



LE SOUTIEN A L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES A L'HORIZON 2030

Conseil de l'âge
Tome 1 du rapport : Etat des lieux

Rapport adopté le 7 novembre 2018

Introduction.....	5
I) Les personnes âgées en situation de perte d'autonomie : situation actuelle	8
A) Définition	9
B) Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie	11
1) Nombre de bénéficiaires de l'APA.....	11
2) Evolutions.....	12
3) Prévalence de la perte d'autonomie à partir de données d'enquête	15
4) Approche par la fragilité.....	18
C) Evolution récente de la prévalence de la perte d'autonomie	20
1) A domicile : des évolutions récentes qui semblent indiquer une diminution de la prévalence par âge mais des durées en perte d'autonomie plus longues	21
2) En établissement : une augmentation du niveau de perte d'autonomie	25
D) Caractéristiques démographiques et socioéconomiques des bénéficiaires de l'APA	27
1) Age	28
2) Niveau de dépendance.....	30
3) Sexe	33
4) Vie seul ou en couple	34
5) Revenus	35
6) Patrimoine des personnes âgées	39
7) Isolement relationnel des personnes âgées en perte d'autonomie	40
E) Localisation géographique des bénéficiaires de l'APA.....	43
F) Lieux de vie.....	45
1) Répartition par lieux de vie	45
2) Nombre de résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.....	47
3) Déterminants socioéconomiques connus du mode d'hébergement des personnes âgées dépendantes.....	50
4) Durée de séjour en établissement d'hébergement et parcours résidentiel des personnes âgées (EHPA).....	51
II) Etat de santé des personnes âgées	54
A) Santé perçue et causes de morbidité des personnes âgées.....	54
B) Santé fonctionnelle : incapacités et dépendance	57
C) Consommation de soins de ville chez les personnes âgées.....	60
1) Postes de dépenses	60
2) Recours.....	60
3) La poly-consommation médicamenteuse	61
D) Hospitalisations.....	62
1) Fréquence et motifs des hospitalisations.....	62
2) Durée des séjours.....	63
3) Part des séjours non programmés	63
4) Ré-hospitalisations	64
5) Recours aux urgences.....	65
E) Poids de la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA)	68
1) La maladie et les malades	68
2) Le nombre de malades.....	73
3) La prise en charge	73

III) La prise en charge des personnes en perte d'autonomie	79
A) La politique de soutien à domicile.....	79
1) L'APA à domicile : des plans bridés	79
2) Les aides techniques	87
3) L'adaptation du parc de logements	92
4) Un déficit en services de proximité.....	98
5) Les aidants.....	99
6) Un développement lent et insuffisant de l'accueil temporaire	103
7) Une organisation des services à domicile à réformer et des métiers à valoriser	110
8) La question des restes à charge à domicile	112
B) Entre le domicile individuel et l'établissement médicalisé : l'habitat alternatif ou regroupé, une autre voie possible	114
1) Principales caractéristiques de l'habitat alternatif/regroupé et déterminants à l'entrée.....	116
2) Les composantes de l'offre d'habitat alternatif/regroupé	117
3) En définitive, que représente aujourd'hui l'offre d'habitat alternatif/regroupé ?	130
C) L'hébergement en établissement	131
1) Comment a évolué le taux d'institutionnalisation ?	131
2) La « médicalisation » des EHPAD	132
3) L'organisation en établissement	136
4) Des restes à charge contraignants pour certains ménages en établissement	138
D) La prise en charge de la personne âgée par le système de soins	140
1) Le vieillissement et la présence territoriale des soignants	141
2) La question de la coordination et des parcours	148
3) L'accessibilité financière.....	157
E) Mobilité géographique et disparités territoriales	165
1) Mobilité résidentielle et répartition géographique des personnes âgées	165
2) Des inégalités territoriales dans l'offre consolidée domicile/ établissement ?	169
F) La gouvernance du système	191
ANNEXES	194
Annexe 1 Lettre de saisine	195
Annexe 2 Maladies neurodégénératives (MND) : trois grands types de tableaux cliniques	196
Annexe 3 Le suivi épidémiologique des MAMA	197
Annexe 4 Le recours aux aides techniques et à l'aménagement du logement à partir de l'enquête HSM	198
Annexe 5 Les aides techniques et ponctuelles dans les plans notifiés	200

INTRODUCTION

Par lettre du 13 octobre 2017, la ministre des Solidarités et de la Santé a saisi conjointement les Présidents du Haut Conseil de l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et du Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)¹ pour que leurs Conseils étudient ce que pourrait être la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à l'horizon 2030 (annexe 1).

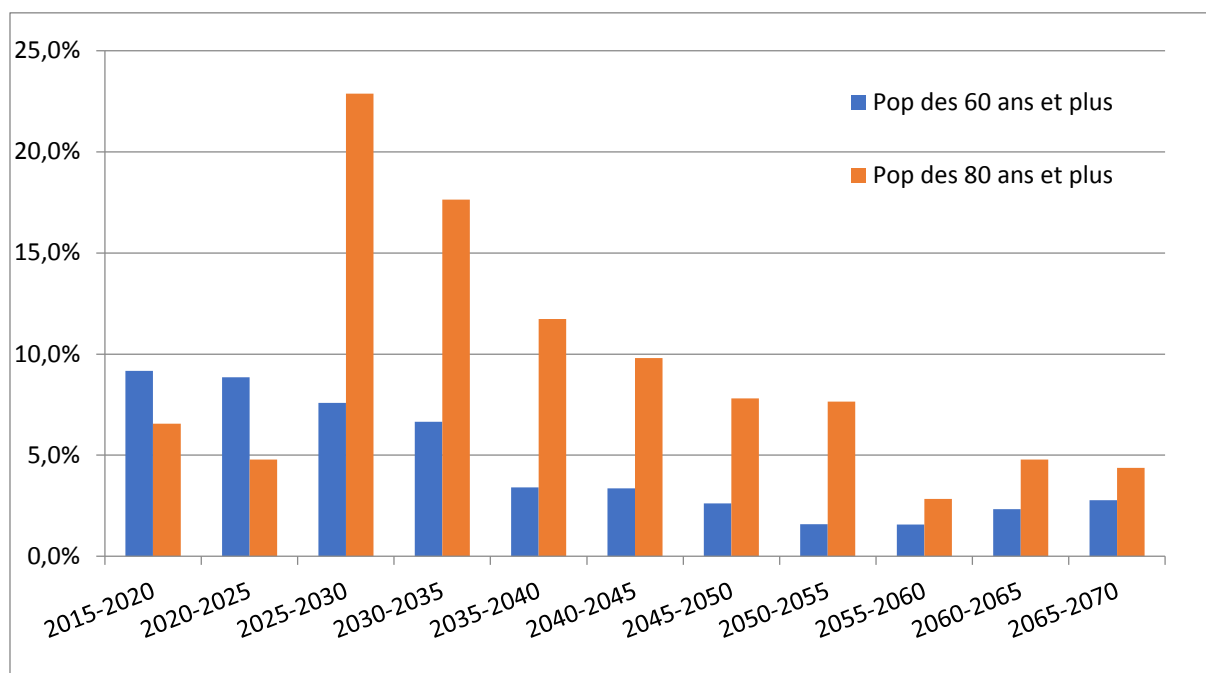
Cette saisine appelle six remarques préalables.

1) Le Conseil de l'âge a décidé de confier à une commission spécialisée en son sein le soin de proposer une terminologie nouvelle pour traiter du grand âge et de l'autonomie. Il a jugé que le vocabulaire actuel (« dépendance, perte d'autonomie, aide à domicile) était inadapté, négatif et propice à entretenir l'âgisme.

Dans l'attente du résultat de ses travaux et de leur prise en compte « officielle » le rapport utilise le vocabulaire actuel. Seul le titre, plus neutre, correspond mieux au souci du Conseil.

2) L'horizon choisi - 2030 - se situe au moment où la croissance de la population de plus de 85 ans qui est la plus concernée par la perte d'autonomie accélère sensiblement.

Graphique 1 – Accroissement de la population des 60 ans et plus et des 80 ans et plus par période quinquennale, 2015-2070



Source : Insee, 2016, Projections de population 2013-2070 pour la France Insee Résultats – n° 187

Cet horizon est suffisamment proche pour que les prévisions démographiques (hypothèse centrale des projections de l'INSEE) concernant la population en perte d'autonomie et celle des aidants familiaux soient (quasi) certaines. Il est par ailleurs peu probable que des

¹ Ce tome 1 du rapport a été élaboré par le secrétariat général du Haut Conseil, avec la collaboration d'Agnès Bocognano, Carole Bonnet, Roméo Fontaine et Stéphane Le Boulter.

innovations dans la prise en charge des maladies neurodégénératives modifient de façon radicale, du moins à cet horizon, les prévisions actuelles de prévalence et de traitement. Enfin, l'affirmation d'une politique de prévention primaire (dont on estime que sa cible devrait démarrer à quarante ans) prendra du temps ; il n'y a pas lieu d'en attendre un effet significatif sur le taux de prévalence de la perte d'autonomie à l'horizon retenu. Ces points – importants – sont discutés dans le tome 2 du rapport.

Sur quelques aspects, le rapport analyse les enjeux de politique publique au-delà de 2030.

3) La répartition des types de prise en charge des personnes en perte d'autonomie - et notamment leur partage par formes de domicile (au domicile personnel de la personne âgée, en établissement pour personnes âgées comme les EHPAD, en habitat alternatif) - dépend très largement de facteurs politiques (la consolidation de la politique de maintien à domicile, l'organisation des services médicaux et sociaux « de voisinage », l'évolution des EHPAD...). S'agissant du taux « d'institutionnalisation » des personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie – APA- (proportion résidant en EHPAD), l'enjeu est considérable : à une baisse de 10 points de ce taux à l'horizon 2030 correspondent 160 000 places d'EHPAD², les 160 000 personnes concernées restant à leur domicile ou rejoignant un habitat alternatif.

Dans ce contexte très « plastique », l'option de ce rapport est de souligner les points d'inflexion majeurs et les marges d'incertitude qui dominent l'évolution des dix prochaines années. Nous n'avons pas entrepris de définir des objectifs précis sur lesquels étayer une planification des équipements et services.

4) L'analyse rétrospective du rapport 2006 de France Stratégie montre qu'on n'a pas atteint ou qu'on n'est pas en état d'atteindre deux objectifs jugés majeurs à l'époque (la progression du taux d'allocataires de l'APA à domicile et le développement de solutions d'hébergement temporaire).

Encadré : Retour sur un exercice de projection précédent

La comparaison des évolutions observées depuis 2003 avec celles envisagées par le second rapport du Centre d'analyse stratégique « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » réalisé dans le cadre de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes », conduite par Stéphane Le Bouler, est intéressante. Ce rapport, réalisé dans le cadre de l'élaboration du plan gouvernemental Solidarité Grand Age3, a été rendu public en juin 2006. Il reste un des seuls à avoir mené un exercice de projection de ce type4.

Effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie

Les projections du nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) réalisées par la DREES dans le cadre du rapport de 2006 sont assez nettement en dessous des effectifs observés sur la période. Par rapport aux 1 007 000 personnes âgées dépendantes projetées, on comptait 1 265 036 bénéficiaires de l'APA en 2015, soit 26 % de plus.

Cette forte sous-estimation des effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie par rapport aux effectifs éligibles à l'APA s'explique par un décalage à l'origine (au moment de la confection des

² Dans l'hypothèse centrale des projections de la DREES, le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA est estimé à 1,6 millions en 2030.

³ Le *Plan Solidarité Grand Age* se substitue au plan Vieillesse et Solidarités, mis en œuvre suite à la canicule de 2003.

⁴ Un premier rapport Le Bouler (2005) s'attachait à la seule détermination du nombre de places en établissement.

projections) entre les effectifs pris en compte dans ces projections et les données administratives, biais renforcé par une montée en charge des effectifs reconnus au titre de l'APA plus importante que ce qui était attendu.

« Institutionnalisation »

Sur l'ensemble de la période, l'hypothèse était faite dans le rapport d'une stabilisation du taux d'institutionnalisation des personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) et d'une diminution du taux d'institutionnalisation pour les personnes moyennement dépendantes (GIR 3 et 4), particulièrement pour les personnes isolées⁵. Cela supposait une politique de maintien à domicile renforcée pour les personnes âgées moyennement dépendantes.

La comparaison avec les taux d'institutionnalisation observés sur la période montre que :

- Pour les GIR 1 et 2 : l'hypothèse de stabilisation du taux d'institutionnalisation n'est pas vérifiée. Une fois la montée en charge de l'APA terminée, on observe une légère augmentation ;

- Pour les GIR 3 et 4 : l'hypothèse de diminution du taux d'institutionnalisation n'est pas non plus vérifiée. Une fois la montée en charge de l'APA terminée, on observe une stabilisation du taux d'institutionnalisation.

5) Dans ce cadre incertain, il convient en priorité de définir les outils permettant de suivre en temps rapproché les évolutions en cours et de redresser en conséquence les politiques qui nous éloigneraient du scénario qu'auront retenu les pouvoirs publics.

La CNSA et la DREES notamment devraient disposer des moyens adéquats à cette fin.

6) Un questionnement sociétal qui croise nécessairement des enjeux d'éthique et de droits

La question de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie doit être appréhendée sous le prisme d'un choix de société en fonction d'enjeux étroitement liés : enjeux de solidarité individuelle, familiale et collective, enjeux d'éthique, enfin enjeux majeurs de respect des droits fondamentaux et des libertés individuelles à l'égard des personnes âgées les plus vulnérables.

La réflexion menée pourra donc utilement se nourrir des recommandations issues de deux travaux récents, l'avis 128 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) sur « Les enjeux éthiques du vieillissement »⁶ du 15 février 2018, et le Rapport Caron-Deglise de la mission interministérielle sur l'évolution de la protection juridique des personnes" du 21 septembre 2018⁷.

⁵ Le rapport exposait d'autres scénarios : deux scénarios de plus grande fréquentation des établissements (scénarios 4 et 5), un scénario de benchmark fondé sur l'hypothèse que le nombre de places évolue de manière parallèle à la population des personnes âgées de 75 ans ou plus dépendantes d'une part, et non dépendantes d'autre part, ce qui correspond à une hypothèse de taux de résidence à domicile ou en établissement constant pour ces deux catégories. Similaire à l'hypothèse DREES de taux d'institutionnalisation constant par GIR.

⁶ Avis 128 CCNE « Enjeux éthiques du vieillissement : quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles dans des établissements dits d'hébergement ? quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? »

⁷ Rapport Anne Caron-Deglise « L'évolution de la protection juridique des personnes : reconnaître, soutenir et protéger les plus vulnérables ». Voir aussi le Rapport « Droit et éthique de la protection des personnes », issue de la Sous Commission du CNBD, 4 mars 2015.

I) LES PERSONNES AGEES EN SITUATION DE PERTE D'AUTONOMIE : SITUATION ACTUELLE

Chiffres-clés

- * le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile en situation de fragilité, est estimé approximativement à 2,2 millions (avec un taux de prévalence de la fragilité autour de 15 %).
- * Fin 2016, près de 1,3 millions de personnes bénéficiaient de l'APA, soit 8% de la population de plus de 60 ans.
- * Le recours à l'APA est très fortement croissant avec l'âge : parmi les personnes âgées de 95 ans ou plus, près de 8 sur 10 en bénéficient.
- * Depuis 2008, le taux de croissance du nombre d'allocataires est sensiblement inférieur à celui de la population de plus de 60 ans. On compte depuis près de 10 ans, environ 21 000 bénéficiaires supplémentaires de l'APA par an.
- * Entre la période 2004-2006 et la période 2014-2016, l'espérance de vie à 65 ans en France a augmenté de 1,5 an pour les femmes et de 1,7 an pour les hommes. Ces gains de longévité s'accompagnent d'une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité (+0,9 an pour les femmes et +1,3 an pour les hommes) et de l'espérance de vie avec des incapacités (+0,6 an pour les femmes et +0,4 an pour les hommes).
- * En 2015, 728 000 personnes résidaient en établissements d'hébergement pour personnes âgées (dont 586 000 en EHPAD), soit 84 000 de plus qu'en 2003.
- * En 2015, près de 11 % des personnes de 75 ans et plus vivent en établissement, proportion stable depuis 10 ans.
- * En 2016, près de 41 % des bénéficiaires de l'APA résident en établissement, contre 39 % en 2008.
- * Sur la période 2007-2015, on observe : (i) une augmentation de l'âge moyen d'entrée en établissement d'environ 2 ans, pour atteindre 85 ans et 2 mois en 2015 ; (ii) une augmentation, à l'entrée en établissement, du degré moyen de perte d'autonomie : diminution de la proportion de GIR 5-6, augmentation de la proportion de GIR 3-4, mais stabilité de la proportion de GIR 1-2 ; (iii) une stabilité de la durée moyenne de séjour : 2 ans et 6 mois.

On utilise dans ce rapport des catégories d'âge parce qu'elles sont d'usage dans les enquêtes, parce qu'elles permettent de raisonner dans la durée, parce qu'elles correspondent à des dispositions juridiques, mais il faut bien entendu questionner en permanence ces catégories.

A) DEFINITION

Il existe différentes échelles pour évaluer la capacité des personnes à réaliser seules les activités de la vie quotidienne. Le nombre de personnes en perte d'autonomie et leurs caractéristiques sont régulièrement évalués à partir des enquêtes de la statistique publique, souvent en retenant plusieurs définitions car aucune ne s'impose.

On se référera principalement dans cette section aux bénéficiaires de l'APA et à la grille AGGIR pour mesurer le niveau de perte d'autonomie. Mais on complète cette approche par une analyse sur la population des personnes âgées « fragiles ».

Retenir ce critère administratif pour identifier la population en perte d'autonomie permet de s'appuyer sur les données d'aide sociale qui renseignent sur les principales caractéristiques démographiques et socioéconomiques de cette population, ainsi que sur leurs évolutions dans le temps. C'est en outre l'indicateur retenu par la DREES dans les exercices de projections qu'elle a récemment menés.

Ce choix méthodologique présente néanmoins plusieurs limites qu'il convient de garder à l'esprit.

Il conduit tout d'abord à sous-estimer l'effectif des personnes âgées en perte d'autonomie, compte tenu notamment de l'existence avérée d'un non-recours à l'APA.

Il est également vraisemblable que le recours à la grille AGGIR minimise le niveau de perte d'autonomie des bénéficiaires de l'APA : la faible fréquence des révisions des plans d'aide à domicile et des « coupes Gir/Pathos » en établissement conduisent très probablement à sous-estimer le niveau réel de leur perte d'autonomie.

Par ailleurs, les données d'aide sociale offrent des d'informations limitées sur les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de l'APA : à l'exception du sexe de l'allocataire, seules les informations qui conditionnent l'accès à l'APA (âge, GIR) ou son montant (revenu, en couple ou pas, domicile ou établissement) sont collectées. Quand cela est possible, nous nous appuyerons sur des données d'enquêtes, avec d'autres mesures de la perte d'autonomie⁸.

⁸ Si le fait de bénéficier ou non de l'APA et le GIR sont des informations collectées dans les enquêtes en population générale faite par l'INSEE ou la DREES, elles sont généralement inexploitable, car mal renseignées (méconnaissance par les enquêtés des allocations perçues, inversion de l'échelle GIR, etc.).

Encadré : Le non-recours à l'APA à domicile

La fréquence du non-recours à l'APA à domicile n'est pas connue avec précision, faute de recensement à l'échelle nationale du nombre de personnes âgées qui pourraient théoriquement y prétendre.

Le rapprochement entre les données administratives sur le nombre de bénéficiaires de l'APA d'une part et les enquêtes en population générale permettant d'approximer le nombre de bénéficiaires potentiels d'autre part a permis d'estimer entre 20 % et 28 % la part de personnes âgées ne bénéficiant pas de l'APA alors qu'elles pourraient y prétendre⁹. Ces estimations doivent cependant être considérées avec précaution : l'enquête CARE menée par la DREES en 2015, appariée avec les données administratives relatives à l'APA permettra à court terme d'affiner cette estimation du non-recours, qui apparaît aujourd'hui comme potentiellement importante.

Une analyse qualitative¹⁰ menée auprès de professionnels montre que le non-recours recouvre des situations très diverses.

La méconnaissance partielle ou totale du dispositif est un premier facteur explicatif possible. De l'avis des professionnels, la non connaissance de l'existence même de l'allocation n'aurait qu'un rôle modeste dans l'existence du non-recours, même si le point de vue des usagers conduit à nuancer ce constat. Une mauvaise connaissance ou une connaissance insuffisante du dispositif est en revanche mise en avant par de nombreux acteurs qui évoquent entre autres la crainte du recours sur succession, ou la perception de l'APA comme une prestation sous condition de ressources.

Certaines caractéristiques de l'APA pourraient également favoriser le non-recours.

La participation financière au plan d'aide qui est à la charge des bénéficiaires et le surcoût lié au différentiel entre le tarif horaire utilisé par le conseil départemental pour valoriser le plan d'aide et le tarif effectivement facturé par le service d'aide à domicile pourraient être un déterminant important du non-recours à l'APA. Il est vraisemblable que l'institution du crédit d'impôt diminuera ce non-recours.

On considère usuellement que le non-recours concerne surtout des personnes ayant des revenus relativement élevés. La perception de l'APA n'a guère d'intérêt monétaire pour eux (elle est plafonnée à 10% du plan d'aide) et l'essentiel de l'aide publique passe par la réduction d'impôt qui est indépendante de l'APA. Ces personnes seraient à même de gérer directement l'organisation des services auxquels ils peuvent faire appel. Cette hypothèse mériterait une analyse plus poussée.

