (autonomes pour les actes de la vie courante), sont définis selon 10 activités discriminantes et 7 activités illustratives. La grille AGGIR, bien qu'opérationnelle, a été critiquée pour ses limites, notamment le manque de prise en compte de l'environnement social et de certaines pathologies mentales (Sénat, 2023).

Cependant, depuis 2011, plusieurs rapports institutionnels (Assemblée nationale, 2018 ; Sénat, 2011 ; Vasselle, 2008) ont souligné les limites de la grille AGGIR. En mai 2022, la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a présenté une réponse à ces préoccupations (Banque des territoires, 2022).

Un comité scientifique d'évaluation a noté que la grille AGGIR ne tient pas compte de l'environnement de la personne, se concentrant exclusivement sur les incapacités sans corrélation systématique avec le besoin réel d'aide. Les items liés à la cohérence et à l'orientation sont jugés peu fiables, ce qui rend l'identification des personnes présentant des difficultés intellectuelles et psychiques problématique (Sénat, 2023). Le Rapport Vasselle (2008) souligne que, malgré ces faiblesses, l'outil AGGIR reste privilégié en raison de sa facilité d'utilisation et de sa reconnaissance parmi les travailleurs sociaux, bien qu'il présente des lacunes majeures en termes de fiabilité, telles que la variabilité inter-utilisateurs et la mauvaise prise en compte des démences.

Le Rapport du Sénat de 2023 conclut que, bien que la grille AGGIR permette de déterminer l'éligibilité à une prestation légale, elle ne répond pas de manière exhaustive aux besoins individuels. Par ailleurs, ces mêmes auteurs recommandent l'adoption de méthodes alternatives, notamment le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) utilisé au Canada.

### ***La méthode alternative du SMAF au Canada***

La dépendance fonctionnelle des personnes âgées au Canada est évaluée au moyen du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), un outil développé par les gériatres québécois Réjean Hébert, Réjean Carrier, et Angèle Bilodeau au Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Le SMAF permet d'évaluer 29 fonctions regroupées en cinq domaines (Turcotte et al. 2021 ; Hébert, 2022 ; Sénat, 2023) :

- Activités de la vie quotidienne, incluant des fonctions telles que l'alimentation, l'hygiène personnelle, l'habillement, l'entretien personnel, la fonction vésicale, la fonction intestinale et l'utilisation des toilettes ;

- Mobilité, comprenant les déplacements intérieurs en fauteuil roulant, l'utilisation des escaliers, les déplacements extérieurs, entre autres ;
- Communication, incluant des aspects tels que la vision, l'audition et la capacité d'élocution ;
- Fonctions mentales, incluant la mémoire, l'orientation, la compréhension, le jugement et les comportements ;
- Tâches domestiques, englobant l'entretien ménager, la préparation des repas, les achats, la lessive, l'utilisation du téléphone, les transports, la prise de médicaments et la gestion budgétaire.

Pour chacune de ces fonctions, le niveau d'autonomie est mesuré sur une échelle de « 0 » à « -3 » — allant du « 0 » correspondant à une autonomie complète au « -3 » une dépendance totale (Sénat, 2023). Le SMAF est particulièrement adapté à l'élaboration de plans d'intervention, car il présente une précision notable dans l'évaluation des besoins, avec une forte corrélation entre les résultats obtenus et le nombre d'heures de soins nécessaires. De plus, il offre une bonne fidélité test-retest et une reproductibilité élevée, indépendamment de l'évaluateur, en faisant un outil robuste pour la mesure de l'évolution de l'autonomie (Hébert, 2022).

### ***Politique et dispositifs de prise en charge des personnes âgées dépendantes en France***

#### ***La dépendance : une politique multidimensionnelle***

« Pour faire face au vieillissement de la population et au phénomène de dépendance, les pouvoirs publics ont développé trois politiques en faveur des personnes âgées : une politique d'assistance et de soutien financier ; une politique d'aide au maintien à domicile et une politique de placement » (Urbain, 2023)

Bihan-Youinou (2010) explique qu'en France la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie repose sur une combinaison de dispositifs publics et privés qui reflètent des approches variées de la dépendance. Aussi, cet auteur souligne que la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'inscrit dans un ensemble de mesures relevant de plusieurs secteurs d'action publique, incluant le social, la santé, la vieillesse, et l'emploi. Ainsi, « la politique en faveur des personnes âgées ne constitue pas, en France, un secteur d'intervention publique homogène », mais plutôt un système fragmenté de dispositifs complémentaires visant à répondre aux divers besoins des personnes dépendantes.