Sont également évoqués pour rendre compte du non-recours :

- la lourdeur et le caractère parfois intrusif des démarches administratives (certaines questions sur le revenu ou le patrimoine dépasseraient les informations nécessaires au calcul du taux de participation, donnant corps à la crainte du recours sur succession) ;
- les contraintes horaires qu'impose la mise en œuvre du plan d'aide, le manque de flexibilité des services d'aide ou encore la forte rotation du personnel intervenant ;
- le volonté personnelle de pas recourir à l'APA : difficulté à faire entrer dans le domicile une personne extérieure au ménage, déni d'un besoin de prise en charge professionnelle, préférence pour une aide familiale, refus des aidants familiaux pour qui le recours à l'APA signifierait leur incapacité à faire face à la situation, etc.

⁹ Méлина Ramos-Gorand (2016), « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain », Les dossiers de la DREES, n°10, DREES.

¹⁰ Méлина Ramos-Gorand (2016), *op. cit.*

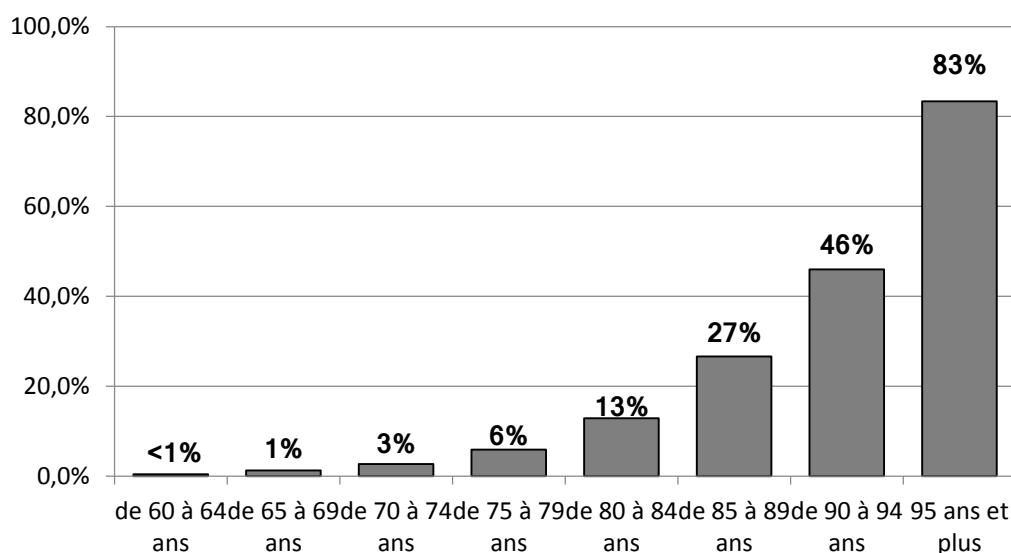
B) NOMBRE DE PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE

1) Nombre de bénéficiaires de l'APA

Selon l'enquête *Aide sociale* de la DREES, on comptait (France entière hors Mayotte) 1 285 462 bénéficiaires de l'APA en décembre 2016, soit près de 8 % de la population française âgée de 60 ans et plus.

La proportion de bénéficiaires de l'APA croît cependant très fortement avec l'âge pour atteindre 46 % chez les 90-94 ans et 83 % chez les 95 ans et plus (graphique 2). L'évolution de la structure par âge de la population âgée de 60 ans et plus, qu'on étudiera dans le tome II, est donc déterminante dans l'analyse de l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA.

Graphique 2. Proportion de bénéficiaires de l'APA au sein de la population totale, par classe d'âge (décembre 2016)



Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

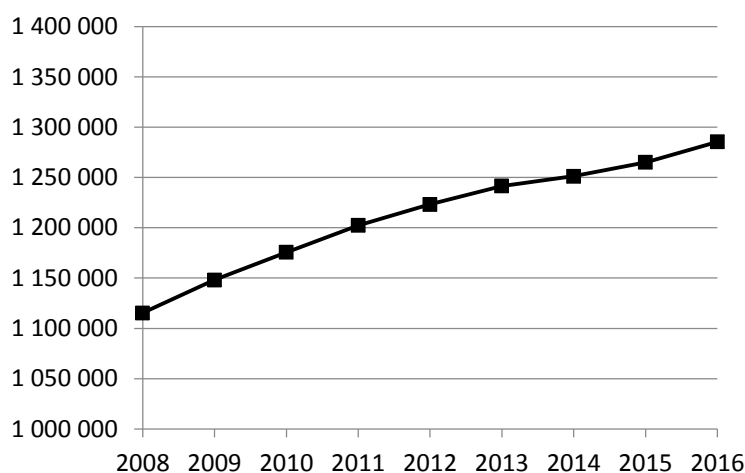
Sources : DREES, enquête *Aide sociale* 2016 ; INSEE, *Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017)*.

Depuis 2008, on compte en moyenne 21 250 bénéficiaires supplémentaires par an (graphique 3).

2) Evolutions

L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA est cependant moindre qu'attendue au regard du vieillissement de la population observée sur la période. Si la proportion de bénéficiaires de l'APA par âge était restée identique sur la période 2008-2016, le vieillissement de la population, chez les 60 ans et plus, aurait dû conduire à une croissance plus soutenue du nombre de bénéficiaires (graphique 4). Entre 2008 et 2016, le nombre de bénéficiaires de l'APA a augmenté de 170 000 individus (+ 15 %). Toutes choses égales par ailleurs, le vieillissement de la population observé sur la période aurait dû à lui-seul conduire à une augmentation de 250 000 bénéficiaires de l'APA (+22 %).

Graphique 3. Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA (domicile et établissement) depuis 2008



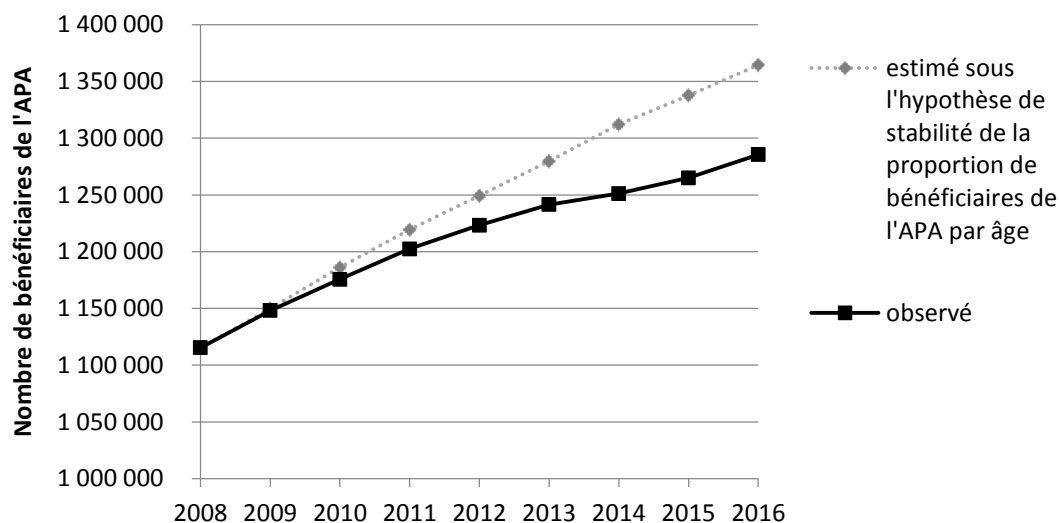
Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source : DREES, enquête Aide sociale 2016.

Cette moindre augmentation effective est due à une diminution du taux de bénéficiaires de l'APA par âge¹¹ (graphique 5) qui pourrait résulter d'une diminution de la prévalence par âge de la perte d'autonomie. Autrement dit, la diminution de la prévalence de la perte d'autonomie, discutée plus en détail dans la suite du rapport, compenserait en partie l'effet du vieillissement de la population. On ne peut cependant pas exclure d'autres explications à la diminution du taux de bénéficiaires par âge de l'APA, telles que l'augmentation du non recours ou une mise en œuvre plus stricte des critères d'admission.

¹¹ La hausse observée chez les 85 ans et plus ne compense pas la diminution observée chez les moins de 85 ans, si bien que la proportion de bénéficiaires de l'APA parmi les 60 ans et plus diminue après standardisation par l'âge entre 2008 et 2016.

Graphique 4. Effet estimé du vieillissement de la population sur le nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2008 et 2016.

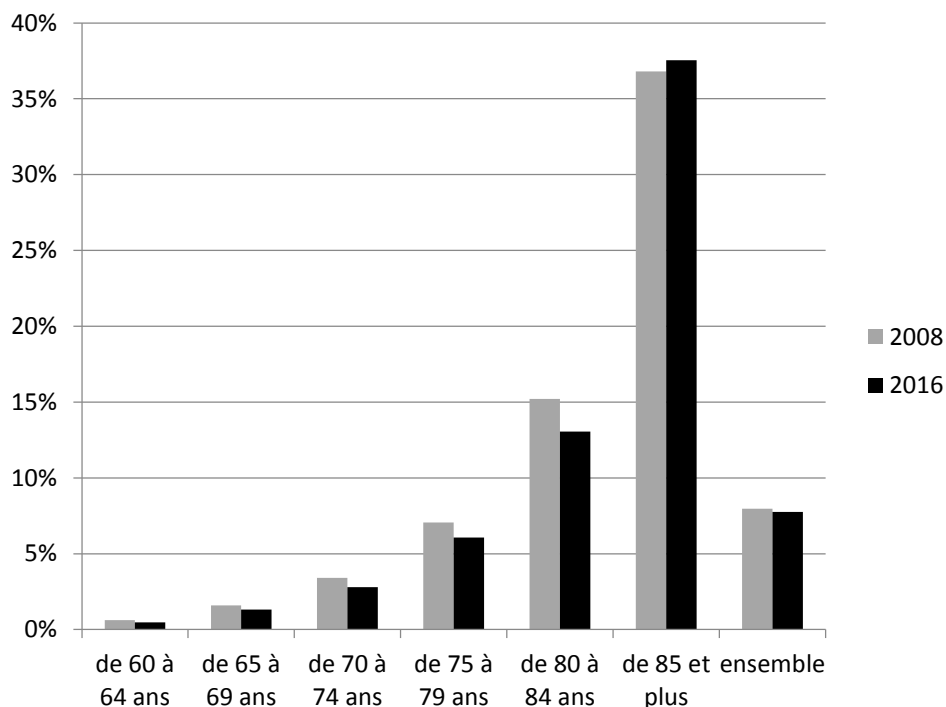


Lecture : la courbe en trait plein représente les effectifs observés de bénéficiaires de l'APA à partir des données d'Aide sociale. La courbe en pointillé représente les effectifs de bénéficiaires de l'APA que l'on aurait observés si les proportions de bénéficiaires de l'APA par âge étaient restées identiques à celles observées en 2008.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source : Nombre de bénéficiaires de l'APA : DREES.

Graphique 5. Proportion de bénéficiaires de l'APA (à domicile ou en établissement) au sein de la population totale, par classe d'âge (en décembre 2008 et décembre 2016)



Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources : DREES, enquête Aide sociale 2008 et 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2009 et 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Encadré : Probabilité de bénéficiaire de l'APA et durée moyenne de perception

Une personne sur quatre bénéficierait de l'APA avant de décéder...

Actuellement, selon les estimations de l'INSEE obtenues à partir du modèle de microsimulation dynamique Destinie, 25 % des personnes bénéficieraient de l'APA à un moment ou à un autre avant leur décès¹².

... pour une durée moyenne trois ans et sept mois

La durée en dépendance (toujours au sens du bénéfice de l'APA) serait trois ans et sept mois en moyenne¹³. Cette durée est cependant très dispersée.

Pour un quart des bénéficiaires de l'APA, la durée est inférieure à 1 an et trois mois et pour un autre quart supérieure à 5 ans et 6 mois. Comme le résume la DREES, « les durées de perception les plus longues concernent généralement des femmes prises en charge en établissement et dont la perte d'autonomie s'est aggravée au cours du temps. Les durées les plus courtes concernent souvent des hommes pris en charge au domicile et déjà très dépendants au moment de l'ouverture des droits »¹⁴.

Selon les informations recueillies par le HCFEA auprès des sociétés d'assurances et institutions de prévoyance¹⁵, la durée en dépendance parmi les individus ayant souscrit une couverture assurantielle contre le risque dépendance serait en moyenne égale à 3 ans, mais les assureurs appliquent une définition de la dépendance plus restrictive que celle retenue pour bénéficier de l'APA.

Les estimations à partir de cohortes épidémiologiques¹⁶ concluent également à une durée moyenne en dépendance approximativement égale à 3 ans (3,17 ans, tableau 1) en considérant comme dépendants les individus ne pouvant pas réaliser seuls trois des quatre activités de la vie quotidienne suivantes : toilette, habillage, transfert lit-fauteuil, alimentation. Leurs résultats confirment à la fois la grande sensibilité de la durée en dépendance suivant la grille d'évaluation retenue pour qualifier la dépendance et la durée moyenne en dépendance plus importante chez les femmes que chez les hommes. A noter cependant que les durées en dépendance s'homogénéisent entre hommes et femmes à mesure que l'on restreint la définition de la dépendance

Tableau 1. Durée en dépendance selon la mesure de la dépendance (tirés de Pérès et al. 2011)

		Ensemble	Homme	Femme
Incapacité totale à faire des ADLs	Au moins 1 ADL sévère	4,77 ans	4,22 ans	5,02 ans
	Au moins 2 ADL sévère	4,40 ans	3,94 ans	4,47 ans
	Au moins 3 ADL sévère	3,17 ans	2,79 ans	3,27 ans
	Au moins 4 ADL sévère	2,84 ans	2,90 ans	2,82 ans
Incapacité partielle à faire des ADLs	Au moins 1 ADL modéré	6,52 ans	6,10 ans	6,69 ans
	Au moins 2 ADL modéré	5,17 ans	5,10 ans	5,17 ans
	Au moins 3 ADL modéré	4,5 ans	4,48 ans	4,44 ans

Echantillon d'étude : 14 062 personnes de 65 ans et plus, issues des trois cohortes Paquid (N=3 777), 3C (N=9 285) et AMI (N=1 000)

Source : Pérès K., Matharan F., Carrière I., Berr C. et Dartigues J.-F. (2011), « Projet Dépendance 4 cohortes épidémiologiques : Haute Normandie, Paquid, 3Cités et AMI », Rapport final pour le compte de la CNSA

¹² Froment et al. (2013), « Projection des trajectoires et de l'entourage familial des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 », dans Dossier Solidarité et santé, n°43, DREES.

¹³ Boneschi S. (2018), « La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie – Des profils de bénéficiaires très différents », Les dossiers de la Drees, n°29. La durée moyenne est estimée sur un échantillon de 260 000 personnes sorties de l'APA en 2011.

¹⁴ Boneschi S. (2018), *op. cit.*

¹⁵ HCFEA (2017), « Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie (rapporteurs : Carole Bonnet et Roméo Fontaine) ».

¹⁶ Pérès K., Matharan F., Carrière I., Berr C. et Dartigues J.-F. (2011), « Projet Dépendance 4 cohortes épidémiologiques : Haute Normandie, Paquid, 3Cités et AMI », Rapport final pour le compte de la CNSA.

3) Prévalence de la perte d'autonomie à partir de données d'enquête

Au sein de la population âgée de 60 ans et plus vivant à domicile¹⁷, les enquêtes « Vie quotidienne et santé » (VQS) et « Capacités, Aides et Ressources des seniors » (CARE), permettent de mesurer la prévalence de la perte d'autonomie au sein de la population à travers différentes questions sur les difficultés que les personnes rencontrent pour réaliser des activités de la vie quotidienne.

En 2014, selon l'enquête VQS¹⁸, les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile sont:

- 52 % à déclarer avoir une maladie chronique
- 27 % à déclarer des limitations fonctionnelles (physiques, sensorielles ou cognitives)
- 11 % à déclarer être fortement limités dans les activités générales.

Les limitations fonctionnelles les plus fréquemment déclarées sont les limitations physiques (tableau 2). Mais pour plus d'un tiers des 60 ans ou plus, plusieurs types de limitations se cumulent (graphique 6). Les limitations cognitives se cumulent en particulier dans plus de 8 cas sur 10 avec des limitations physiques ou sensorielles.

Quel que soit l'indicateur retenu, les prévalences augmentent avec l'âge. Les différences entre hommes et femmes se creusent par ailleurs avec l'avancée en âge, le plus souvent au détriment des femmes¹⁹.

En 2015, d'après l'enquête CARE, parmi les personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile²⁰ :

- 10,1 % sont en situation de perte d'autonomie au regard du GIR estimé à partir des déclarations de restrictions d'activités (définition large) ;
- 4,4 % sont en situation de perte d'autonomie au regard du GIR estimés à partir des déclarations de restrictions d'activités (définition restreinte) ;
- 3,3 % sont en situation de perte d'autonomie selon l'indicateur Katz ;
- 2,6 % sont en situation de perte d'autonomie selon l'indicateur Colvez.

¹⁷ Les enquêtes VQS et Care ont été menées en 2014 et 2015 auprès des ménages dits " ordinaires ", c'est-à-dire hors ménages vivant en collectivité (maisons de retraite, EHPAD, foyers, prisons, hôpitaux...) et vivant dans des habitations mobiles (mariniers, sans-abri...). Sont inclus dans le champ de l'enquête les personnes vivant dans des logement-foyers.

¹⁸ M. Bunel et A. Carrère (2017a), « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », Les dossiers de la DREES, n°13, DREES.

¹⁹ Bunel et Carrère (2017a), *op. cit.*

²⁰ M. Bunel et A. Carrère (2017b), « Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 – Premiers résultats de l'enquête CARE Ménage », Etudes et Résultats, n°1029, DREES.

Tableau 2. Prévalence de la perte d'autonomie parmi les personnes de 60 ans et plus, vivant à domicile, selon différents indicateurs – tirés de Bunel et Carrère (2017a, 2017b)

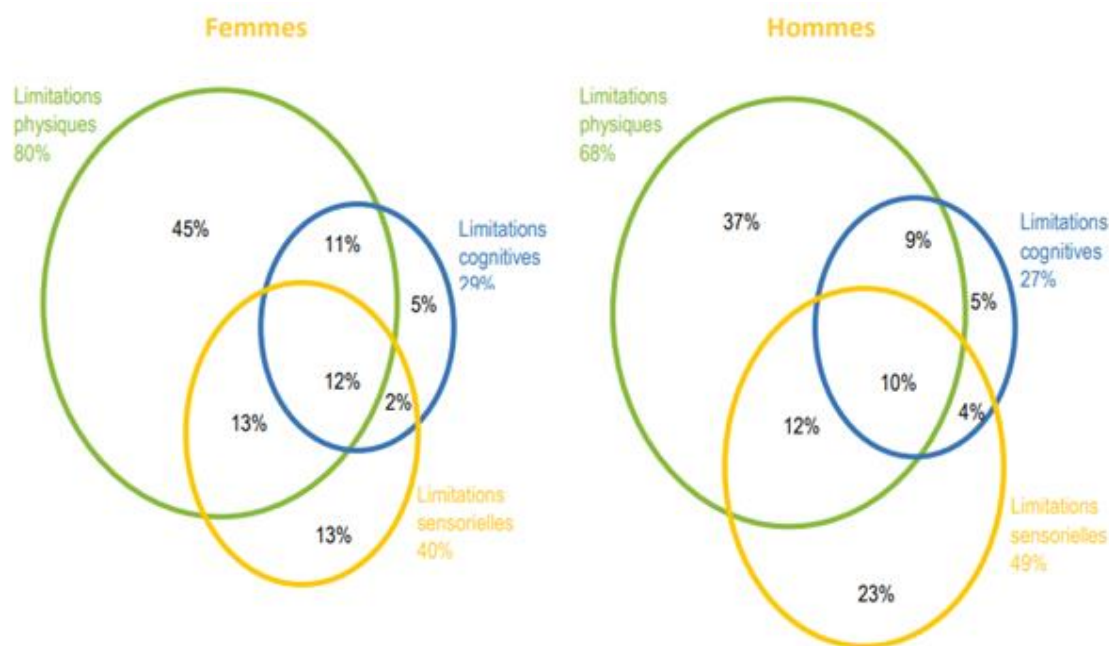
Enquête VQS (2014), DREES – France entière						
	60-74 ans (à domicile)			75 ans et plus (à domicile)		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Maladie chronique	44 %	49 %	46 %	61 %	64 %	62 %
Au moins une limitation	16 %	17 %	16 %	48 %	41 %	45 %
<i>Au moins une limitation physique</i>	13 %	11 %	12 %	39 %	29 %	35 %
<i>Au moins une limitation sensorielle (après correction)</i>	5 %	7 %	6 %	21 %	21 %	21 %
<i>Au moins une limitation cognitive</i>	3 %	3 %	3 %	17 %	14 %	15 %
Restrictions d'activité						
<i>Fortement limité</i>	6	7	6	22	18	20
<i>Au moins un peu limité</i>	26	26	26	55	49	53
<i>Difficultés pour se laver</i>	5	5	5	29	21	26
Enquête Care (2015), DREES – France métropolitaine						
	60-74 ans (à domicile)			75 ans et plus (à domicile)		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
GIR estimé (définition large)						
1-2	0,5	0,6	0,5	4,5	3,5	4,1
3-4	4,3	3,8	4,0	18,1	12,5	15,9
5	4,2	3,8	4,0	10,9	8,8	10,1
6	91,1	91,9	91,5	66,5	75,2	70,0
GIR estimé (définition restreinte)						
1-2	0,4	0,4	0,4	4,0	2,8	3,5
3-4	1,1	0,9	1,0	6,7	5,1	6,1
5	2,1	1,2	1,7	8,7	5,3	7,3
6	96,5	97,4	96,9	80,6	86,8	83,1

Indicateur Katz						
A : personnes pouvant réaliser seules les 6 activités	98,9	98,9	98,9	92,0	94,1	92,8
B-H : personnes incapables de réaliser seules au moins une des six activités	1,1	1,1	1,1	8,0	5,9	7,2
Indicateur Colvez						
1-3 : confinement au lit ou au fauteuil ou besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ou pour sortir du domicile	0,9	0,6	0,8	7,5	3,8	6,0
4 : autonome	99,1	99,4	99,2	92,5	96,2	94,0

Champ : Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile : VQS : France entière ; CARE : France métropolitaine.

Sources : enquête VQS 2014 (DREES) et CARE 2015 (DREES).

Graphique 6. Répartition des personnes de 60 ans et plus, vivant à domicile, déclarant au moins une limitation fonctionnelle selon le type de limitation, par sexe – tiré de Bunel et Carrère (2017a)



Lecture: 10% des homes de 60 ans ou plus avant au moins une limitation fonctionnelle cumulent à la fois des limitations sensorielles, physiques et cognitives.

Champ : Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile et déclarant au moins un type de limitation, France entière.

Source : Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

4) Approche par la fragilité

La fragilité est définie comme une réduction multi systémique des réserves fonctionnelles limitant la capacité de l'organisme à répondre à un stress, même mineur²¹. La société Française de gériatrie et de gérontologie la définit plus précisément de la manière suivante : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible* ».

La littérature épidémiologique montre que la fragilité, associée à la survenue d'évènements indésirables de santé (hospitalisation, chutes, etc.), est un important facteur de risque de perte d'autonomie. Dans un contexte de mise en œuvre d'actions de prévention pour réduire la perte d'autonomie, il est intéressant de connaître la prévalence de la fragilité chez les personnes qui ne sont pas en situation de perte d'autonomie et sont les cibles potentielles de diverses actions de prévention²².

Dans le modèle de FRIED²³ par exemple, la fragilité se repère à cinq signes : la perte de poids involontaire, l'épuisement ressenti, la baisse de la force musculaire, la vitesse de marche ralentie, la sédentarité. Un individu est généralement qualifié de « pré-fragile » s'il est caractérisé par une ou deux de ces dimensions, et de « fragile » s'il est caractérisé par au moins trois de ces dimensions.

A partir de deux sources de données différentes, les graphiques ci-dessous présentent la prévalence de la fragilité (au moins trois dimensions parmi les cinq) chez les plus de 55 ans vivant à domicile et sans perte d'autonomie (ne déclarant pas de restrictions dans les activités de la vie quotidienne suivantes : se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer, et utiliser les toilettes).

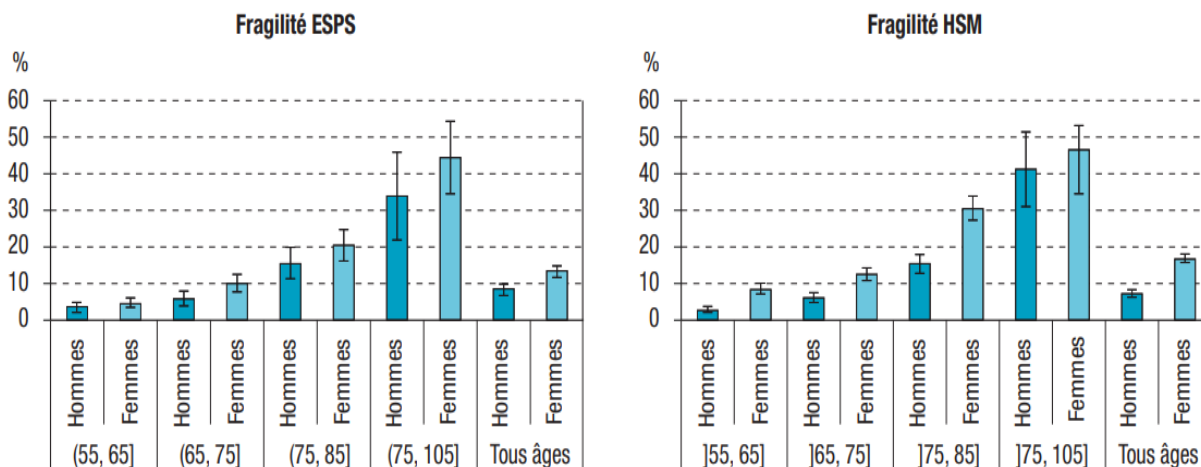
La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmente avec l'âge. Des facteurs de risque socioéconomiques de la fragilité sont également identifiables (faible revenu et faible niveau d'éducation).

²¹ A Clegg, J. Young, S. Iliffe, M.O. Rikkert, K. Rockwood (2013), "Frailty in elderly people", *Lancet*, n°381, p. 752-762.

²² A.-L. Perrine, C. Le Cossec, C. Fuhrman, N. Beltzer, L. Caracillon-Bentata (2017), « Fragilité et multimorbidité : peut-on utiliser les grandes enquêtes françaises en population pour la production de ces indicateurs ? Analyse des données d'ESPS 2012 et HSM 2008 », *BEH*, n°16-17, p. 301-310.

²³ Le phénotype de fragilité se caractérise par la présence d'un nombre critique d'altérations de la force physique, de l'activité physique, de la nutrition, de la mobilité et de l'énergie, Fried et al., 2001

Graphique 7. Prévalence de la fragilité en fonction de l'âge et du sexe chez les personnes de 55 ans et plus n'ayant pas de restrictions dans les AVQ, enquête ESPS 2012 et HSM 2008, France – tiré de Perrine et al. (2017, *op. cit.*)



Champ : Individus âgés de 55 ans et plus, vivant à domicile et sans perte d'autonomie (ne déclarant pas de restrictions dans les activités de la vie quotidienne suivantes : se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer, et utiliser les toilettes).

Source : A.-L. Perrine, C. Le Cossec, C. Fuhrman, N. Beltzer, L. Caracailion-Bentata (2017), « Fragilité et multimorbidité : peut-on utiliser les grandes enquêtes françaises en population pour la production de ces indicateurs ? Analyse des données d'ESPS 2012 et HSM 2008 », BEH, n°16-17, p. 301-310.

Toujours selon les critères de FRIED, le Plan national de prévention de la perte d'autonomie estime que parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, 30 à 40 % sont fragiles ou préfragiles, 10% ont perdu leur autonomie et 50 à 60% sont en bonne santé, dites « robustes ». L'IRDES²⁴ à partir de l'enquête SHARE, situe ce taux de fragilité plutôt autour de 15-20% pour les personnes de 65 ans vivant en ménages ordinaires. La HAS note en 2013 que « la prévalence de la fragilité dépend de la définition utilisée, comme cela est souligné par l'analyse de la littérature avec une prévalence moyenne de 10 %, mais des variations qui peuvent aller de 5 à 58 % ».

On ne dispose pas d'évaluation au niveau national du nombre de personnes dites « fragiles ». En première approximation, et compte tenu des prévalences observées dans les données d'enquête, on estime de manière approximative à près de 2,2 millions le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile, en situation de fragilité²⁵. Une estimation plus précise est cependant nécessaire.

²⁴ Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées IRDES, QES 230, février 2018

²⁵ Estimation pour l'année 2015 : 16 millions d'individus en France âgés de 60 ans ou plus, dont près de 14,5 millions vivant à domicile et pouvant faire seuls les activités de la vie quotidienne. En considérant un taux de prévalence de la fragilité de 15 % au sein de cette population, on estime, de manière approximative à 2,2 millions le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, à domicile, en situation de fragilités.

C) EVOLUTION RECENTE DE LA PREVALENCE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Chercheurs et acteurs de santé publique s'interrogent sur les répercussions attendues de l'allongement de l'espérance de vie : gagne-t-on des années de bonne santé ou vit-on plus longtemps avec des maladies ?²⁶

Le manque de données longitudinales sur l'évolution de la prévalence de la perte d'autonomie et la variabilité des indicateurs servant à la mesurer rendent difficile l'analyse précise de l'évolution de la santé fonctionnelle et des restrictions d'activités associées.

Les travaux connus sur la question présentent en particulier une limite : ils s'appuient généralement sur des prévalences issues d'enquêtes représentatives des « ménages ordinaires », excluant la population résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Or, si la prévalence par âge de la perte d'autonomie semble connaître une tendance à la baisse au sein des populations âgées vivant à domicile, on observe en parallèle une augmentation du degré de perte d'autonomie chez les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Néanmoins, parce que les individus de 75 ans et plus en établissement représentent environ 10 % de l'ensemble des individus de 75 et plus, il est peu probable que la prise en compte de l'évolution de la prévalence en établissement modifie considérablement les enseignements tirés des évolutions observées à domicile²⁷. On ne peut cependant pas conclure de manière certaine à une diminution générale de la prévalence par âge de la perte d'autonomie, et encore moins sur son amplitude, sans rapprocher les observations faites à domicile de celles faites en établissement.

A cause de l'augmentation des chances de survie aux âges élevés, une diminution de la prévalence par âge de la perte d'autonomie n'implique pas nécessairement une diminution de la durée moyenne passée en situation de perte d'autonomie. Mesurer l'ampleur d'une éventuelle diminution de la prévalence est donc crucial pour analyser l'évolution de la durée passée en perte d'autonomie : une diminution importante de la prévalence par âge pourra induire une diminution de la durée moyenne en perte d'autonomie, mais une diminution faible ou modérée de la prévalence par âge induira une augmentation de la durée moyenne en perte d'autonomie.

²⁶ E. Cambois et J.-M Robine (2017), « L'allongement de l'espérance de vie en Europe : Quelles conséquences pour l'état de santé », *Revue Européenne des sciences sociales* », n°55, p.41-67.

²⁷ C'est ce que tend à confirmer un projet de recherche mené à partir des données des enquêtes Handicap-Santé Ménage et Handicap-Santé Institution de la DREES et des données du recensement. Les auteurs montrent que l'estimation du nombre de personnes de 65 ans et plus présentant des limitations fonctionnelles dans la population française varie d'environ 2 % selon que l'on tient compte ou non du différentiel de prévalence entre domicile et institution. Si l'on restreint l'analyse aux 85 ans et plus, les écarts sont cependant plus substantiels, de l'ordre de 8 %. Cf. Cambois Emmanuelle, Jagger Carol, Nusselder Wilma, Van Oyen Herman, Robine Jean-Marie,(2016d), « Estimating Population's prevalence of disability: the impact of accounting or not for the institutionalized population in the context of international comparison », in Altman Barbara M. (ed), *International Measurement of Disability: Purpose, Method and Application*, Springer (coll. Social Indicators Research Series), p. 207-229.

1) A domicile : des évolutions récentes qui semblent indiquer une diminution de la prévalence par âge mais des durées en perte d'autonomie plus longues

a) Enseignements à partir des enquêtes de la DREES

Les enquêtes menées par la DREES ces dix dernières années mettent globalement en évidence une baisse de la prévalence de la perte d'autonomie chez les 60 ans ou plus vivant à domicile (après standardisation par âge et par sexe de la population).

Les enquêtes « Vie Quotidienne et Santé » (VQS) réalisées par la DREES en 2007 et 2014 disposent d'un questionnaire comparable et d'un mode de collecte proche. Leur champ géographique est identique (France entière hors Mayotte). Elles ne concernent cependant que les personnes vivant à domicile. La comparaison des deux vagues d'enquêtes montre une diminution pour la plupart des indicateurs retenus pour mesurer la perte d'autonomie. A structure par âge et sexe comparable, la prévalence de la perte d'autonomie est, pour tous les indicateurs, restée stable ou a diminué entre 2007 et 2014, que ce soit chez les plus jeunes (60-74 ans) ou les plus âgés (75 ans et plus), et chez les hommes ou les femmes.

Tableau 3. Evolution de la prévalence des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014 (sans standardisation) chez les 60 ans et plus à domicile – tiré de Bunel et Carrère (2017)

	60-74 ans			75 ans ou plus		
	2007	2014	Écart 2007-2014	2007	2014	Écart 2007-2014
Score VQS ≥ 40	3,5 %	2,8 %	-0,6	20,8 %	20,1 %	-0,7
Limitations fonctionnelles	20,3 %	16,4 %	-3,8	46,8 %	45,2 %	-1,6
Limitations physiques	13,7 %	11,6 %	-2,1	36,4 %	35,5 %	-1,0
Limitations sensorielles	8,4 %	6,2 %	-2,2	23,1 %	21,3 %	-1,8
Limitations cognitives	4,6 %	3,2 %	-1,4	16,3 %	15,4 %	-0,9
GALI*	10,1 %	6,5 %	-3,6	28,0 %	20,2 %	-7,8
Maladie chronique	48,1 %	46,5 %	-1,6	63,2 %	62,0 %	-1,2
Très mauvaise santé	1,3 %	1,1 %	-0,2	3,1 %	3,1 %	-0,1

GALI: *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générale ».

* : La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Lecture : En 2007, 20,3% des individus de 60-74 ans ont déclaré avoir des limitations fonctionnelles, contre 16,4% en 2014 soit écart de -3,8 points de pourcentage.

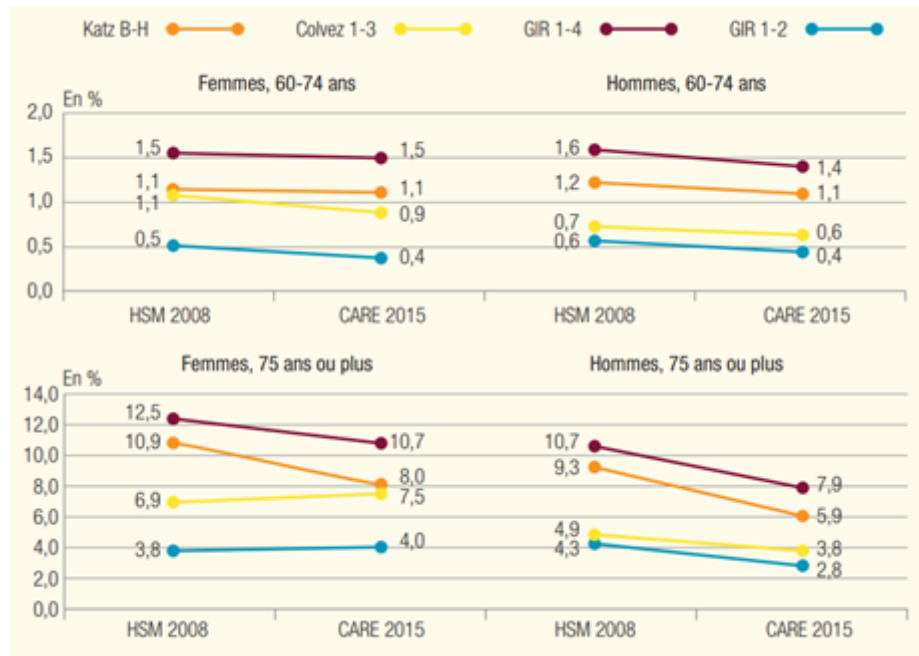
Champ : Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France entière.

Source : *Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.*

La comparaison de l'enquête « Handicap Santé – Ménages » (HSM) réalisée en 2008 et de l'enquête « Capacités, aides et ressources des seniors à domicile » (CARE ménages) réalisée en 2015 montre également une tendance à la diminution de la prévalence de la perte

d'autonomie chez les 60 ans et plus vivant à domicile, en particulier chez les 75 ans ou plus²⁸. Cette tendance serait plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

Graphique 8. Evolution entre 2008 et 2015 de la prévalence de la perte d'autonomie selon différents indicateurs, chez les individus de 60 ans et plus vivant à domicile – tiré de Bunel et Carrère (2017)



GIR : Groupe iso-ressources.

Note : Sont comparés les résultats de l'enquête Handicap-Santé ménages (HSM) de 2008 et ceux de l'enquête Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) de 2015, avec sur l'âge fin et le sexe en 2015. Les écarts de prévalence entre 2008 et 2015 ne sont significatifs au seuil de 5% que pour l'indicateur Katz B-H chez les 75 ans ou plus que ce soit pour les femmes ou pour les hommes. Les chiffres sont arrondis.

Lecture : La prévalence de la dépendance au sens de l'indicateur Katz (niveau B à H) chez les femmes de 75 ans ou plus vivant à domicile est passée de 10,9% en 2008 (à structure par âge fin et sexe de 2015) à 8,0% en 2015.

Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Sources : *Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et Ressources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.*

Cette tendance à la diminution de la prévalence de la perte d'autonomie, après standardisation sur l'âge, implique un recul de l'âge moyen d'entrée en dépendance.

b) Approche d'Eurostat via l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans

Depuis les années 1970, l'espérance de vie à la naissance augmente en France d'environ 2,5 mois par an pour les femmes et de 3 mois par an pour les hommes²⁹.

Sur la période 2004-2006, l'espérance de vie à 65 ans était en moyenne de 17,9 ans pour les hommes et 22,3 pour les femmes (Eurostat). En dix ans, elle a augmenté de 1,7 an pour les hommes et 1,5 an pour les femmes, pour atteindre, sur la période 2014-2016, 19,6 ans pour les hommes et 23,8 ans pour les femmes.

²⁸ Bunel et Carrère (2017), *op. cit.*

²⁹ J.-M. Robine et E. Cambois (2017), « Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 2015 et évolution depuis 2004 : impact de la diminution de l'espérance de vie en 2015 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°16-17, p. 294-300.

Comment se partagent ces années de vie gagnées entre années avec des incapacités et années sans incapacité ? Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) et d'espérance de vie avec des incapacités (EVI) permettent de répondre à cette question³⁰.

Il existe naturellement autant de mesures de l'EVSI et de l'EVI que de mesures d'incapacité.

Si on retient l'indicateur d'incapacité de la Commission européenne³¹, dont on peut suivre l'évolution dans le temps, l'espérance de vie à 65 ans sans incapacité a elle aussi augmenté ces dix dernières années, mais à un rythme plus faible que l'espérance de vie à 65 ans, de 1,3 an pour les hommes et de 0,9 an pour les femmes.

Selon ces évolutions, les personnes ayant atteint 65 ans entreraient donc aujourd'hui plus tardivement en situation de perte d'autonomie qu'il y a dix ans, ce qui est cohérent avec les enseignements que l'on peut tirer des enquêtes de la DREES.

L'approche en terme d'espérance de vie avec et sans incapacité montre cependant que si l'entrée en perte d'autonomie se fait en moyenne plus tardivement, les durées moyennes sont plus importantes^{32,33}.

On rappelle que ces évolutions caractérisent ici aussi la population vivant en domicile ordinaire, car elles sont tirées de l'enquête EU-SILC qui exclut de son champ les personnes résidant en institution et logements collectifs.

³⁰ L'espérance de vie sans incapacité correspond au nombre moyen d'années vécues sans incapacité dans les conditions de mortalité et de santé du moment. L'espérance de vie avec des incapacités correspond au nombre moyen d'années vécues avec des incapacités. La somme des deux est égale à l'espérance de vie J.-M. Robine et E. Cambois (2017), op. cit.

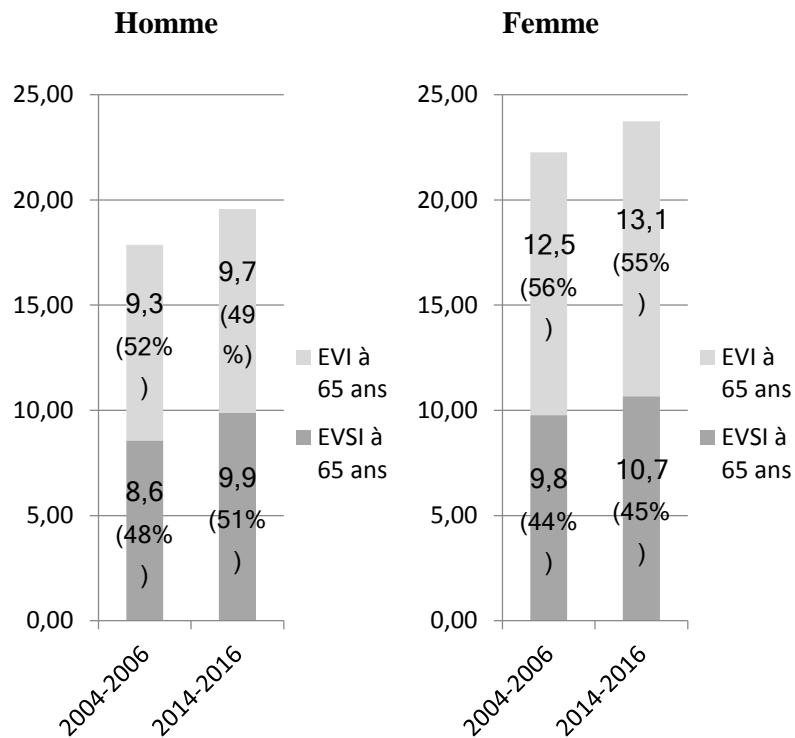
³¹ Les estimations effectuées par Eurostat s'appuient sur l'enquête annuelle européenne EU-SILC (Statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie) qui intègrent une question portant sur les limitations dans les tâches usuelles : « Etes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité doit donc être compris comme l'espérance de vie sans limitation, depuis au moins 6 mois, dans les activités que les gens font habituellement, à cause d'un problème de santé.