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la principale source de financement, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), a représenté environ 6 milliards d'euros en 2018, couvrant plus de 1,3 million de personnes. Cette allocation est soutenue par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les conseils départementaux. D'autres ressources proviennent des branches vieillesse et famille de la Sécurité sociale, couvrant les frais médicaux et hospitaliers des personnes âgées à domicile et en institution, tandis que des déductions fiscales sont disponibles pour l'emploi de personnel d'aide à domicile (Drees, 2021).

### ***Les trois différentes types de politiques d'intervention***

#### **1<sup>er</sup> type de politique : le soutien financier aux personnes âgées, zoom sur l'allocation personnalisée d'autonomie, (APA) un pilier de la prise en charge en France**

L'APA « est une prestation d'aide sociale accordée par le département en vue d'aider les personnes âgées dépendantes à payer les frais nécessaires à leur maintien à domicile ou à leur hébergement en établissement spécialisé. » (Urbain, 2023) Instaurée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001, cette prestation permet aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie de financer partiellement les aides humaines et techniques nécessaires à leur quotidien. Cette allocation est universelle et indépendante des ressources. À domicile, elle couvre les dépenses d'un plan d'aide préétabli par une équipe médico-sociale, incluant les services d'aide à domicile, les dispositifs de téléassistance, les produits d'hygiène, les aménagements du logement, les accueils temporaires, les services de transport, et le soutien d'un accueillant familial (Ministère des solidarités et de la santé, 2024).

#### **2<sup>ème</sup> type de politique : L'aide au maintien à domicile**

De nombreux dispositifs peuvent être mis en place pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Ces dispositifs peuvent être classés en deux catégories : la première correspond à une aide qui relève de l'ordre « sanitaire » tandis que la deuxième relève de l'ordre « social » (Urbain, 2023). Sont classés dans l'aide sanitaire : les Soins infirmiers à domicile (délivrés sur prescription médicale) ; l'hospitalisation à domicile (HAD) ; les hôpitaux et centres de jours et les centres d'accueil de jour ; tandis que dans l'aide sociale figurent : l'aide ménagère légale ; les services d'aide et d'accompagnement à domicile et les services à la personne (Gauthé, 2019).

#### **3<sup>ème</sup> type de politique : le placement des personnes âgées**

Le placement peut se faire en institution. Il peut s'agir d'établissements sociaux et médico-sociaux à l'instar des Établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ou de résidences autonomie (anciennement nommés « foyers-logements »). L'accueil peut également se faire chez des particuliers « à titre onéreux, des personnes âgées et/ou handicapées. L'accueil peut être permanent ou temporaire, à temps complet ou à temps partiel » (Urbain, 2023).

### **Politique et dispositifs de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au Canada**

Trahan et Caris (2002) mettent en évidence dans leurs travaux que le système canadien d'aide et de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie combine des services médicaux et hospitaliers à long terme avec des services sociaux et d'assistance. Les soins de longue durée sont structurés autour d'une grille clinique individualisée permettant d'évaluer les besoins biologiques, psychologiques et sociaux des individus, afin de déterminer leur admissibilité aux services. Bien que la majorité de ces soins soient offerts sans frais, certains aspects peuvent ne pas être couverts par les assurances. Ces auteurs précisent, par ailleurs, que l'hébergement des

personnes âgées est assuré par le réseau public de centres d'accueil et d'établissements de soins de longue durée et que les services gériatriques relèvent, quant à eux, des centres hospitaliers alors que le secteur privé se concentre principalement sur l'hébergement et les aides domestiques.

Grenier (2021) indique, pour sa part, que les services de soins à domicile sont pris en charge par les Centres locaux de services communautaires connus sous l'acronyme de CLSC tandis que le réseau québécois propose une gamme étendue de services grâce à une variété de partenaires. Parmi ceux-ci figurent les services d'assistance personnelle et d'aides domestiques, qui visent à compenser des limitations fonctionnelles telles que la mobilité, l'alimentation et l'habillement. En outre, des soins et services spécialisés sont proposés, incluant des soins médicaux, infirmiers et de réadaptation, ainsi que des services d'assistance à la personne et des soins infirmiers, qui représentent des composantes centrales de l'offre de soins à domicile.

### ***Centres locaux de services communautaires : une approche communautaire et multidisciplinaire***

La mission d'un centre local de services communautaires (CLSC) consiste à offrir des services de santé et des services sociaux de première ligne, accessibles et adaptés aux besoins de la population de son territoire. Ces centres jouent également un rôle dans les activités de santé publique. Outre les services liés à la santé physique, les CLSC fournissent des services généraux regroupant des activités cliniques et du soutien pour des problématiques sociales ponctuelles. En matière de santé mentale, ces centres offrent également des services permettant à toute personne présentant des symptômes ou un trouble de recevoir un accompagnement et des soins appropriés (Québec, s.d.).

Mellon (2004) précise, pour sa part, dans ses travaux que les CLSC sont des établissements publics, régis par un conseil d'administration où siègent des représentants élus de la population, du personnel et des instances régionales de santé, offrent des services de première ligne en santé et services sociaux. Ces services comprennent des soins préventifs, curatifs, de réadaptation et de réinsertion, contrairement aux services de secondes et troisièmes lignes, plus spécialisés. La mission des CLSC est d'assurer une prise en charge intégrée et multidisciplinaire, en privilégiant le maintien à domicile et en évitant autant que possible l'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie (Hébert, 2022 ; Mellon, 2004).

Les CLSC disposent d'équipes spécialisées en soins palliatifs à domicile, accompagnant les malades et leurs familles jusqu'à la fin de vie, ce qui en fait les principaux pourvoyeurs de soins professionnels et de services d'assistance (Gouvernement du Québec, 2010). Les organismes communautaires jouent ainsi un rôle majeur en complémentarité des services publics, notamment pour répondre à une diversité de besoins spécifiques des bénéficiaires, en travaillant de manière concertée avec les services publics. Les services offerts incluent la livraison de repas à faibles coûts, le transport pour des rendez-vous médicaux, des services de répit, et le soutien aux aidants, à travers des activités de soutien moral, des groupes d'entraide et des initiatives de défense des droits (Trahan et Caris, 2002).



## **Comparaison des outils d'évaluation de la dépendance des personnes âgées : Grille « AGGIR » française versus « SMAF » canadien**

Ces résultats mettent en lumière les distinctions fondamentales entre les outils utilisés en France et au Canada pour évaluer la dépendance des personnes âgées, des distinctions qui ont été largement documentées dans divers rapports institutionnels. En France, l'outil principal, la grille « AGGIR », est spécifiquement conçu pour évaluer le « degré de perte d'autonomie » des demandeurs de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) (Sénat, 2023). Cet outil classe les individus en six niveaux d'autonomie (GIR 1 à GIR 6), correspondant à des besoins d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne, avec un niveau d'assistance croissant. Cependant, la grille AGGIR présente des limites significatives qui ont été identifiées et critiquées par plusieurs rapports dont ceux du Sénat (2011) et de Vasselle (2008) qui soulignent que l'AGGIR n'intègre pas suffisamment l'environnement social et physique de la personne, un aspect essentiel pour une évaluation holistique de la dépendance.

Le rapport du Sénat de 2023 renforce cette critique en notant que, malgré les améliorations apportées, l'AGGIR continue de ne pas fournir une évaluation exhaustive des besoins, servant davantage de critère d'éligibilité à des prestations légales ou extra-légales, ce qui peut conduire à une réponse inadéquate aux besoins d'assistance des individus. En effet, l'absence d'une base scientifique solide pour l'AGGIR peut engendrer des inégalités d'accès aux prestations (Sénat, 2023), exacerbant ainsi les disparités dans le soutien offert aux personnes âgées.

En revanche, le SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) canadien, recommandé dans le rapport Vasselle de 2008, émerge comme une alternative plus adaptée. Ce système permet l'évaluation de 29 fonctions regroupées en cinq domaines principaux – activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales et tâches domestiques – et facilite la mise en place d'un plan d'intervention personnalisé (Sénat, 2023). L'approche du SMAF, en tenant compte de diverses dimensions de la vie quotidienne, offre une perspective plus globale et personnalisée, adaptée aux besoins spécifiques des individus.