³² Néanmoins, en termes relatifs, la part de l'espérance de vie vécue sans incapacité a légèrement augmenté sur les dix dernières années, passant de 48 % à 51 % pour les hommes à 44 % et 45 % pour les femmes (cf. graphique 9).

³³ Une étude récente décompose les espérances de vie avec et sans incapacité en années passées avant la retraite et après la retraite, calculant en particulier une espérance de vie en retraite sans incapacité. Chez la génération née en 1960, les femmes passeraient en moyenne six ans de plus à la retraite que les hommes, mais seulement quatre années de plus sans incapacité sévère. Les projections réalisées à l'aide du modèle Destinie montrent que ces deux différences devraient diminuer pour les générations suivantes.

Cf. Alexandre Cazenave-Lacroutz et Fanny Godet (2016), « L'espérance de vie en retraite sans incapacité sévère devrait être stable pour les générations nées entre 1960 et 1990 », dans *France Portrait social*, édition 2016, INSEE.

Graphique 9. Evolution de l'espérance de vie à 65 ans et partage entre espérance de vie sans incapacité (EVSI) et avec incapacité (EVI) entre 2004-2006 et 2014-2016



Champ : France, population âgée de 65 ans et plus vivant en domicile ordinaire

Source : Eurostat, enquête EU-SILC

Encadré : Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) : illustration d'une de leurs principales limites

Les indicateurs d'EVSI construits à partir de données de prévalence présentent une limite : ils ne permettent pas de distinguer l'évolution de la probabilité de connaître une situation de perte d'autonomie (incidence) de l'évolution de la durée moyenne passée en perte d'autonomie (parmi les individus effectivement entrés en dépendance).

Cette distinction est importante dans une démarche prospective, que l'on pense aux effets d'une politique de prévention (qui pourrait éventuellement réduire la probabilité d'entrée en dépendance mais accroître la durée passée en dépendance), aux évolutions des besoins et de la demande de prise en charge, ou encore au financement de celle-ci (distribution des RAC cumulés sur plusieurs années).

Considérons pour illustrer cette limite des indicateurs d'EVSI deux populations ayant la même espérance de vie à 65 ans (et pour simplifier une même espérance de vie, que la personne passe par une situation de perte d'autonomie ou pas) mais caractérisées par un risque d'entrer en dépendance (incidence) et une durée passée en dépendance différentes :

- Population 1 : EV à 65 ans = 20 ans ; probabilité d'entrée en dépendance à 75 ans = 20 % ; durée moyenne en dépendance de 5 ans.
- Population 2 : EV à 65 ans = 20 ans ; probabilité d'entrée en dépendance à 78 ans = 50 % ; durée moyenne en dépendance de 2 ans.

Ces deux populations seront caractérisées par une même espérance de vie sans incapacité à 65 ans, égale à 19 ans, alors que le risque dépendance est de nature très différente dans les deux cas :

comparée à la population 1, l'entrée en dépendance est beaucoup plus fréquente, mais implique une durée passée en dépendance beaucoup plus courte dans la population 2.

Cet exemple illustre les limites du suivi longitudinal de l'espérance de vie sans incapacité, dont la relative stabilité peut par exemple cacher des modifications profondes de la nature du risque dépendance. Une augmentation de la probabilité d'entrée en dépendance peut par exemple être compensée par une durée en dépendance plus courte.

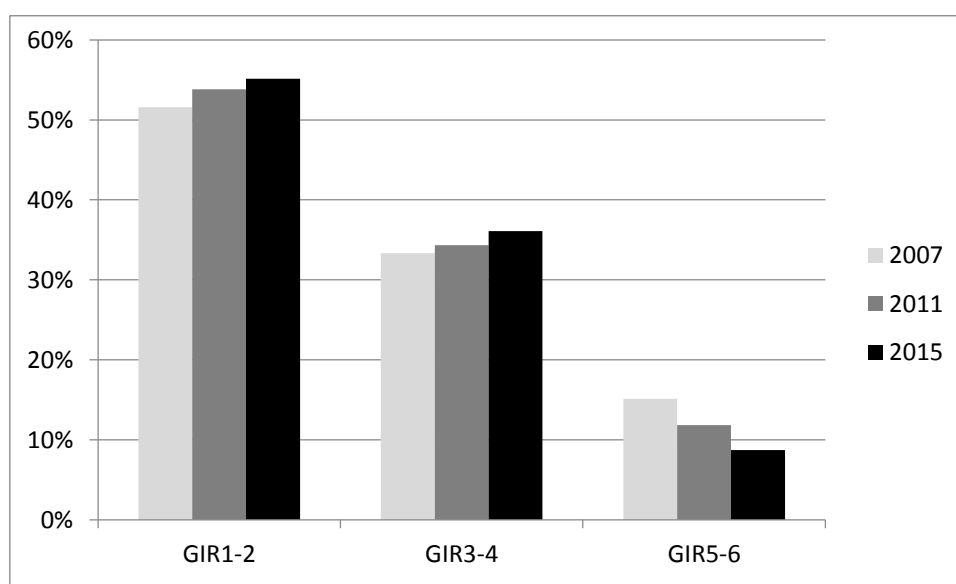
2) En établissement : une augmentation du niveau de perte d'autonomie

L'augmentation du besoin d'aide des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées est fréquemment mise en avant par les professionnels du secteur.

Les données de l'enquête EHPA (DREES) confirment sans ambiguïté cette tendance (graphique 10). La proportion de GIR 5-6 a diminué de près de moitié entre 2007 et 2015 au profit des GIR 1-2 (+3 points de pourcentage) et des GIR 3-4 (+3 points de pourcentage). Les évolutions par classe d'âges sont les mêmes, ce qui indique que cette augmentation du niveau de perte d'autonomie n'est vraisemblablement pas due à un pur effet de vieillissement de la population résidente.

Le même constat se dessine au regard de la proportion de personnes ayant des restrictions d'activités partielles ou totales pour l'une ou l'autre des activités recensées dans l'enquête (graphique 11).

Graphique 10. Répartition des résidents en 2007, 2011 et 2015 selon le GIR

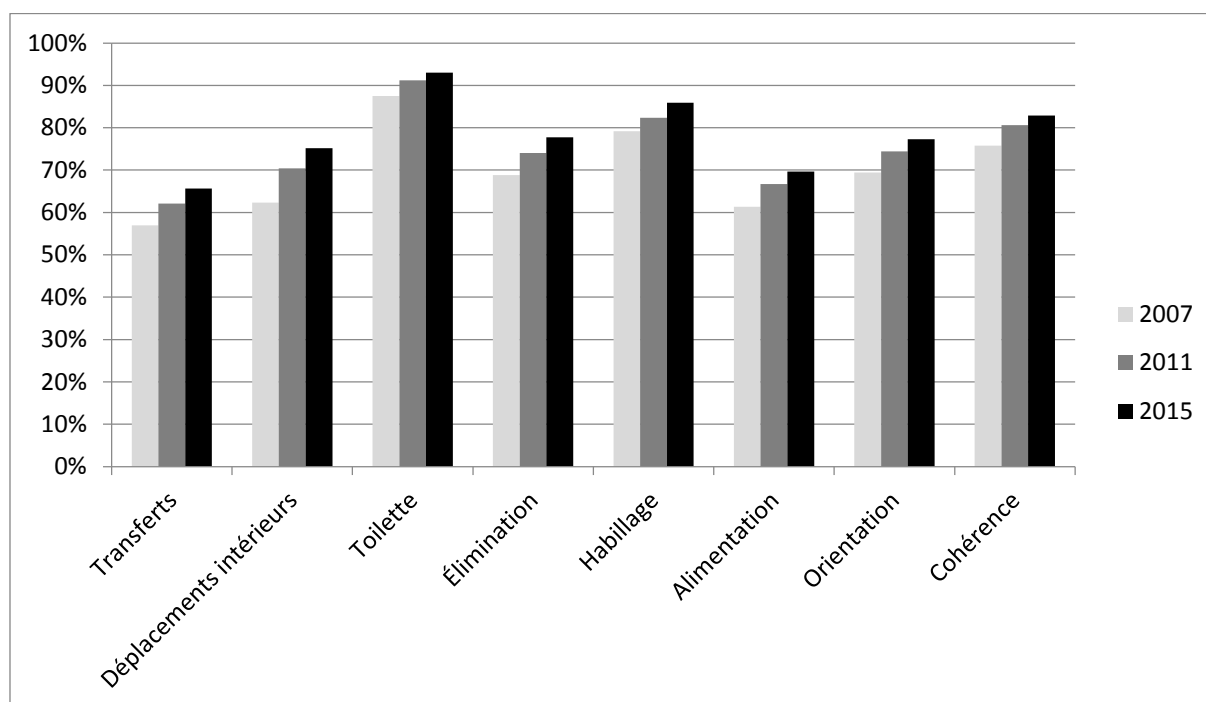


Champ : Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors logements-foyers

Source : enquête EHPA de la DREES, vagues 2007, 2011 et 2015.

Références : Muller M. (2015), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et résultats*, n°1015, DREES; Volant S. (2014), « 693 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », », *Etudes et résultats*, n°899, DREES; Prévot J. (2009), « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », », *Etudes et résultats*, n°699, DREES.

Graphique 11. Part des résidents confrontés, en 2007, 2011 et 2015, à une perte d'autonomie partielle ou totale selon le type d'activité



Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors logements-foyers et centres d'accueil de jour.

Source : enquête EHPA de la DREES, vagues 2007, 2011 et 2015.

Références : Muller M. (2015), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et résultats*, n°1015, DREES; Volant S. (2014), « 693 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Etudes et résultats*, n°899, DREES; Prévot J. (2009), « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et résultats*, n°699, DREES.

Cette augmentation du niveau de perte d'autonomie parmi les résidents est à mettre en relation avec :

- une entrée plus tardive en établissement. En moyenne, l'entrée en établissement se faisait à 83 ans et 5 mois en 2007, 84 ans et 5 mois en 2011 et 85 ans et 2 mois en 2015³⁴.
- une réduction des entrées en GIR 5-6. Ils représentaient 17,4 % des entrées en 2011 contre 14,6 % en 2015. Cette réduction de l'entrée des individus « non dépendants » au sens de l'APA se traduit par une augmentation de la fréquence des entrées des GIR 3-4 (de 37,6 % en 2011 à 40,3 % en 2015). La proportion de GIR 1-2 à l'entrée est en revanche constante (45,1 % en 2011 et 2015).

On observe par ailleurs une durée de séjour en établissement parfaitement stable depuis 2007 : 2 ans et 6 mois, et ce malgré la hausse de l'âge et du niveau de dépendance des résidents. Si l'on se restreint aux séjours en EHPAD uniquement, on observe cependant en 2015 une augmentation de la durée médiane et des durées longues.

³⁴ S. Volant (2014), op. cit. ; M. Muller (2017), op. cit.

Tableau 4. Durées de séjour en EHPA, en 2007, 2011 et 2015

	Moyenne	Q1	Médiane	Q3
Ensemble (EHPAD, Logements-foyers, EHPA non-EHPAD, USLD)				
2007	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 8 mois
2011	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 8 mois
2015	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 8 mois
EHPAD uniquement				
2007	2 ans et 4 mois	2 mois	1 an	3 ans et 5 mois
2011	2 ans et 4 mois	2 mois	1 an	3 ans et 5 mois
2015	2 ans et 5 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 7 mois

Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centre d'accueil de jour.

Sources : DREES, enquête EHPA 2007, 2011 et 2015.

Références : Muller M. (2015), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et résultats*, n°1015, DREES; Volant S. (2014), « 693 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », », *Etudes et résultats*, n°899, DREES; Prévot J. (2009), « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », », *Etudes et résultats*, n°699, DREES.

D) CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIOECONOMIQUES DES BENEFICIAIRES DE L'APA

On présente ici les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA collectées par la DREES: domicile ou établissement, âge, Gir, sexe, vie seul ou en couple, revenu.

Si le fait de vivre à domicile ou en établissement, l'âge, le Gir et le sexe sont recueillis annuellement par l'intermédiaire de l'enquête Aide sociale (DREES), ce qui permet de suivre leur évolution dans le temps, la dernière collecte relative aux autres caractéristiques (vit seul ou en couple et revenu) date de 2011. La prochaine vague de recueil de données exhaustives a été réalisé en 2018 sur les bénéficiaires de l'APA en 2017. Elle est en cours d'exploitation. Le recueil et l'analyse des informations collectées dans le cadre de l'évaluation multidimensionnelle, faite au moment d'une demande d'APA, permettrait également de disposer de données plus précises et plus récentes sur la situation, les caractéristiques et les besoins des bénéficiaires de l'APA et de leurs proches aidants.

Encadré : Des informations collectées sur les résidents plus précises au sein des établissements hors dotation globale

Deux tiers des résidents bénéficiaires de l'APA sont dans un établissement sous dotation globale et un tiers dans un établissement hors dotation globale (données DREES sur l'année 2016). Le sexe et l'âge des bénéficiaires de l'APA ne sont connus que pour les établissements hors dotation globale. Dans les chiffres présentés dans cette section, nous avons supposé que les distributions par sexe et âge étaient les mêmes que l'établissement soit ou non sous dotation globale. La distribution par GIR est quant à elle connue pour l'ensemble des établissements, même si des redressements relativement importants sont effectués par la DREES pour tenir compte des effectifs non renseignés par certains départements. L'information concernant les établissements sous dotation globale est issue des « coupes GIR », servant à déterminer le montant de la dotation, dont l'ancienneté n'est pas connue. Elle peut donc être plus ou moins éloignée de la distribution réelle par GIR des résidents au moment de l'enquête.

1) Age

S'il est possible de bénéficier de l'APA à partir de 60 ans, seuls un peu plus de 10 % des bénéficiaires sont âgés de 60 à 74 ans. Les bénéficiaires sont en majorité (plus de 50 %) âgés de 85 à 95 ans.

Sur la période 2008-2016, on observe un vieillissement de la population bénéficiaire de l'APA, que ce soit à domicile ou en établissement (tableau 5).

Tableau 5. Evolution de la structure par âge des bénéficiaires de l'APA, à domicile et en établissement, entre décembre 2008 et décembre 2016⁽¹⁾

	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans ou plus	Total
Domicile							
2008	2 %	4 %	9 %	17 %	26 %	42 %	100 %
2016	1 %	5 %	7 %	12 %	22 %	53 %	100 %
Etablissement							
2008	2 %	3 %	5 %	10 %	20 %	60 %	100 %
2016	1 %	3 %	4 %	7 %	14 %	70 %	100 %
Ensemble							
2008	2 %	4 %	7 %	15 %	24 %	49 %	100 %
2016	1 %	4 %	6 %	10 %	19 %	60 %	100 %

(1) Estimation incluant les établissements sous dotation globale, sous l'hypothèse que la distribution par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est la même au sein des établissements sous dotation globale qu'au sein des établissements hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources : *Enquête Aides Sociales, DREES*

Les bénéficiaires de l'APA sont en moyenne plus âgés en établissement qu'à domicile (graphique 12).

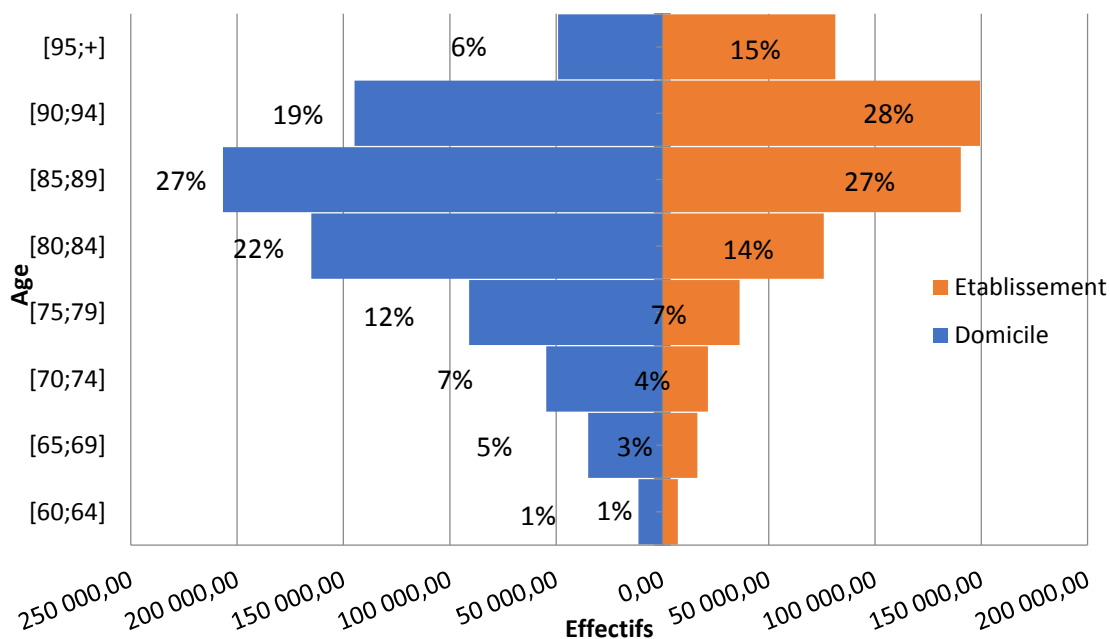
La proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement croît fortement avec l'âge, à partir de 75 ans, passant de 28 % à près de 55 % au-delà de 90 ans (graphique 13). Ce lien avec l'âge reflète en grande partie une association entre le lieu de prise en charge (domicile ou établissement) et le niveau de dépendance (cf. infra).

En revanche, le taux d'institutionnalisation des bénéficiaires de l'APA décroît avec l'âge entre 60 et 75 ans. Chez les plus jeunes bénéficiaires de l'APA, il est vrai peu nombreux, une proportion de près d'un tiers vit en établissement. Un taux de non recours à l'APA à domicile

plus important chez les personnes en perte d'autonomie de ces classes d'âges pourrait expliquer ce résultat.

Toutes choses égales par ailleurs, et à comportement inchangé en matière d'« institutionnalisation », l'évolution de la structure par âge de la population, en particulier la proportion d'individus âgés de 85 ans ou plus, affecterait donc de manière très significative à la hausse la propension des personnes âgées en perte d'autonomie à vivre en établissement.

Graphique 12. Pyramide des âges des bénéficiaires de l'APA, à domicile et en établissement⁽¹⁾
(Décembre 2016)

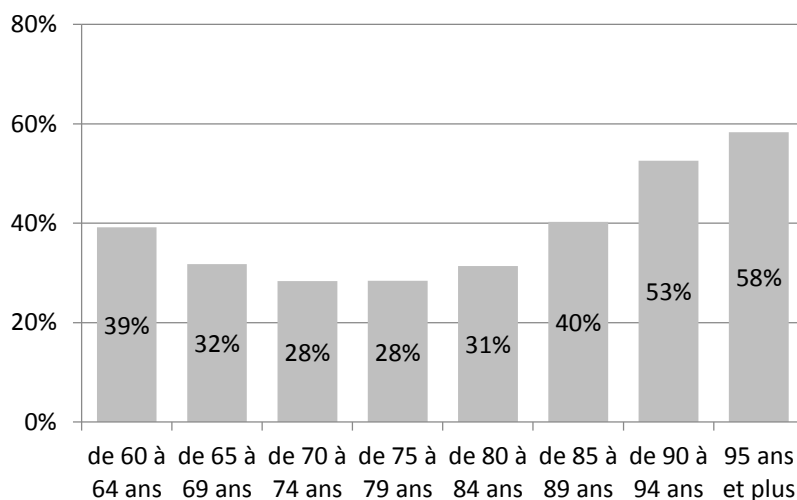


(1) Estimation incluant les établissements sous dotation globale, sous l'hypothèse que la distribution par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est la même au sein des établissements sous dotation globale qu'au sein des établissements hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Graphique 13. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement(1) parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, par classe d'âge (Décembre 2016)



(1) Estimation incluant les établissements sous dotation globale, sous l'hypothèse que la distribution par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est la même au sein des établissements sous dotation globale qu'au sein des établissements hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

2) Niveau de dépendance

Environ un tiers des bénéficiaires de l'APA en 2016 étaient en GIR 1-2, contre deux tiers en GIR 3-4 (tableau 6). La distribution par GIR des bénéficiaires de l'APA est constante sur la période 2008-2016³⁵, et ce malgré le vieillissement de la population des bénéficiaires.

Les bénéficiaires en établissement sont plus fréquemment en GIR 1-2 (59 %) que ceux à domicile (19 %).

Les bénéficiaires de l'APA en GIR 4 à domicile représentent près de 35 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA.

L'entrée en établissement apparaît donc comme fortement associée au niveau de dépendance : si les GIR 4 ne sont que 22 % à vivre en établissement, ils sont 83 % parmi les GIR1 (graphique 14).

³⁵ En 2008 : % GIR1 = 9% ; % GIR2 = 27% ; % GIR3 = 20 % ; % GIR4 = 45 %

Tableau 6. Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA (à domicile et en établissement), en décembre 2016.