## **Approches distinctes de prise en charge : « universelle financière » en France et « communautaire » au Canada**

Sur le plan macroéconomique, la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France est marquée par un modèle d'assurance universelle qui prévoit que l'État finance environ 80% des dépenses liées à la santé et à l'hébergement, tandis que le reste est à la charge des ménages. Le rapport Libault (2019) prévoit une augmentation significative du nombre de personnes âgées dépendantes, estimant qu'elles passeront de 1,3 million en 2017 à 2,2 millions d'ici 2050. Cela pose des défis importants pour la durabilité du système, d'autant plus que la création en 2020 de la cinquième branche de la Sécurité sociale, pilotée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), vise à répondre à des besoins croissants de financement (Vie publique, 2021). Malgré ces efforts, la grille AGGIR demeure critiquée pour son manque de reproductibilité entre les évaluateurs, l'absence de critères clairs pour les différentes catégories de GIR et une prise en compte insuffisante des démences (Rapport Vasselle, 2008). Ces lacunes peuvent avoir un impact direct sur l'évaluation de l'éligibilité à

l'APA et le montant des prestations, sans fournir une évaluation précise des besoins spécifiques.

En contraste, la mission des CLSC, axée sur des services de première ligne intégrés et accessibles, soulève des enjeux clés pour les politiques de santé publique, en particulier dans le contexte de l'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population et à la prévalence accrue de problèmes de santé mentale et sociale. Leur rôle multidisciplinaire et leur ancrage dans la communauté visent à répondre à ces besoins de manière globale, mais les ressources limitées et les disparités socio-territoriales peuvent compromettre l'atteinte de cette mission. La recherche montre que, malgré leur contribution à la réduction des hospitalisations et à l'amélioration du maintien à domicile des aînés, les CLSC sont confrontés à des contraintes budgétaires qui restreignent leur capacité à offrir des soins uniformes à l'ensemble des usagers (Mellon, 2004 ; Hébert, 2022). En outre, la dépendance accrue aux organismes communautaires pour pallier ces limites, bien qu'essentielle, ajoute un niveau de complexité à la coordination des soins et renforce le besoin de partenariats efficaces pour assurer une couverture complète et cohérente des services (Trahan et Caris, 2002). Enfin, la variabilité des services offerts en fonction des territoires souligne la nécessité de réformes visant à réduire les inégalités d'accès, en particulier pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes présentant des troubles mentaux. Ce constat met en évidence des pistes de recherche supplémentaires pour évaluer l'efficacité des modèles de gouvernance et de financement dans la réduction des disparités régionales et dans l'optimisation de l'accessibilité aux soins de première ligne.

### **Considérations socioculturelles et implications des représentations sociales**

Au-delà des différences structurelles et financières, il est essentiel de prendre en compte les représentations sociales de la dépendance qui influencent les attitudes et les comportements envers les personnes âgées dans chaque contexte. En France et au Canada, les perceptions socioculturelles de la vieillesse et de la dépendance façonnent les politiques publiques et les pratiques de soins. Ces représentations, comme le soulignent Moscovici (1961), Jodelet (1984 ; 2015) ; Apostolidis (2017) et de Condappa et al. (2021), révèlent que les dispositifs publics de prise en charge ne sont pas seulement techniques, mais qu'ils incarnent également les attitudes, les opinions et les normes sociales partagées au sein d'un contexte socio-culturel donné.

L'intégration de la théorie des représentations sociales dans cette analyse offre un cadre pour comprendre comment les croyances et valeurs collectives façonnent les orientations des politiques publiques. Par exemple, en France, la vision collective de l'autonomie et de la solidarité envers les personnes âgées peut influencer les choix de financement et d'évaluation, alors qu'au Canada l'approche communautaire peut refléter une valorisation de la proximité et du soutien social. Les réponses institutionnelles telles que l'APA et les CLSC peuvent ainsi être vues comme des manifestations des attentes collectives, fournissant des « grilles de lecture » qui orientent les décisions en matière de politique publique.