	Effectif			%		
	Dom.	Etab.	Ensemble	Dom.	Etab.	Ensemble
GIR1	17 966	86 433	104399	2 %	16 %	8 %
GIR2	125 571	225 092	350 663	17 %	43 %	27 %
GIR3	169 716	93 045	262 761	22 %	18 %	20 %
GIR4	444 131	123 507	567 638	59 %	23 %	44 %
Total	757 385	528 077	1 285 462	100 %	100 %	100 %

Note : Etablissements sous dotation globale inclus.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Encadré : Les personnes classées en GIR 1 vivant à domicile

17% des allocataires du GIR 1, soit 18 000 en décembre 2016, vivent à domicile

Le GIR 1 regroupe soit les « *personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants* », soit les « *personnes en fin de vie* ».

La proportion de GIR 1 vivant à domicile (parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA en GIR 1) varie fortement d'un département à l'autre :

(i) elle croît significativement avec la proportion d'allocataires du minimum vieillesse (parmi les 60 ans ou plus) dans le département

(ii) elle décroît significativement avec le taux d'équipement en EHPAD du département.

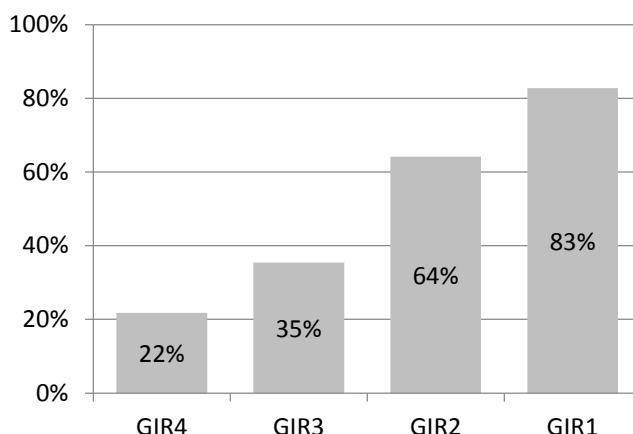
Ces deux résultats vont dans le sens d'une plus grande proportion de bénéficiaires de l'APA en GIR 1 à domicile dans les départements où l'accessibilité aux EHPAD est la plus contrainte (pour raisons financières et par manque de places)

On ne dispose pas d'études sur la durée de perception moyenne de l'APA à domicile par GIR.

On sait malgré tout, à partir des remontées individuelles APA 2006-2007 (DREES), que les GIR 1 représentaient 4 % des nouveaux bénéficiaires de l'APA à domicile en 2007, alors que les GIR 1 ne représentaient que 2 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile observé au 31 décembre 2007. Cette plus grande proportion de bénéficiaires de l'APA en GIR 1 dans le flux d'entrées, comparée à celle observée dans le « stock », indique très certainement une durée moyenne de perception de l'APA à domicile en GIR 1 relativement courte, soit à cause d'une entrée rapide en EHPAD soit à cause d'un décès arrivant rapidement après l'entrée en GIR 1.

Les données individuelles APA 2006-2007 (DREES) montrent à ce titre que près de 30 % des bénéficiaires de l'APA en GIR 1 intègrent par la suite un EHPAD et que près de 70 % décèdent sans être passé par un EHPAD.

Graphique 14. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, par GIR (Décembre 2016)

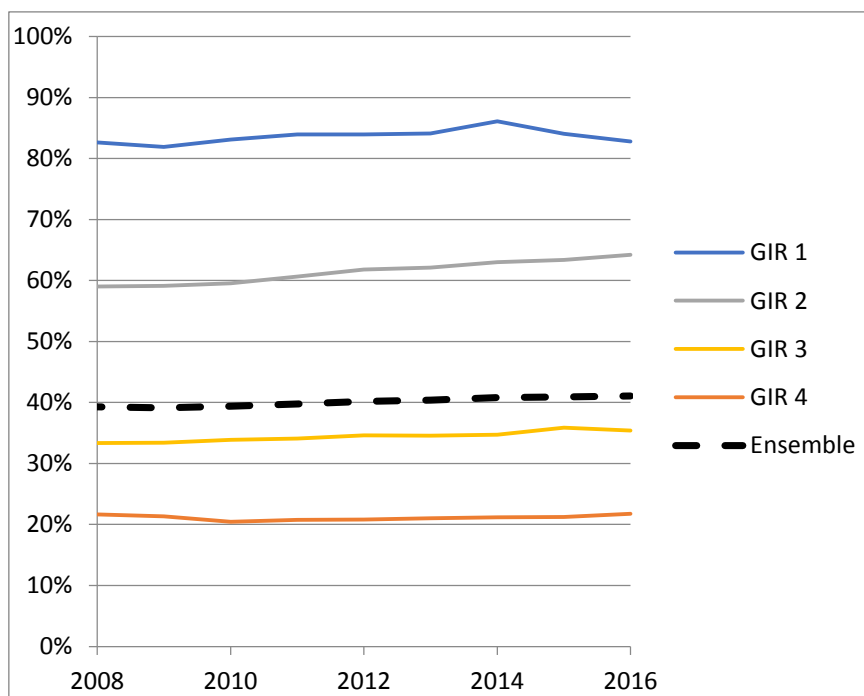


Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Chez les allocataires en GIR 4, la proportion de bénéficiaires de l'APA résidant en établissement est relativement stable entre 2008 et 2016 (21 % en moyenne sur la période). Il est en revanche à la hausse chez les GIR3, et de manière plus prononcée chez les GIR 2. Chez les GIR 1, une diminution du taux d'institutionnalisation semble se dessiner depuis 2015. Les prochaines années permettront d'observer si cette tendance se confirme et d'évaluer dans quelle mesure les réformes de l'APA à domicile intervenues à partir de la loi ASV de 2015 contribuent à cette diminution.

Graphique 15. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA selon le Gir, entre 2008 et 2016



Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources : DREES, enquête Aide sociale 2016.

3) Sexe

Près des trois quarts des bénéficiaires sont des femmes.

La proportion de femmes est identique à domicile et en établissement ce qui implique un taux d'institutionnalisation identique entre les deux sexes (41 % en 2016) alors même que les hommes sont plus souvent en couple que les femmes (cf. infra).

Tableau 7. Répartition par sexe des bénéficiaires de l'APA, en décembre 2016.

	Effectif			%		
	Domicile.	Etablissement. (1)	Ensemble (1)	Domicile.	Etablissement. (1)	Ensemble (1)
Homme	208 365	144 273	352 637	28 %	27 %	27 %
Femme	549 020	383 804	932 624	72 %	73 %	73 %
Total	757 385	528 077	1 285 462	100 %	100 %	100 %

(1) Estimation incluant les établissements sous dotation globale, sous l'hypothèse que la distribution par sexe des bénéficiaires de l'APA en établissement est la même au sein des établissements sous dotation globale qu'au sein des établissements hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Une comparaison avec 2008 montre cependant une augmentation importante, de 6 points de pourcentage, de la proportion d'hommes bénéficiaires de l'APA vivant en établissement (2008 : 35 % ; 2016 : 41 %). Chez les femmes, le taux est parfaitement stable (41 % en 2008 et 2016).

4) Vie seul ou en couple

Un quart des bénéficiaires de l'APA en 2011 vivaient en couple. L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes impliquant un risque de veuvage plus important chez les femmes que chez les hommes, la proportion de femmes en couple est très inférieure à celle des hommes (19% contre 47%).

Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont près de deux fois moins souvent en couple que ceux à domicile, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 8. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon qu'ils vivent ou non en couple, en 2011

	Domicile			Etablissement			Ensemble		
	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.
Seul	40 %	75 %	66 %	72 %	89 %	85 %	53 %	81 %	74 %
En couple	60 %	25 %	34 %	28 %	11 %	15 %	47 %	19 %	26 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011.

Source : DREES, *Données individuelles APA et ASH de 2011*.

Le fait d'être en couple a deux conséquences majeures.

a) Il réduit de moitié la probabilité d'être pris en charge en établissement

47 % des personnes âgées en perte d'autonomie seules sont en établissement contre 23 % parmi celles en couple (Tableau 9). L'augmentation attendue de la proportion de personnes âgées en perte d'autonomie en couple (analysée au tome II) devrait donc toutes choses égales par ailleurs réduire la proportion d'individus vivant en établissement.

L'effet est cependant différent entre hommes et femmes. Chez les individus en couple, aucune différence homme/femme n'est observable au regard du taux d'institutionnalisation. En revanche, parmi les personnes âgées en perte d'autonomie ne vivant pas en couple, les hommes vivent plus fréquemment en établissement que les femmes. L'étude de Désesquelles et Brouard (2003)³⁶, menées à partir des données de l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID, INSEE) confirme l'absence de différence significative entre hommes et femmes vivant en couple et le plus faible taux d'insitutionnalisation des femmes seules comparé aux hommes seules. Selon les auteurs, « les femmes, traditionnellement habituées à prendre en charge les tâches ménagères, font sans doute mieux face à la solitude que les hommes ».

³⁶ Aline Désesquelles et Nicolas Brouard (2003), *op. cit.*

Tableau 9. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, selon que l'individu est ou non en couple (2011)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Seul	54 %	45 %	47 %
En couple	24 %	23 %	23 %
Ensemble	41 %	41 %	41 %

Lecture : 41 % des hommes bénéficiaires de l'APA vivent en établissement. Ils sont 54 % à vivre en établissement quand ils ne sont pas en couple, contre 24 % quand ils sont en couple.

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011.

Source : DREES, *Données individuelles APA et ASH de 2011*.

b) Il est pris en compte dans la détermination des plans d'aide à domicile.

On ne dispose pas de données mesurant directement cette prise en compte. Mais le fait que le taux de saturation des plafonds soit nettement plus fort pour les allocataires isolés est un élément pertinent confirmant cette prise en compte.

5) Revenus

a) Niveaux de revenu

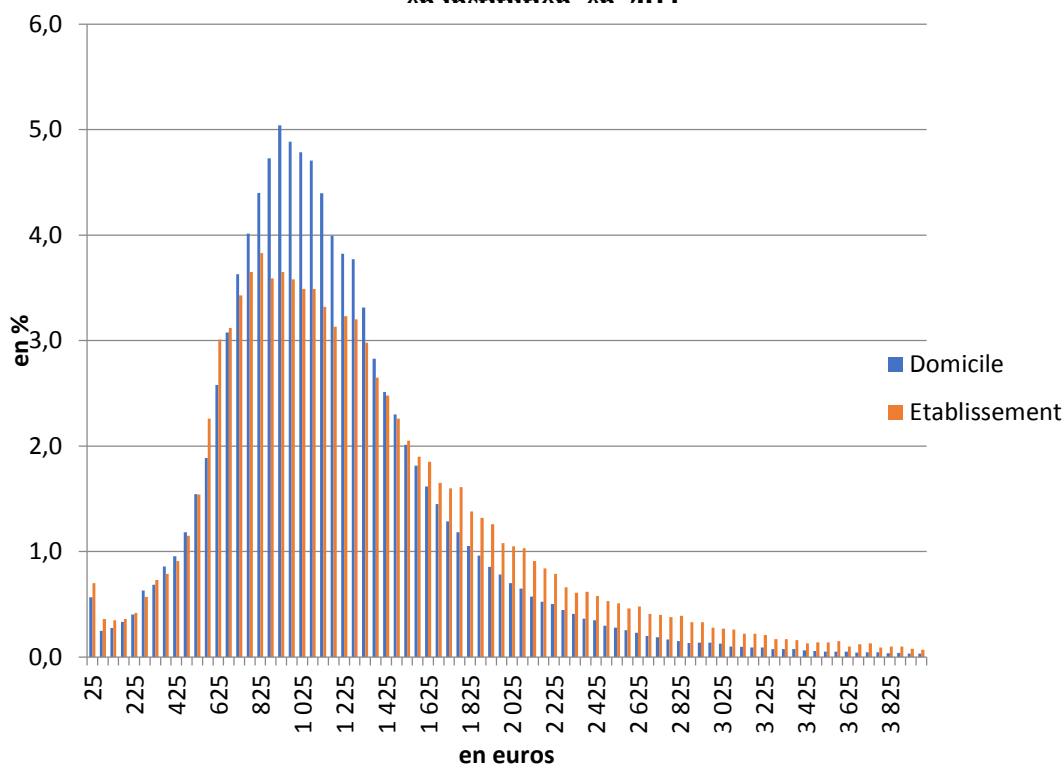
En 2011³⁷, le revenu mensuel moyen des bénéficiaires de l'APA était de 1 275€/mois³⁸. Les bénéficiaires de l'APA ont en moyenne des ressources mensuelles plus élevées en établissement (1 372€/mois) qu'à domicile (1 208€/mois).

Les données qui suivent portent sur l'assiette APA de l'allocataire : ses revenus propres s'il vit seul, 59% des revenus du couple s'il vit en couple.

³⁷ Les données administratives collectées annuellement et de manière agrégée par la DREES auprès des conseils départementaux ne permettent pas de disposer d'informations sur le revenu des bénéficiaires de l'APA. On se réfère donc ici aux données issues de l'enquête « remontées individuelles APA et ASH de 2011 ».

³⁸ A domicile, les ressources mensuelles moyennes des bénéficiaires de l'APA ont augmenté de 16,2 % en euros courants entre 2007 et 2011, soit plus rapidement que le montant brut des pensions de retraite (Bérardier, 2014). Sur cette même période, les prix à la consommation (hors tabac) ont augmenté de 6 %. Les données RI2017, collectées en 2018, permettront de vérifier la tendance à l'augmentation des ressources des bénéficiaires de l'APA.

Graphique 16. Distribution des ressources mensuelles des bénéficiaires de l'APA, à domicile et en institution, en 2011



Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011.
 Source : DREES, Données individuelles APA et ASH de 2011.

Tableau 10. Ressources mensuelles au sens de l'APA (en euros) des bénéficiaires de l'APA, en 2011

	Domicile			Etablissement		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
1^{er} quartile	867	810	825	790	832	821
Médiane	1152	1062	1085	1194	1172	1177
3^{ème} quartile	1543	1384	1428	1754	1654	1679
Moyenne	1301	1174	1208	1408	1360	1372

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011.
 Source : DREES, Données individuelles APA et ASH de 2011.

Le fait d'observer des revenus plus élevés chez les bénéficiaires de l'APA en établissement résulte d'un taux d'institutionnalisation majoritairement croissant avec le revenu (graphique 17). Parmi les individus disposant d'un revenu mensuel (au sens de l'APA) de moins de 1000 euros, près de 34 % vivent en établissement. Ceux disposant d'un revenu supérieur à 2800 euros par mois résident en établissement à près de 60 %.

Compte tenu de l'importance des restes-à-charge en EHPAD, il est vraisemblable que le revenu mensuel soit un déterminant majeur de l'accès à une prise en charge en établissement :

sauf à avoir recours à l'ASH, les ménages modestes pourraient renoncer à une entrée en EHPAD pour des raisons financières.

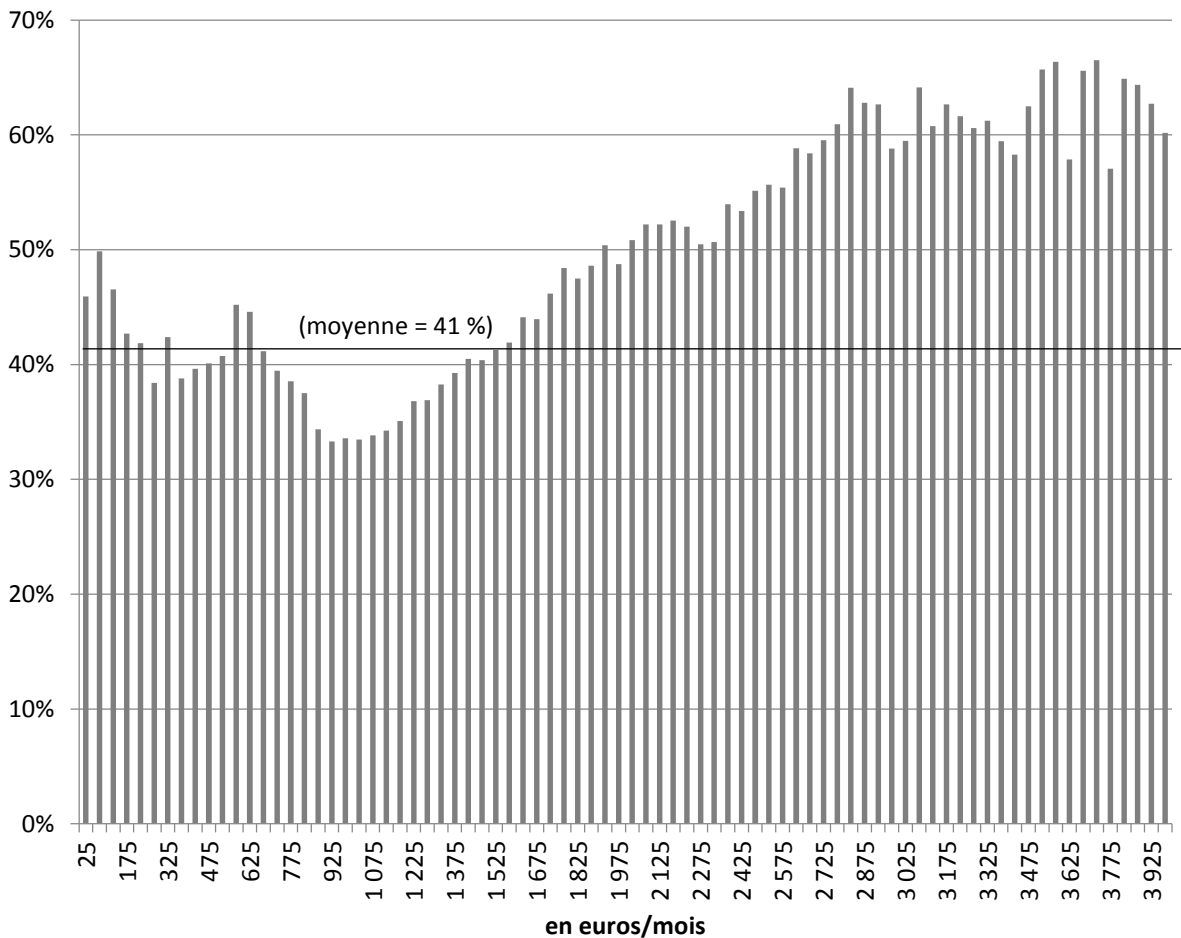
Par contre le recours à l'ASH pourrait expliquer le taux d'institutionnalisation plus élevé observé chez les individus ayant un revenu inférieur ou proche du minimum vieillesse qui, en intégrant un établissement, sont éligibles à l'ASH.

Le non-recours à l'APA à domicile, que l'on peut supposer plus important chez les individus les plus aisés pourrait cependant expliquer la croissance du taux d'institutionnalisation avec le revenu que l'on observe lorsque l'on restreint l'analyse aux seuls bénéficiaires de l'APA. On touche ici à une limite précédemment évoquée sur le fait d'assimiler les personnes âgées en perte d'autonomie aux seuls bénéficiaires de l'APA. En ne tenant pas compte des personnes âgées en perte d'autonomie n'ayant pas recours à l'APA, sans doute plus nombreux parmi les personnes aisées, on surestime le taux d'institutionnalisation au sein de la sous population aisée. Les enquêtes en population générale, intégrant donc les non bénéficiaires de l'APA, mettent en effet en évidence une relation négative entre revenu et propension à vivre en établissement³⁹. Il convient donc d'être prudent dans l'interprétation du lien statistique entre revenu et lieu de vie chez les seuls bénéficiaires de l'APA. Des études spécifiques plus précises tenant compte du non-recours à l'APA sont nécessaires.

39 Laferrère, A., Van den Heede, A., Van den Bosch, K., & Geerts, J. (2013), "Entry into institutional care: predictors and alternatives". In: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., & Weber, G. (Eds.). Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis. Berlin: De Gruyter, pp. 253-264.

Delbès C., Gaymy J. (2005), « Qui vit en institution ? », *Gérontologie et société*, 112, p.13-24

Graphique 17. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, selon les ressources mensuelles (au sens de l'APA), en 2011



Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011.
 Source : DREES, Données individuelles APA et ASH de 2011.

b) Evolution

Les données agrégées collectées annuellement par la DREES auprès des Conseils départementaux ne permettent pas de suivre dans le temps l'évolution des ressources de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA (à domicile et en institution). Seules les données collectées au niveau de chaque bénéficiaire le permettent, mais celles-ci datent de 2007 et 2011.

Sur cette période, on observe une augmentation des ressources moyennes des bénéficiaires de l'APA à domicile.

L'augmentation des pensions de retraite observée depuis près de 10 ans (DREES, les retraités et les retraites, 2018) favoriserait donc toutes choses égales par ailleurs un recours accru aux établissements. Néanmoins, compte de tenu de l'augmentation concomitante des tarifs en EHPAD, et des incertitudes sur l'évolution des autres ressources dont disposent les personnes âgées (revenus du patrimoine en particulier), il est difficile de mesurer l'évolution de l'accessibilité financière aux établissements.

L'écart entre le reste à charge et le revenu laisse présager un recours important :

- au patrimoine du résident pour financer les frais d'hébergement. Même si on ne dispose pas de données précises sur ce point, la baisse prononcée du nombre de propriétaires de leur logement après 70 ans est un indicateur pertinent.

- à l'aide monétaire des enfants des résidents.

6) Patrimoine des personnes âgées

On reprend ici les éléments d'un précédent rapport du Conseil de l'Age⁴⁰.

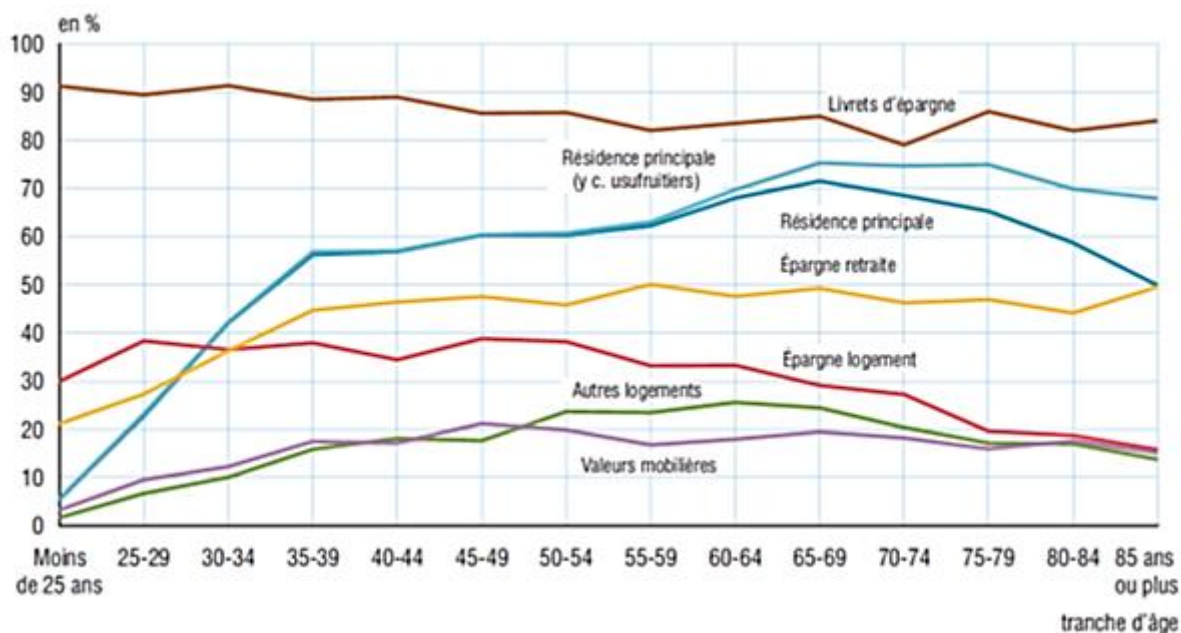
Selon l'enquête Patrimoine 2014-2015 (INSEE), près de 71 % des ménages dont la personne de référence est âgée de 60 ans ou plus et résidant en logements ordinaires⁴¹ sont propriétaires de leur résidence principale. La proportion de propriétaires diminue cependant avec l'âge à partir de 65-69 ans pour atteindre 50 % chez les individus de 85 ans ou plus. 20 % des ménages dont la personne de référence à plus de 60 ans sont, généralement en plus de leur résidence principale, propriétaire d'un autre bien immobilier (résidence secondaire, logement donné en location, logement vacant, etc.). Le taux de détention est également décroissant avec l'âge. Par ailleurs, en termes de montant, l'immobilier est l'actif principal de la majorité des ménages. Ainsi en 2015, les biens immobiliers représentent en moyenne 61 % du patrimoine brut des ménages, et pour la moitié des ménages qui détiennent un patrimoine, l'immobilier représente plus de 80 % du patrimoine brut total⁴².

⁴⁰ Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie, adopté le 1^{er} décembre 2017 par le Conseil de l'Age.

⁴¹ Sont en particulier exclus du champ les personnes âgées résidant en EHPAD, dont on sait qu'elles sont dans une proportion beaucoup plus faible propriétaire d'un bien immobilier.

⁴² A. Ferrante, D. Guillas et R. Solotareff (2016), « Entre 2010 et 2015, les inégalités de patrimoine se réduisent légèrement », INSEE Première, 1621, INSEE.

Graphique 18. Taux de détention des actifs patrimoniaux selon l'âge en 2015



Lecture : 90% des ménages dont la personne de référence a entre 25 et 29 ans détiennent un livret d'épargne

Champ : France métropolitaine, ménages ordinaires.

Sources : INSEE, enquête Patrimoine 2014-2015 ; Accardo, J., R. Coppoletta-Solotareff, A. Ferrante et M. Romani (2016), « La détention d'actifs patrimoniaux début 2015 », dans *Les revenus et le patrimoine des ménages* (coordination : A. Boiron et J. Labarthe), INSEE Référence, Edition 2016.

Sans disposer d'analyse très fine sur le patrimoine des personnes âgées résidentes en EHPAD, on estime qu'environ un quart d'entre elles sont encore propriétaires d'un logement principal (sans qu'on sache s'il est occupé par un conjoint).

7) Isolement relationnel des personnes âgées en perte d'autonomie

a) Isolement familial

74 % des bénéficiaires de l'APA sont sans conjoint (66 % parmi ceux à domicile et 85 % parmi ceux en établissement).

Les données issues de l'enquête HID menée par l'INSEE en 1998-1999 permettent de compléter la description de la composition familiale des personnes âgées en général et de celles en situation de perte d'autonomie en particulier. A âge comparable, les personnes vivant en établissement ont en moyenne moins d'enfants, moins de petits-enfants et moins de frères et sœurs⁴³.

⁴³ Désesquelles et Brouard (2003), *op. cit.*

Tableau 11. Nombre moyens d'enfants, de petits-enfants et de frères et sœurs des personnes âgées de 60 ans ou plus en 1998-1999 – tiré de Désesquelle et Brouard (2003)

	Nombre moyen d'enfants		Nombre moyen de petits-enfants		Nombre moyens de frères et sœurs	
	Dom.	Etab.	Dom.	Etab.	Dom.	Etab.
60-69 ans	2.3	0.9	5.6	1.8	2.4	1.9
70-79 ans	2.4	1.3	6.7	2.9	1.7	1.4
80-89 ans	2.2	1.6	6.6	4.1	1.1	0.8
90 ans ou plus	1.7	1.3	5.8	3.7	0.6	0.4
Ensemble des 60 ans ou plus	2.3	1.4	6.2	3.5	1.9	0.9

Champ : Ensemble des personnes de 60 ans ou plus, en situation ou non de perte d'autonomie.

Source : INSEE, enquête HID 1998-1999.

Tableau 12. Situation familiale des personnes de 60 ans ou plus selon le mode d'hébergement (répartition en %) en 1998-1999 – tiré de Désesquelle et Brouard (2003)

	Sans conjoint, sans enfant	Sans conjoint avec enfant	En couple sans enfant	En couple avec enfant
En ménage ordinaire	8	27	5	60
En établissement (après standardisation*)	35	57	2	6

* Standardisation sur le répartition par âge et par sexe des personnes vivant en ménage ordinaire.

Champ : Ensemble des personnes de 60 ans ou plus, en situation ou non de perte d'autonomie.

Source : INSEE, enquête HID 1998-1999.

Cette moindre « densité familiale » chez les allocataires vivant en établissement se traduit de manière attendue par un isolement familial plus important, sans que l'on puisse clairement identifier si cet isolement familial est la cause ou la conséquence de la vie en établissement.

En mesurant l'isolement familial par l'absence de famille ou l'absence de contact avec la famille, 7 % des 60 ans et plus étaient isolés en 1998-1999. La proportion de personnes isolées est en moyenne plus importante chez ceux vivant en établissement ; chez ceux vivant à domicile, elle est croissante avec l'âge. En établissement, le lien entre l'âge et l'isolement est différent : on note une part importante (plus d'un tiers) de personnes isolées chez les plus jeunes (60-69 ans), chez qui l'isolement social pourrait être un déterminant important de l'entrée en établissement.

A âge et configuration familiale donnés, le nombre de contacts avec la famille est significativement plus faible chez ceux en situation de perte d'autonomie, avec un effet plus marqué quand la perte d'autonomie est liée à des limitations cognitives plutôt que physiques.

Tableau 13. Proportion de personnes isolées⁽¹⁾ selon l'âge et le mode d'hébergement en 1998-1999 – tiré de Désesquelle et Brouard (2003)

	Domicile	Etablissement	Ensemble
60-69 ans	4 %	37 %	5 %
70-79 ans	8 %	27 %	9 %
80-89 ans	11 %	23 %	12 %
90 ans ou plus	10 %	27 %	16 %
Ensemble des 60 ans ou plus	7 %	27 %	7 %

(1) Personnes n'ayant pas de famille et personnes ayant une famille avec laquelle elles n'ont pas de contacts.

Champ : Ensemble des personnes de 60 ans ou plus, en situation ou non de perte d'autonomie.

Source : INSEE, enquête HID 1998-1999.

b) Isolement social

L'Observatoire de la Fondation de France estime pour l'année 2016 à 5 millions le nombre de personnes en situation objective d'isolement, c'est-à-dire ne rencontrant jamais physiquement ou de manière très épisodique (quelques fois dans l'année ou moins souvent) un membre de la famille, un ami, un voisin, un collègue de travail ou d'activités associatives. La faible fréquence des contacts laisse supposer que ces personnes sont en situation de vulnérabilité psycho-social. Il convient cependant de souligner que l'indicateur d'isolement relationnel retenu par la Fondation de France ne tient pas compte des relations au sein de ménage.

Dans son rapport de 2014, la Fondation de France pointait la surreprésentation des personnes isolées chez les personnes de 75 ans et plus, qui représentent 27 % des personnes de cette classe d'âge, contre près de 10 % sur l'ensemble de la population. Parmi les personnes de 75 ans et plus :

- 50 % n'ont plus véritablement de réseau amical actif ;
- 41 % n'ont pas de contact avec leurs enfants ;
- 52 % n'ont pas de relations avec leur voisin.

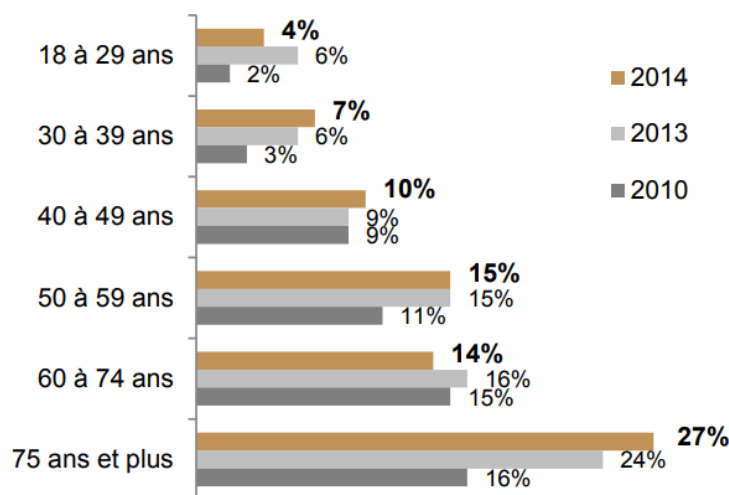
Sont également pointés, chez les personnes de 75 ans et plus, l'affaiblissement entre 2010 et 2014 des réseaux de sociabilité et la plus grande proportion de personnes en situation d'isolement dans les villes.

Enfin, le handicap ou la perte d'autonomie sont cités dans 10 % des cas comme à l'origine de la solitude, et ce d'autant plus, lorsque les personnes sont confrontées à la pauvreté et à la précarité⁴⁴.

⁴⁴ Fondation de France (2014), « Les Solitudes en France ».

Inversement, on sait également que l'isolement et la solitude fragilisent les personnes et sont des facteurs de risque importants de perte d'autonomie. La question de la prévention et de la lutte contre l'isolement (y compris celle de la fracture numérique) mérite en ce sens une attention particulière.

Graphique 19. Proportion de personnes en situation d'isolement selon l'âge (tiré de La Fondation de France, 2014)



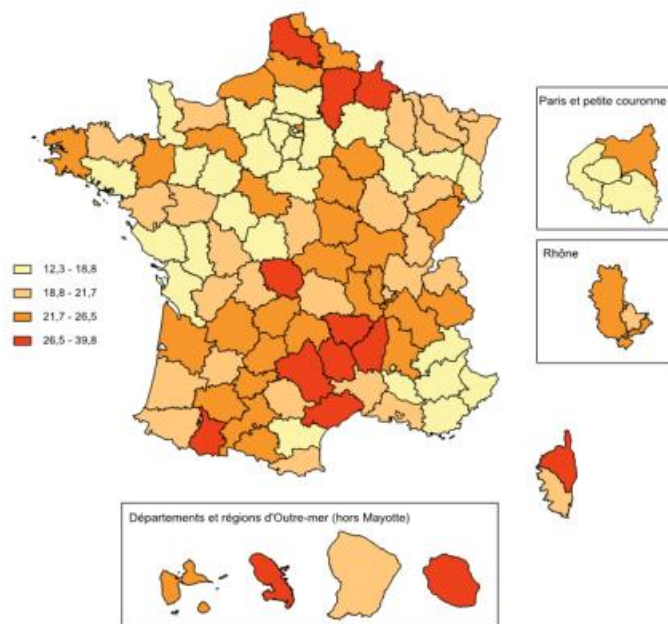
Echantillon : 4007 personnes représentatives de la population française de 18 ans et plus (en 2014)..

Source : Fondation de France (2014), « Les Solitudes en France ».

E) LOCALISATION GEOGRAPHIQUE DES BENEFICIAIRES DE L'APA

La part des bénéficiaires de l'APA parmi les personnes de 75 ans ou plus varie fortement selon les départements. Elle est de 21 % en France en moyenne (hors Mayotte).

Figure 1. Taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ou en établissement en décembre 2016 (en % de la population des 75 ans et plus)

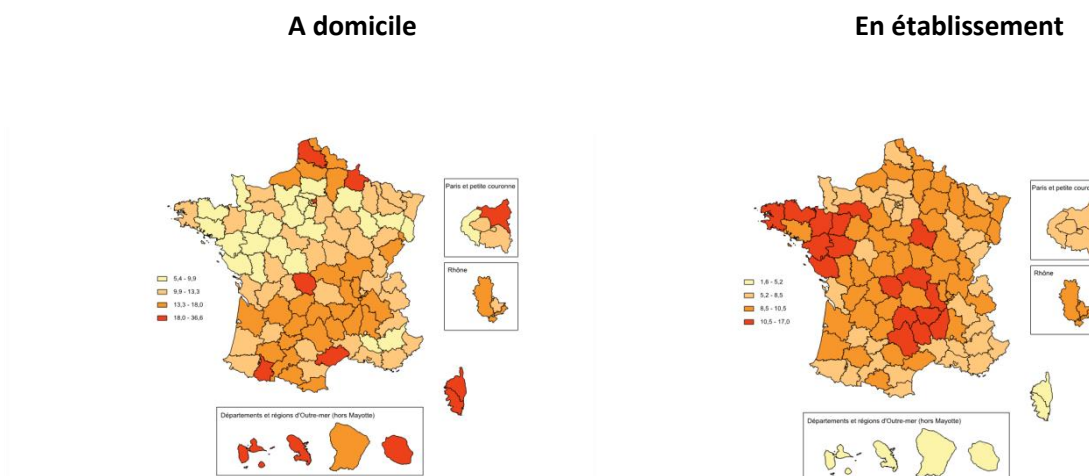


Champ : France, hors Mayotte –

Source : Drees, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2017. Indicateurs sociaux départementaux (ISD) PA-03

Au sein des bénéficiaires de l'APA, la variation du lieu de vie par département est aussi importante. Le taux de bénéficiaires est de 12 % en moyenne pour l'APA à domicile et de 9% en moyenne pour l'APA en établissement (figure 2).

Figure 2. Taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2016 (en % de la population des 75 ans et plus), selon le lieu de vie



Champ : France, hors Mayotte.

Source : Drees, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2017. Indicateurs sociaux départementaux (ISD) PA-03

F) LIEUX DE VIE

1) Répartition par lieux de vie

Les données d'aide sociale sur l'APA permettent de distinguer les bénéficiaires qui relèvent de l'APA à domicile de ceux qui relèvent de l'APA en établissement.

757 385 personnes (soit 59 % des bénéficiaires de l'APA) relèvent de l'APA à domicile, incluant les personnes résidant à leur domicile, au domicile d'un proche, en accueil familial ou en résidences collectives (résidences services ou résidences autonomie).

On ne dispose pas d'information plus précise sur la manière dont se partage cet effectif entre les différentes formes d'hébergement. Tout indique malgré tout que le domicile ordinaire reste, et de loin, le lieu de vie le plus fréquent. Les résidences collectives (résidences autonomie et résidences services) et les habitats inclusifs représenteraient aux alentours de 155 000 personnes⁴⁵, dont une proportion importante de personnes non bénéficiaires de l'APA. Par ailleurs, lorsqu'elles vivent en domicile ordinaire, les personnes âgées de 85 ans et plus (bénéficiaires ou non de l'APA) sont 57 % à vivre seules, 29% en couple et 14 % avec des proches autre que le conjoint.

528 077 personnes (soit 41% des bénéficiaires de l'APA) relèvent de l'APA en établissement, incluant les personnes résidant en EHPAD ou USLD.

⁴⁵ Cf. estimation approximative section B du III



Encadré - Les accueils familiaux et cohabitations seniors ou intergénérationnels : d'autres formes d'accompagnement des personnes âgées

L'accueil familial, prend appui sur la loi du 10 juillet 1989, rénovée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et permet l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes⁴⁶. Ce type d'habitat reste encore aujourd'hui marginal. D'après une enquête sur l'accueil familial de personnes âgées ou handicapées adultes, menée par l'IFREPms, auprès de 96 Départements, il y aurait environ 9 742 accueillants familiaux agréés fin 2013 (17 % d'entre eux pouvant accueillir exclusivement des personnes âgées, 59 % d'entre eux pouvant accueillir indifféremment des personnes âgées ou handicapées), ayant en moyenne 1,89 places. A cette même date, l'IFREP recense environ 7 000 personnes âgées accueillies (46 % de l'ensemble des personnes accueillies). Cette étude révèle un taux d'occupation moyen de 80 % (avec des disparités importantes selon les régions).

L'accueil semble peiner à se développer en raison sans doute d'un manque d'attractivité de la profession et / ou de réticences des personnes âgées ou de leur proches à choisir ce type de prise en charge.

Les colocations ou cohabitations seniors : de plus en plus de seniors engagent des colocations entre seniors, en dehors de toute structure formelle ou dans le cadre d'un réseau associatif tel que Cocon3s.

La cohabitation intergénérationnelle, voit un retraité, propriétaire ou locataire, louer ou sous-louer une partie de son bien à un jeune, pour un loyer très modéré, voire nul, en échange de sa présence régulière et de menus services rendus dans la vie quotidienne. Des associations, fédérées au sein du réseau COSI⁴⁷ pour la plupart d'entre elles, mettent en relation les jeunes et les personnes retraitées.

Dans sa feuille de route « Grand âge et autonomie » de mai 2018, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a annoncé le développement de l'habitat intergénérationnel. La loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN) contient en son article 117 des dispositions visant à encadrer juridiquement cette forme d'habitat (conditions d'âge, contenu du contrat de cohabitation intergénérationnelle solidaire, élaboration d'une charte nationale).

⁴⁶ L'agrément en qualité d'accueil familial de personnes âgées ou handicapées est délivré par le Conseil départemental pour l'accueil d'1, 2 ou 3 personnes (4 en cas de dérogation accordée par le président du Conseil départemental pour l'accueil d'un couple). L'accueillant doit justifier de conditions d'accueil permettant d'assurer la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des personnes accueillies et disposer d'un logement dont l'état, les dimensions et l'environnement sont compatibles avec les contraintes liées à l'âge ou au handicap des personnes accueillies. Les accueillants familiaux bénéficient d'une formation initiale et continue. L'agrément est octroyé pour une durée de 5 ans renouvelable.

⁴⁷ Le Réseau CoSI (COhabitation solidaire intergénérationnelle) fédère une trentaine de structures en France métropolitaine et dans les DOM TOM (associations, CCAS, SCIC, maisons de l'habitat, points ou bureaux d'information jeunesse...). 1 100 jeunes et seniors s'engagent chaque année. Le réseau a été lauréat du label « la France s'engage » en 2014. <http://reseau-cosi.com>.

2) Nombre de résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées

a) Effectifs

Dans cette section, qui s'appuie sur les données de l'enquête EHPA de la DREES, seront qualifiées comme vivant en établissement les personnes résidant en EHPAD, en EHPA non EHPAD, en USLD et en résidences autonomie. Ne sont en revanche pas comptabilisées les personnes vivant en résidences services (environ 45 000 personnes).

En 2015, on comptait près de 728 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées, bénéficiaires ou non de l'APA⁴⁸.

Les personnes de 75 ans et plus représentent 88 % de cette population (tableau 14).

Le nombre de résidents a augmenté de 83 930 (+13 %) entre 2003 et 2015 soit une augmentation annuelle moyenne de 6 994 personnes (+1 % par an en moyenne).

Tableau 14. Nombres de résidents

	2003	2007	2011	2015
Nombre de résidents	644 000	656 741	692 980	727 930
Dont 75 ans ou plus	540 700 (84 %)	562 190 (86 %)	604 080 (87 %)	639 450 (88 %)

Source : enquête EHPA.

Les 728 000 résidents se répartissent de la manière suivante (fin 2015)⁴⁹ :

- 585 580 en EHPAD ;
- 101 880 en résidences autonomie (ex Logements-foyers) ;
- 7 700 en EHPA non EHPAD ;
- 32790 en USLD.

Hors logements-foyers, on notera que le nombre de résidents en 2015 est nettement supérieur au nombre de résidents ciblé dans le rapport Le Bouler de 2006 (tableau 15).