En somme, cette analyse comparative des outils d'évaluation de la dépendance souligne l'importance d'adapter les systèmes aux besoins spécifiques des individus tout en tenant compte des représentations sociales qui sous-tendent ces systèmes. En identifiant les lacunes et les forces des outils tels que l'AGGIR et le SMAF, ainsi que les modèles de prise en charge en France et au Canada, ce papier ouvre la voie à des recherches futures. Ce travail invite notamment à explorer comment les perceptions socioculturelles et les représentations de la dépendance influencent non seulement l'évaluation et la prise en charge, mais aussi l'efficacité et l'adaptabilité des politiques publiques dans un contexte de vieillissement démographique croissant.

## **Conclusion**

En comparant les dispositifs de prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et au Canada, cet article met en évidence deux modèles à la fois complémentaires et distincts. Le système français, fondé sur une approche universelle et des allocations diversifiées, et le modèle canadien, axé sur une prise en charge communautaire et multidisciplinaire, traduisent des différences structurelles profondes ainsi que des représentations sociales variées de la dépendance. Ces contextes culturels distincts façonnent les politiques publiques et influencent directement les perceptions des besoins des aînés.

L'analyse des outils d'évaluation, notamment la grille AGGIR en France et le SMAF au Canada, souligne l'urgence d'intégrer des dimensions sociales et environnementales dans les dispositifs d'évaluation afin d'offrir une prise en charge plus personnalisée et équitable. En France, les critiques persistantes concernant l'AGGIR mettent en lumière une nécessité de réforme pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées. De son côté, l'approche canadienne, bien que plus holistique, se heurte à des défis liés à la répartition des ressources et aux disparités territoriales.

Au-delà des aspects organisationnels, cet article met en lumière le rôle central des représentations sociales dans la construction et la mise en œuvre des politiques publiques. Ces représentations influencent profondément les attitudes envers la dépendance, les choix institutionnels et les priorités d'investissement. Elles montrent également que les dispositifs publics, tels que l'APA ou les CLSC, incarnent des attentes collectives ancrées dans les spécificités culturelles de chaque société.

Face à ces constats, il est essentiel de poursuivre les réflexions et d'explorer des pistes de recherche pour enrichir les approches actuelles. Dans cette perspective, plusieurs questions clés méritent d'être approfondies :

- Représentations sociales et acceptabilité des dispositifs : Quelles sont les perceptions des populations et des professionnels sur les dispositifs comme l'APA en France ou les CLSC au Canada, et comment influencent-elles leur mise en œuvre ?

- Croyances culturelles et financement : Dans quelle mesure les croyances collectives autour de la vieillesse et de la dépendance orientent-elles les choix de financement et de priorisation des soins dans chaque pays ?
- Transformation des représentations sociales : Comment les évolutions démographiques, économiques et sociales impactent-elles les représentations sociales de la dépendance, et quelles sont leurs implications pour la durabilité des modèles de prise en charge ?
- Évaluation des dispositifs par les bénéficiaires : Quels retours d'expérience des personnes concernées et de leurs aidants pourraient guider des ajustements ou innovations dans les politiques publiques ?
- Réduction des disparités régionales : Comment les modèles actuels peuvent-ils être adaptés pour minimiser les inégalités d'accès aux soins, notamment dans des contextes territoriaux ou économiques variés ?

En soulevant ces interrogations, cet article vise à ouvrir la voie à des recherches futures capables de repenser les politiques publiques de dépendance et de répondre aux défis croissants d'un vieillissement démographique accéléré.

## Références bibliographiques

Anja, B., Kevin, C., Hannes, K., Amélie, K., & Sophie, I. (2021). La comparaison comme méthode et objet : L'apport d'un parcours transdisciplinaire pour réfléchir au franco-allemand. *Revue de la jeune recherche franco-allemande*, 14. <https://doi.org/10.4000/trajecoes.6864>

Apostolidis, T. (2017). Representações sociais, educação e saúde : Um enfoque multidisciplinar. In *Représentations sociales et santé : Perspectives théorico-pratiques* (pp. 155–169).