Tableau 15. Nombre de résidents par GIR en 2015 (logements-foyers exclus)

	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	Total
Enquête EHPA (observé)	345 364	226 031	54 655	626 050
Rapport le Bouler (ciblé)	284 800	173 600	57 200	515 600

Sources : enquête EHPA et 2ème rapport de la mission Le Bouler (2006).

⁴⁸ Muller M. (2017), « 728 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et résultats, n°1015, DREES.

⁴⁹ Muller M. (2017), *op. cit.*

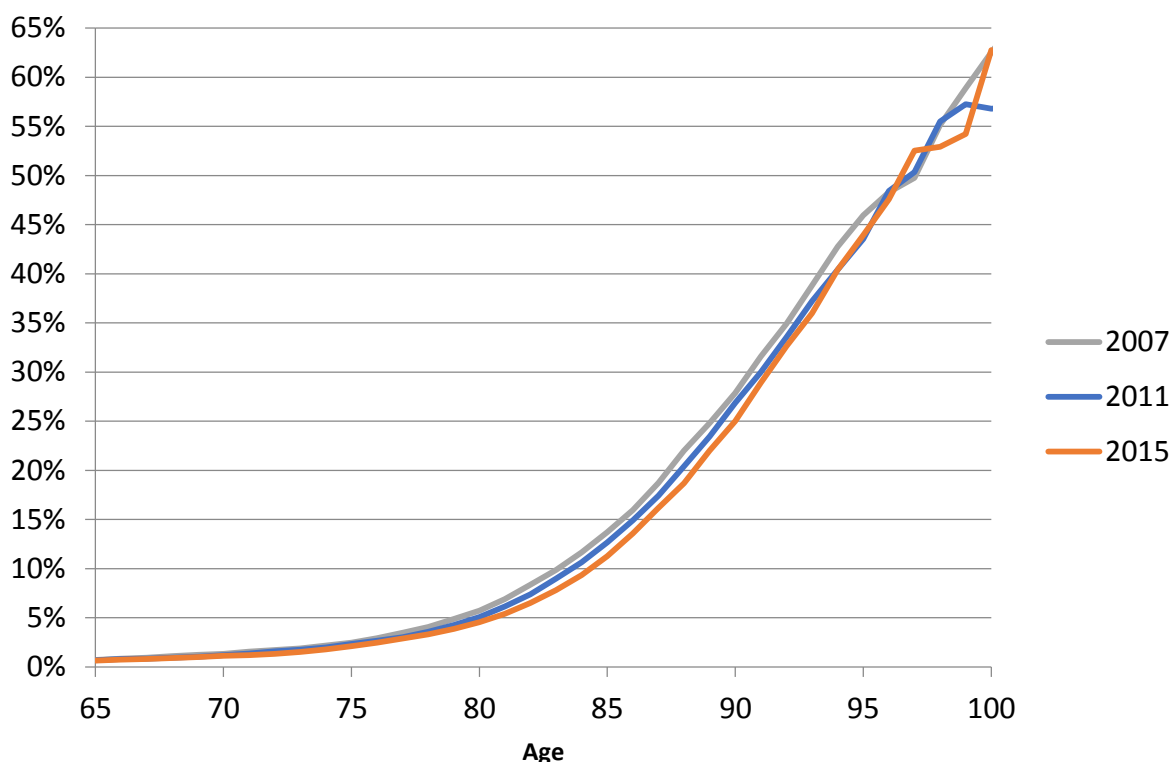
b) Proportion de personnes âgées résidant en établissement

La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant en EHPA est quasiment constante entre 2007 et 2015, passant de 10,5 % en 2007 à 10,7 % en 2015.

Cette relative stabilité résulte de deux effets contraires :

- un vieillissement de la population qui, compte tenu de l'augmentation du taux de résidence en établissement avec l'âge, devrait toutes choses égales par ailleurs accroître la proportion de personnes âgées résidant en établissement chez les 75 ans et plus ;
- une tendance à la diminution, depuis 10 ans, des taux d'institutionnalisation à âge donné (graphique 20), excepté au-delà de 97 ans, où les effectifs sont sans doute trop faibles pour identifier une tendance. Par exemple, 14 % des personnes âgées de 85 ans vivaient en institution en 2007 contre 11 % en 2015.

Graphique 20. Proportion de personnes âgées résidant en établissement, par âge



Sources : DREES (enquête EHPA) et INSEE (état civil et recensement).

Sur l'ensemble de la période, l'hypothèse était faite dans le rapport Le Bouler (2006) d'une stabilisation de la proportion de personnes âgées résidant en établissement des personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) et d'une diminution de la proportion de personnes âgées résidant en établissement pour les personnes moyennement dépendantes (GIR 3 et 4)⁵⁰, particulièrement

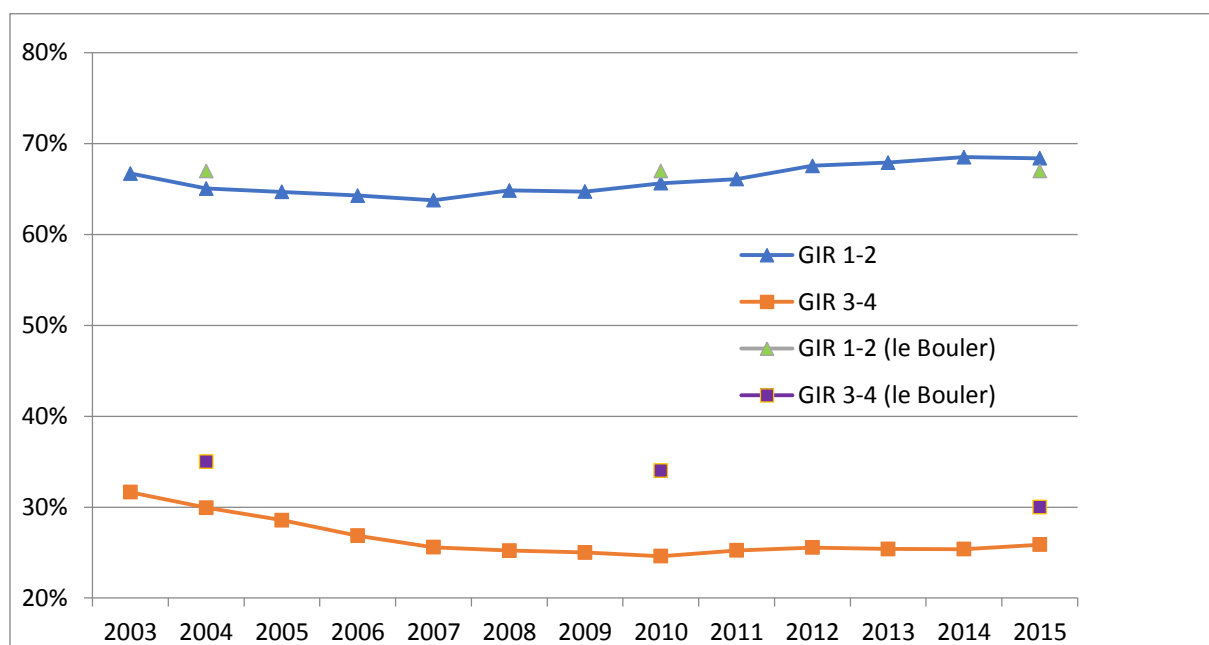
⁵⁰ Le rapport présente d'autres scénarios d'évolution des taux d'institutionnalisation, en particulier des scénarios de plus grande fréquentation des établissements (scénarios 4 et 5). Un autre scénario, de « Benchmark », est fondé sur l'hypothèse que le nombre de places évolue de manière parallèle à la population des personnes âgées de 75 ans ou plus dépendantes d'une part, et non dépendantes d'autre part. Ce scénario correspond à une hypothèse de taux de résidence à domicile ou en établissement constant pour ces deux catégories.

pour les personnes isolées (tableau 12 ci-dessus)⁵¹. Ces évolutions supposaient une politique de soutien à domicile renforcée pour les personnes âgées moyennement dépendantes.

La comparaison avec les proportions de personnes âgées résidant en établissement observés sur la période montre que (graphique 21) :

- pour les GIR 1 et 2 : l'hypothèse de stabilisation de la proportion de personnes âgées résidant en établissement n'est pas vérifiée. Une fois la montée en charge de l'APA terminée, on observe une légère augmentation ;
- pour les GIR 3 et 4 : l'hypothèse de diminution de la proportion de personnes âgées résidant en établissement n'est pas vérifiée. Une fois la montée en charge de l'APA terminée, on observe une stabilisation de la proportion de personnes âgées résidant en établissement.

Graphique 21. Proportion de personnes âgées résidant en établissement par GIR.



Sources : séries longues APA, 2002-2010 et enquête Aide Sociale 2011 à 2016.

c) Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement

Le taux d'institutionnalisation est traditionnellement calculé en rapportant le nombre de résidents en établissement à l'ensemble de la population âgée, selon les conventions, de 60 ans et plus, ou de 75 ans et plus. La population de référence intègre donc des personnes âgées non confrontées à une situation de perte d'autonomie et n'ayant donc pas vocation, en théorie, à vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées (du moins en EHPAD).

⁵¹ On rappelle ici que dans d'autres exercices de projection des personnes âgées en perte d'autonomie, comme celui réalisé par la DREES, le taux d'institutionnalisation est supposé constant par GIR.

La tendance à la diminution, à âge donné, du taux d'institutionnalisation (cf. graphique 12) pourrait en particulier s'expliquer par une diminution de la prévalence, à âge donné, de la perte d'autonomie.

Pour mesurer l'évolution de la propension des personnes âgées en perte d'autonomie à vivre en établissement, il est dès lors utile de se focaliser uniquement sur la population âgée en perte d'autonomie, en se référant à la population des bénéficiaires de l'APA.

En décembre 2016, 757 385 bénéficiaires de l'APA (59 %) vivaient à domicile contre 528 077 (41 %) en établissement.

La proportion des bénéficiaires de l'APA résidant en établissement suit une légère tendance à la hausse depuis 2008 passant de 39 % à cette date à 41 % depuis 2016 (données DREES). Mais cette augmentation de 2 points de pourcentage du taux d'institutionnalisation parmi les bénéficiaires de l'APA s'explique entièrement par le vieillissement de cette population : en standardisant la structure par âge de la population des bénéficiaires de l'APA en 2016 sur celle observée en 2008, aucune évolution du taux d'institutionnalisation des bénéficiaires de l'APA n'est à noter sur la période 2008-2016.

Dit autrement, le taux d'institutionnalisation par âge chez les bénéficiaires de l'APA est resté constant sur la période 2008-2016.

La diminution du taux d'institutionnalisation par âge observée ces 10 dernières années chez les 60 ans et plus ne s'explique donc pas par une moindre propension des bénéficiaires de l'APA à résider en établissement (à âge donné), mais vraisemblablement par une diminution générale de la prévalence par âge de la perte d'autonomie et /ou par une diminution du taux d'institutionnalisation des personnes hors APA (GIR 5 et 6).

3) Déterminants socioéconomiques connus du mode d'hébergement des personnes âgées dépendantes

a) A partir des données d'aide sociale, chez les bénéficiaires de l'APA

La comparaison des caractéristiques des bénéficiaires de l'APA suivant qu'ils vivent à domicile ou en établissement montre que le taux d'institutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie croît avec :

- l'âge (à partir de 75 ans) ;
- le degré de perte d'autonomie ;
- le fait d'être sans conjoint (particulièrement pour les hommes) ;
- le revenu mensuel (il est néanmoins possible que le moindre recours à l'APA à domicile chez les personnes aisées conduise à surestimer le poids de la variable revenu comme déterminant de l'entrée en établissement).

Ces différentes relations sont détaillées *supra* au D.

b) A partir de données d'enquête

Si les données d'enquête (HID 1998-1999 et HS 2008) confirment le rôle majeur joué par l'état de santé et le niveau de perte d'autonomie dans le fait de vivre en établissement plutôt qu'à domicile, elles confirment également le rôle de l'entourage familial⁵².

Le fait d'être en couple réduit significativement la probabilité de vivre en établissement, avec un effet « protecteur » qui s'estompe cependant avec l'âge, vraisemblablement lié au fait que le conjoint est de moins en moins à même de jouer le rôle d'aidant avec l'avancée en âge.

L'étendue du réseau familial (nombre d'enfants, nombre de petits-enfants, nombre de frères et sœurs), et donc le potentiel d'aide informelle, joue également un rôle majeur : « *Les personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en institution ont en moyenne un réseau familial plus réduit que les personnes du même groupe d'âge vivant en ménage ordinaire* »⁵³.

Les données d'enquête montrent également que la probabilité de vivre en établissement croît avec l'âge, à niveau de perte d'autonomie et entourage familial donné.

A notre connaissance, aucune étude à partir de données d'enquête ne permet de préciser le lien entre mode d'hébergement et niveau de vie. On ne peut donc pas confirmer ou infirmer le lien positif entre revenu et probabilité de vivre en établissement que l'on observe chez les bénéficiaires de l'APA à partir des données d'aide sociale.

Compte tenu de leur association avec le mode d'hébergement, l'évolution des caractéristiques socioéconomiques au sein de la population âgée conduira, toutes choses égales par ailleurs, à des évolutions significatives de partage domicile/établissement parmi les personnes âgées en perte d'autonomie.

4) Durée de séjour en établissement d'hébergement et parcours résidentiel des personnes âgées (EHPA)

a) Durée de séjour

La durée de séjour en établissement était de 2 ans et 6 mois en moyenne en 2015⁵⁴. La dispersion de cette durée est forte : un quart des résidents sortis sur la période seront restés moins de 2 mois et un quart plus de 3 ans et 8 mois (tableau 16).

⁵² Aline Désesquelles et Nicolas Brouard (2003), « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population*, n°48, p. 201-227 ; Gérard Bouvier, Liliane Lincot et Chantal Rebiscoul (2011), « Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial », dans *France - portrait social*, INSEE.

⁵³ Désesquelles et Brouard (2003), *op. cit.*

⁵⁴ Muller (2017), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et résultats*, n°1015, DREES.

Tableau 16. Durées de séjour en EHPA, en 2015

	Moyenne	Q1	Médiane	Q3
Ensemble (EHPAD, Logements-foyers, EHPA non-EHPAD, USLD)	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 8 mois
EHPAD uniquement	2 ans et 5 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 7 mois

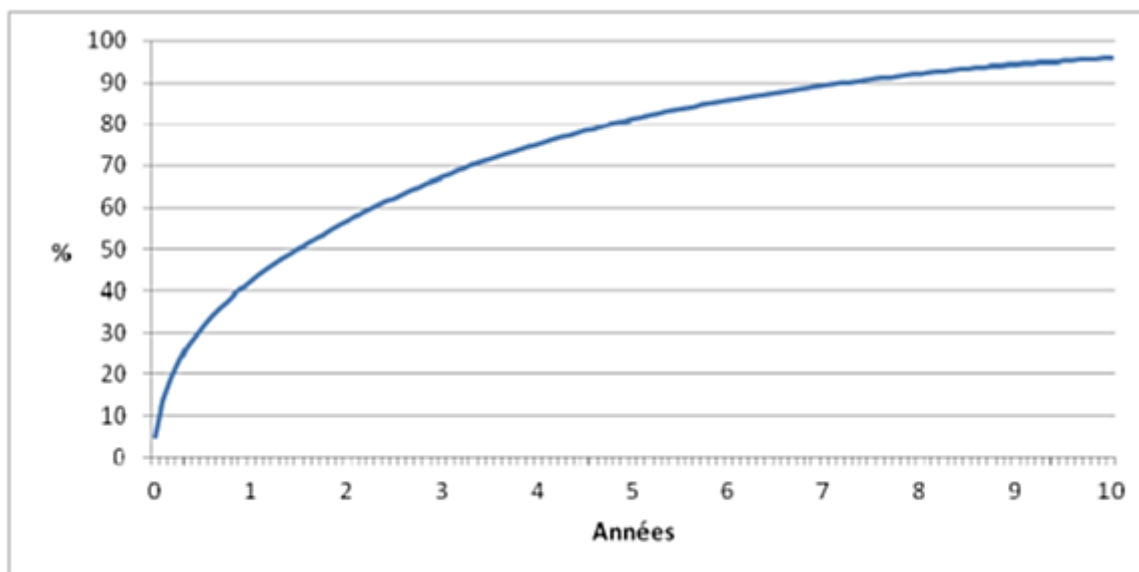
Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centre d'accueil de jour.

Source : DREES, enquête EHPA 2015.

Références : Muller M. (2015), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et résultats*, n°1015, DREES.

Ces données intègrent cependant les durées de séjour relatives aux hébergements temporaires. L'enquête EHPA montre que parmi les 179 000 individus⁵⁵ en hébergement permanent ayant quitté un EHPAD en 2011⁵⁶, la durée de séjour médiane était de 1,5 an. Cette durée varie de nouveau considérablement d'un individu à l'autre. Si elle est inférieure à 1 an pour près de 40 % des individus, elle est supérieure à 7 ans pour près 10 % (graphique 22).

Graphique 22. Fonction de répartition des durées de séjour en EHPAD (hébergements permanents uniquement) en 2011 (tiré de Fizzala, 2017)



Lecture: 75% des séjours dans un même EHPAD durent moins de 4 ans. Les séjours ayant une durée supérieure à 10 ans représentent moins de 5% des séjours.

Champ : France – Séjours en hébergement permanent en EHPAD terminés en 2011.

Source : DREES, enquête EHPA 2011.

⁵⁵ Individus non nécessairement bénéficiaires de l'APA.

⁵⁶ Fizzala (2017), « Les durées de séjour en EHPAD », Les dossiers de la DREES, n°15, DREES.

b) Les parcours

Selon les données collectées sur les parcours des résidents en 2011, 82 % des sorties d'un EHPAD correspondent à un décès, 8 % à un retour au domicile et 10 % à un transfert vers un autre EHPAD ou un établissement de santé.

Seul un parcours sur deux (47 %) correspond à une arrivée du résident depuis son domicile (ou celui d'un proche) et à une sortie due à un décès. Les parcours des résidents intègrent fréquemment avant ou après le passage dans l'EHPAD le passage dans un autre EHPAD ou un service de santé (SSR, unité de court séjour).

Concernant le parcours le plus fréquent (domicile-EHPAD-décès), la durée moyenne de séjour dans un EHPAD était en 2011 de 2,6 ans.

Tableau 17. Répartition des situations antérieures et des types de sortie parmi les résidents ayant quitté un EHPAD en 2011 (tiré de Fizzala, 2017)

Type d'hébergement antérieur à l'entrée en établissement	Type de sortie			
	Décès	Domicile privé ou d'un proche	EHPAD*	Total
Domicile privé ou d'un proche	47	5	5	58
EHPAD*	7	0	1	8
Service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé (ex moyen séjour)	16	1	2	19
Unité de court séjour (médecine, chirurgie)	12	1	2	15
Total	82	8	10	100

*Dans le questionnaire EHPA 2011, l'intitulé de la question présente la modalité « maison de retraite » à la place de « EHPAD ». La grande majorité des maisons de retraite étant à présent des EHPAD, nous avons opté pour la dénomination EHPAD afin de simplifier la présentation des résultats.

Lecture : 47% des séjours terminés en 2011 concernaient des résidents provenant de leur domicile ou d'un proche et se sont achevés par le décès du résident.

Champ : France – Séjours en hébergement permanent en EHPAD terminés en 2011.

Source : DREES, enquête EHPA 2011.

II) ETAT DE SANTE DES PERSONNES AGEES

La question de l'état de santé des personnes au-delà de 65 ans est une donnée cruciale pour le système de santé, en termes de satisfaction des besoins, de qualité de la prise en charge, d'adaptation des organisations des soins.

Si on se focalise sur la santé au-delà de 65 ans et sur les maladies liées au vieillissement, ce n'est pas pour dresser une image d'ensemble d'un vieillissement en mauvaise santé ou accréditer l'idée d'un « fardeau » mais pour tenter d'objectiver ce que signifie un tel phénomène, en termes qualitatifs et quantitatifs.

La question du vieillissement est de fait très présente dans les débats et les discours sur la transformation de notre système de santé. Au-delà des constats, il s'agira cependant d'analyser dans quelle mesure cette transformation prend véritablement en compte ces problématiques, pour partie spécifiques et pour parties révélatrices de difficultés plus globales.

A) SANTE PERÇUE ET CAUSES DE MORBIDITE DES PERSONNES AGEES

Avec l'âge, la santé perçue se dégrade. Si plus des deux-tiers des personnes de 15 ans ou plus vivant en France se déclarent en bonne ou très bonne santé, seulement moins d'un tiers des 75-84 ans et environ un quart des personnes âgées de 85 ans ou plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé (données de l'enquête SILC 2013 - Eurostat⁵⁷).

L'allongement de la vie va de pair avec une augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'elles entraînent : 56% des 65-74 ans et 70% des 85 ans et plus déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique (contre globalement un tiers de la population de 15 ans ou plus – SILC 2013).

Avec l'avancée en âge, la prévalence des maladies neuro-cardiovasculaires, des tumeurs malignes, des pathologies ostéo-articulaires et du diabète, augmente. En dehors des handicaps sensoriels (problèmes de vision et de surdité – cf. encadré) et des problèmes dentaires très fréquents à ces âges, ces groupes de pathologies constituent l'essentiel des problèmes de santé chronique des personnes âgées. On note également que les problèmes respiratoires sont un motif fréquent d'hospitalisation.