Assemblée nationale. (2018). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). <https://www.assemblee-nationale.fr>

Banque des territoires. (2022). Autonomie : La cinquième branche est officiellement née ce 14 mai. Banque des territoires. <https://www.banquedesterritoires.fr>

de Condappa, T. (2019). Les représentations sociales comme outil substantiel de compréhension et de réflexions des politiques de santé publique : Cas de la France et de l'Inde (Doctoral dissertation). Université de Picardie Jules Verne.

de Condappa, T., Nabi, H., Laguette, V., & Baugnet, L. (2021). Rôles des représentations sociales de la Covid-19 en contexte de confinement en France. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 129–130, 7–26.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. (2021). L'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Drees. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

Ennuyer, B. (1999). Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance. *Gérontologie et société*, 36(145), 25–35.

Gauthé, C. (2018, décembre). Les politiques de lutte contre la dépendance des personnes âgées. CNFPT. <https://www.wikiterritorial.cnfpt.fr>

Grenier, J., Marchand, I., & Bourque, M. (2021). Les services de soutien à domicile au Québec : Une analyse des réformes (1980-2020). *Nouvelles pratiques sociales*, 32(1), 26–46. <https://doi.org/10.7202/1080868ar>

Hassenteufel, P. (2005). De la comparaison internationale à la comparaison transnationale : Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques. *Revue française de science politique*, 55(1), 113–132.

Hébert, R. (2022). Les soins et services aux personnes âgées au Québec. *Journal du droit de la santé et de l'assurance*, 31, 62–68.

Kuntzmann, F. (1980). Objectifs de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées. *La Revue de Gériatrie*, 5(8), 363–365.

Institut national de la statistique et des études économiques. (2014). Personnes âgées dépendantes. INSEE. <https://www.insee.fr>

Jodelet, D. (1984). *Représentations sociales : Phénomènes, concept et théorie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Jodelet, D. (2015). *Représentations sociales et mondes de vie*. Paris : Editions des archives contemporaines.

Le Bihan-Youinou, B. (2013). La politique en matière de dépendance : En France et en Europe : Des enjeux multiples. *Gérontologie et société*, 36(2), 13–24.

Le Bihan-Youinou, B. (2010). Quelles politiques pour la dépendance en Europe ? Dans *La dépendance des personnes âgées : Quelle réforme ? Informations sociales*, 157(1), 124–133.

Lescure, S., Soyer, L., & Tanda, N. (2022). L'UE 3 en 150 cartes mentales - UE 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 et 3.5 "Sciences et techniques infirmières – Fondements et méthodes". Paris : Vuibert.

Ministère des solidarités, de l'autonomie, et de l'égalité entre les femmes et les hommes. (2024). L'allocation personnalisée d'autonomie (APA). <https://solidarites.gouv.fr>

Mellon, J. F. (2004). Les centres de services communautaires : Une expérience au Québec. *Revue Laennec*, 52(3), 39–48.

Organisation mondiale de la Santé. (2024, 1 octobre). Vieillesse et santé. WHO. <https://www.who.int/fr>

Québec. (n.d.). Centre local de services communautaires (CLSC). Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca>

Libault, D. (2019). Concertation grand âge et autonomie. Ministère des Solidarités et de la Santé.

Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris : Presses Universitaires de France.

Renaut, S. (2004). Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille Aggir. *Gérontologie et société*, 36(145), 83–107.

Roudier, M., & Al-Aloucy, M. J. (2004). Analyse en composantes principales de la grille AGGIR chez les patients âgés déments. *Revue neurologique*, 160(5), 555–558.

Santé publique France. (2022, 30 novembre). Bien vieillir. <https://www.santepubliquefrance.fr>

Sénat. (2023). Bien vieillir chez soi : C'est possible aussi ! <https://www.senat.fr>

Trahan, L., & Caris, P. (2002). Le système québécois d'aide et de soins aux personnes âgées. *Santé, société et solidarité*, 1(2), 83–92.

Turcotte, P. C. (2021). L'outil d'évaluation multi-clientèle comme mécanisme de contrôle des soins à domicile : Une analyse poststructuraliste. *Recherche des soins infirmiers*, 7(3), 7–18.

Urbain B. (2023, 16 mai). *Les politiques en faveur des personnes âgées*. CNFPT.

Vie publique (2021, 2 décembre) *Qu'est-ce qu'une personne dépendante ?*

Vigour C., 2005. *La comparaison dans les sciences sociales*. Paris, La Découverte.

Warchol N., 2012. Dépendance *Les Concepts en Sciences Infirmières*.147-150.