⁵⁷ Données de l'enquête européenne SILC : <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Encadré : Accidents vasculaires cérébraux

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) recouvrent un ensemble de syndromes se manifestant par l'apparition brutale d'un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d'origine vasculaire. Ce sont des pathologies graves, handicapantes et fréquentes.

En France, les AVC représentent la première cause de handicap moteur non traumatique de l'adulte, la deuxième cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer et la première cause de mortalité chez les femmes (la troisième chez les hommes). La prévalence des séquelles d'AVC dans la population française a été estimée à 0,8%.

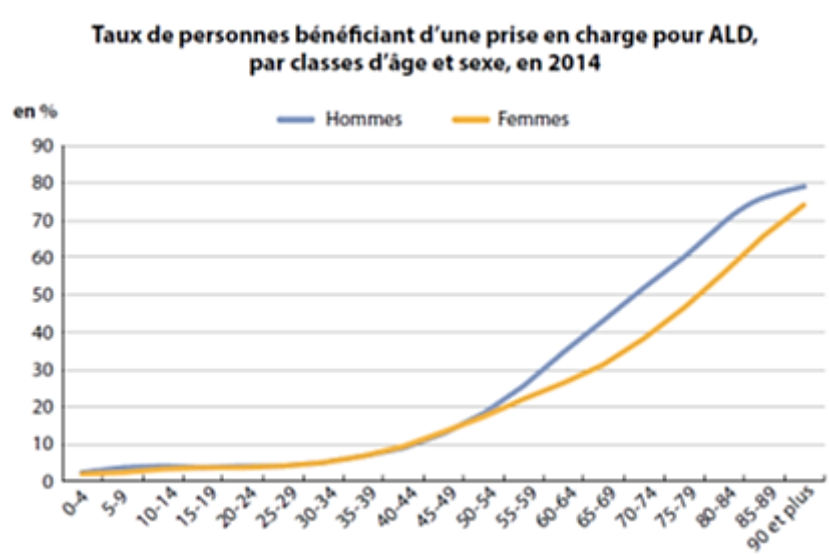
L'impact sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) est fréquent : il concerne près de la moitié des personnes avec séquelles, cette proportion s'élevant à 9 sur 10 pour celles qui étaient en institution : les personnes avec séquelles d'AVC étaient 11,1% à résider en institution, dont 86,8% avec des difficultés pour au moins une AVQ. (De Peretti, 2012⁵⁸).

D'après les données de l'assurance maladie à partir des regroupements opérés à partir de la connaissance des affections de longue durée (ALD), des motifs d'hospitalisation ou causes de morbidité renseignées dans le PMSI, ainsi que des consommations médicamenteuses individuelles, les deux pathologies (facteurs de risques) traitées le plus fréquemment à 60-74 ans et à 75 ans ou plus sont l'hypertension et l'hyperlipidémie.

A partir de 75 ans, c'est plus de 66% des personnes qui sont traitées pour hypertension artérielle et 39% pour hyperlipidémie. Viennent ensuite les problèmes d'anxiété, de sommeil ou de dépression (23% des personnes de 75 ans ou plus sont traitées par anxiolytiques ou hypnotiques et près de 16% sont sous antidépresseurs). Le diabète est également une pathologie fréquente (14% des personnes de 75 ans reçoivent un traitement pour cette pathologie). Entre les 60-74 ans et les 75 ans ou plus, la prévalence des maladies cardiaques et vasculaires fait un bond. Au total, 29% des personnes âgées de 75 ans ou plus sont traitées pour une pathologie cardiovasculaire.

⁵⁸ Christine de Peretti *et al.* Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, 2008-2009. BEH, janvier 2012.

Graphique 22. Affections de longue durée



Source : CNAMTS – Point de repère n°46 – juin 2016.

Au-delà de 75 ans, la polyopathie est un phénomène fréquent. Elle évolue en effet de façon marquée avec l'âge.

L'étude des polyopathologies⁵⁹ est un « classique » des rapports Charges et produits de la CNAMTS. Elle est à nouveau traitée dans le rapport pour 2019⁶⁰ « Définie comme la présence simultanée de plusieurs pathologies⁶¹ chez le même individu, [la polyopathie] s'est imposée depuis quelques années comme un défi majeur, un nombre croissant de personnes étant dans cette situation, nécessitant des prises en charge d'une complexité également croissante.

En 2016, elle concerne au moins 1 personne sur 5 à partir de 65 ans et au moins 1 personne sur 3 à partir de 85 ans. Les hommes sont plus fréquemment atteints de plusieurs pathologies que les femmes, ce qui est particulièrement notable à partir de 65 ans.

Le profil de pathologies et de polyopathie évolue en fonction de l'âge : avant 45 ans, les principales pathologies identifiées concernent le domaine de la santé mentale ; entre 45 et 85 ans, le « diabète » et la « maladie coronaire » représentent une part importante de la polyopathie ; enfin, à partir de 85 ans, la « démence » et l'« insuffisance cardiaque » font partie des pathologies le plus souvent présentes. Les « maladies respiratoires chroniques » sont présentes pour tous les âges, aussi bien chez les hommes que chez les femmes polyopathologiques. Il existe cependant des spécificités selon le sexe. Chez les femmes, les

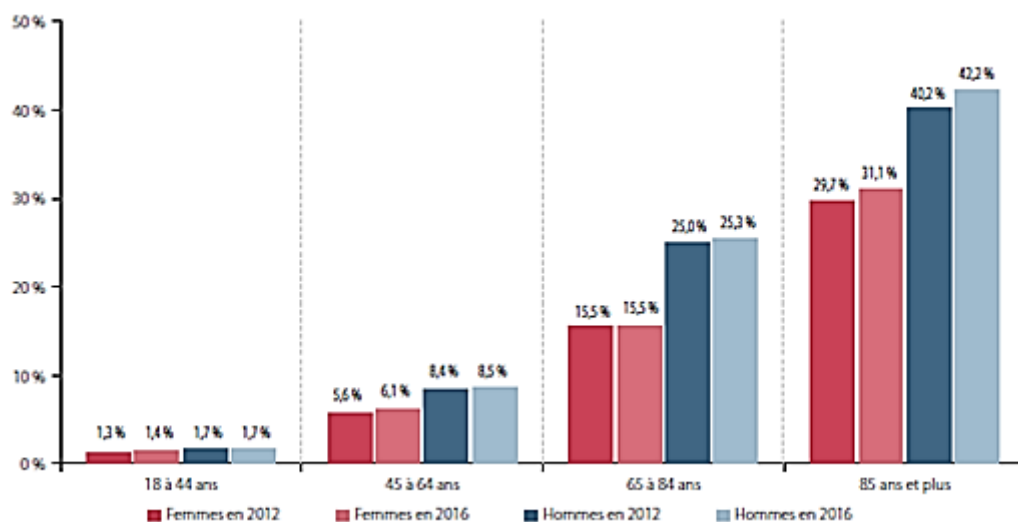
⁵⁹ Comme le précise la CNAMTS, « Il faut bien distinguer la notion de polyopathie où l'on appréhende l'intégralité du profil de pathologies d'une personne, sans considérer de pathologie index, à celle de comorbidité, qui désigne toute situation clinique se surajoutant à une pathologie index étudiée. En cela, la notion de polyopathie est plus centrée sur la personne elle-même. Il est maintenant établi que la polyopathie est associée à la fois à l'état de santé et à la mortalité mais également à l'utilisation de services de soins et aux dépenses de santé. »

⁶⁰ <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>

⁶¹ « La polyopathie a été définie comme la présence simultanée d'au moins deux pathologies (parmi la liste préétablie) chez le même individu, conformément à la majorité des études dans ce domaine à l'échelle internationale. Ainsi, la polyopathie couvre une importante diversité de situations cliniques : deux pathologies identifiées chez une même personne pouvant ne pas avoir de lien direct (comme la démence et les maladies respiratoires chroniques), être la conséquence l'une de l'autre (comme la maladie coronaire et l'insuffisance cardiaque), ou appartenir au même ensemble nosologique (comme dans le cas précédent ou pour les pathologies psychiatriques). » (idem)

« maladies psychiatriques » restent fréquentes après 45 ans et les « démences » figurent parmi les associations les plus fréquentes après 85 ans. Chez les hommes, le poids des « pathologies cardiovasculaires » et du « diabète » est prédominant dès 45 ans et persiste fortement avec l'âge.

Graphique 23. Fréquence de la polypathologie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe



Champ : régime général – France entière.

Source : CNAM (cartographie – version de juillet 2018).

Tableau 18. Nombre de pathologies identifiées (parmi la liste préétablie) à partir de 65 ans, selon le sexe, en 2016

	Femmes de 65 à 84 ans		Hommes de 65 à 84 ans		Femmes de 85 ans ou plus		Hommes de 85 ans ou plus	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Pas de pathologie	2 297 078	55,5	1 357 036	42,4	328 656	34,9	94 491	24,9
1 pathologie	1 200 041	29,0	1 030 547	32,2	319 980	34,0	125 020	33,0
2 pathologies	438 804	10,6	504 116	15,8	179 842	19,1	88 578	23,3
3 pathologies	143 000	3,5	200 825	6,3	76 013	8,1	44 503	11,7
4 pathologies ou plus	61 527	1,5	104 889	3,3	36 364	3,9	26 877	7,1
Ensemble	4 140 450	100	3 197 413	100	940 855	100	379 469	100

Champ : régime général – France entière.

Source : CNAM (cartographie – version de juillet 2018).

B) SANTE FONCTIONNELLE : INCAPACITES ET DEPENDANCE

Le vieillissement n'a pas le même impact si l'on vieillit en bonne santé ou avec des incapacités.

Les incapacités sont souvent concentrées en fin de vie et concernent davantage les femmes du fait de leur longévité.

Les limitations fonctionnelles sont l'ensemble des difficultés fonctionnelles à se déplacer, monter un escalier, voir, entendre, mastiquer... Certaines peuvent être compensées, plus ou

moins complètement, par des aides techniques qui visent à en réduire leur retentissement sur la vie quotidienne.

Les restrictions d'activité représentent les difficultés effectivement rencontrées, compte tenu des aides disponibles et des aménagements de l'environnement, pour la réalisation des activités, notamment des activités de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, se déplacer à l'extérieur...). Aux âges élevés, les situations de forte dépendance conjuguent limitations physiques absolues et troubles cognitifs graves alors qu'avant 60 ans, seule la moitié des personnes fortement dépendantes présentent des troubles cognitifs graves.

Encadré : Troubles visuels et auditifs et difficultés liées à la mastication⁶²

Les atteintes sensorielles sont fréquentes chez les personnes âgées.

Parmi les troubles de la vision, la cataracte est la première cause de baisse de l'acuité visuelle. La rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome sont à l'origine de la plupart des cécités. Ces pathologies résultent souvent d'une carence de dépistage et de traitement précoce.

Parmi les atteintes de l'audition, la presbycusie, qui est l'altération des facultés d'audition liée à l'âge, reste la cause la plus fréquente de surdité pour l'adulte de plus de 50 ans. Elle aboutit à un isolement de la personne âgée préjudiciable aux activités sociales ou familiales. Cette pathologie contribue au vieillissement général de l'individu et peut favoriser les états dépressifs. L'altération de l'audition est également à l'origine d'accidents. Ces troubles peuvent en partie être prévenus par la diminution de l'exposition régulière à des bruits de grande intensité en milieu de travail et lors des loisirs.

Aux troubles visuels et auditifs, il faut ajouter les difficultés de mastication, qui augmentent sensiblement avec l'âge.

Pour les personnes vivant à domicile, les limitations fonctionnelles concernent moins de 5% de la population avant 40 ans et augmentent avec l'âge (Graphique 24 – données de l'enquête HSM, 2008 in *Rapport sur l'état de santé de la population en France 2015*).

À partir de 70 ans, elles sont plus fréquentes et multidimensionnelles, associant des problèmes physiques, sensoriels et cognitifs.

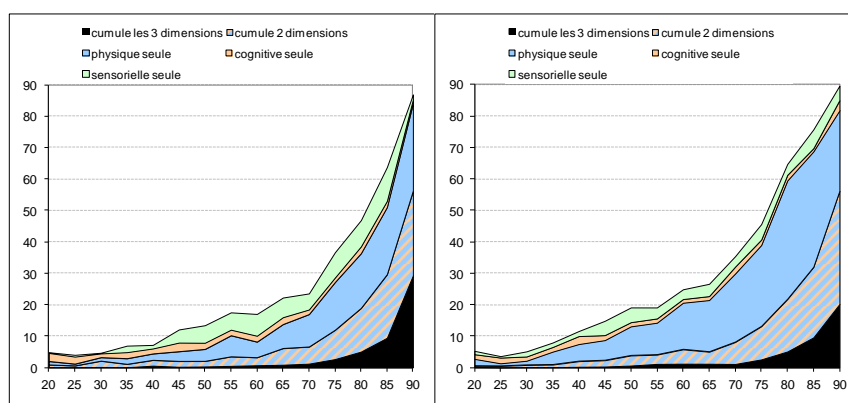
Ainsi, à 85 ans, 70% des hommes et 80% des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, et la moitié cumulent deux voire trois formes de limitations. Si elles ne sont pas compensées, ces limitations peuvent engendrer des gênes dans les activités de tous les jours. Chez les 65 ans et plus, 17% ont des difficultés pour les soins personnels et 44% pour les tâches domestiques. Après 80 ans, ces difficultés atteignent respectivement 30% et 65% des personnes. Quel que soit l'âge, la fréquence des difficultés pour les soins personnels est très proche chez les hommes et les femmes.

⁶² Louise Rolland-Guillard (Ined), 2018, « Les difficultés pour entendre, voir et mastiquer augmentent avec l'âge », *Études et Résultats*, n°1065, DREES, juin.

Graphique 24. Prévalence des limitations fonctionnelles selon l'âge

Hommes

Femmes



Champ : France métropolitaine et DOM. Personnes de 18 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.

Sources : *Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, INSEE (in L'état de santé de la population en France, rapport 2015).*

Encadré : Les chutes chez les personnes âgées⁶³

Maladie silencieuse, l'ostéoporose atteint préférentiellement les femmes et sa prévalence croît avec l'âge. Elle est souvent diagnostiquée lors de la survenue de fractures qui constituent la plus grave de ses conséquences, source majeure de handicap et d'incapacités, surtout chez les personnes âgées vivant autonomes à leur domicile. Les fractures les plus fréquentes sont les tassements vertébraux, les fractures du poignet et celles de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) dites « fractures du col du fémur ». Elles surviennent souvent à la suite de chutes à domicile. Les récurrences sont fréquentes : plus de la moitié des personnes âgées « chuteuses » récidivent dans l'année. Les fractures de hanche sont les plus graves : la surmortalité chez les femmes dans les 12 mois suivant une fracture de hanche a été estimée entre 10 et 20% ; elle est plus importante encore chez les hommes (le risque augmente avec l'âge et les décès sont rarement imputables à la fracture elle-même).

À partir de 65 ans, la traumatologie constitue 25% des motifs de recours aux urgences d'après l'enquête urgence de la DREES en 2013. Les chutes constituent 18% des circonstances de l'ensemble des recours pour les 65 ans ou plus. Globalement chaque année ce sont 6,0% des 65 ans et plus (4,2% chez les hommes et 7,3% chez les femmes) qui sont victimes d'une chute avec recours aux urgences. Ces taux d'incidence augmentent avec l'âge, de 3% entre 65 et 69 ans jusqu'à 18,2% chez les plus de 90 ans. Selon le Baromètre santé 2010, plus d'une personne de 65-85 ans sur cinq déclare qu'il lui est arrivé de tomber au cours des douze derniers mois. Selon les données de l'enquête EPAC sur l'ensemble des accidents de la vie courante, la durée moyenne d'hospitalisation des personnes âgées accidentées est de 9,1 jours et la médiane est de 8 jours : 27% de 0 à 1 jour, 18% entre 2 et 5 jours, 36% entre 6 et 15 jours, 5% dépassant 25 jours.

⁶³ Voir notamment Philippe Oberlin et Marie-Claude Mouquet. Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? DREES, Etudes et résultats, n° 723, avril 2010.

C) CONSOMMATION DE SOINS DE VILLE CHEZ LES PERSONNES AGEES

1) Postes de dépenses

Pour les 75 ans ou plus, le poste de dépenses en soins de ville le plus élevé correspond aux médicaments (940 € remboursés en moyenne), suivi des honoraires médicaux (dépenses en consultation de médecin généraliste et de spécialiste) puis les dépenses en actes infirmiers (tableau 19).

Ce dernier poste de dépense est presque multiplié par cinq entre 60-74 ans et 75 ans ou plus. La dépense en kinésithérapie est également multipliée par 2,5 entre les deux groupes d'âges. Les transports et le matériel médical sont quant à eux multipliés par 1,7. Ces postes de dépenses sont caractéristiques de la dépendance.

Tableau 19. Dépenses de soins de ville moyennes remboursées par l'Assurance Maladie selon l'âge (en euros)

	60-74 ans	75 ans ou plus
Total Soins de ville	2000	3000
<i>dont</i> Médicaments	690	940
<i>dont</i> Honoraires médicaux	420	520
<i>dont</i> Soins infirmiers	90	430
<i>dont</i> Actes de kinésithérapie	70	170
<i>dont</i> Autres auxiliaires médicaux	30	130
<i>dont</i> Matériel médical	140	240
<i>dont</i> Biologie	90	130
<i>dont</i> Honoraires dentaires	60	40
<i>dont</i> Transport	100	170

Champ : Dépenses remboursées par l'Assurance Maladie, consommateurs du Régime général (y compris Sections Locales Mutualistes), année 2010.

Source : SNIIRAM – Assurance Maladie (in Lucie Calvet, *Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus, Comptes nationaux de la santé – édition 2013*).

2) Recours

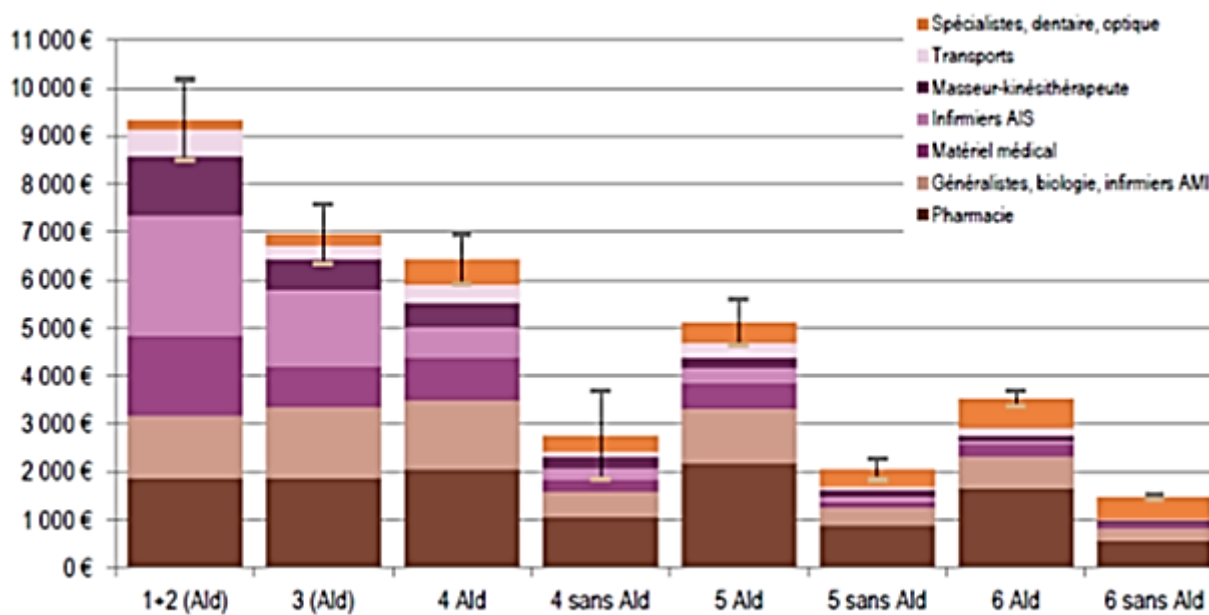
En moyenne, les personnes âgées de 75 ans ou plus ont recours au généraliste 8 fois dans l'année. Le nombre moyen de consultations au cabinet du praticien est de 5 et celui des visites au domicile est de 3.

La fréquence du recours au généraliste est cependant variable. En effet, la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus a consulté un médecin moins d'une fois tous les deux mois en moyenne, alors que les 10 % à y avoir eu le plus recours ont consulté un médecin près de

deux fois par mois. Les 10% de personnes ayant le plus recours à des visites de médecin généraliste à domicile en ont reçu en moyenne 17 dans l'année.

Au cours d'une année, 69% des personnes de 75 ans ou plus ont eu recours à un médecin spécialiste, 57% à un infirmier et 28% à un kinésithérapeute. Le recours aux médecins spécialistes, kinésithérapeutes et infirmiers est également inégal : 70% des personnes âgées n'ont pas eu recours à un kinésithérapeute dans l'année alors que 10% d'entre elles y ont eu recours plus de 11 fois dans l'année en moyenne.

Graphique 25. Répartition des dépenses de santé (soins de ville) selon le GIR et la présence d'ALD



Champ : France, personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en EHPAD, USLD ou maison de retraite.
Sources : INSEE 2007-2008 – appariement enquête handicap-santé ménages – SNIIRAM, et 2009 – appariement enquête handicap-santé institution – SNIIRAM, calculs DREES.

3) La poly-consommation médicamenteuse

D'après une étude de la DREES⁶⁴ (Calvet, 2013), la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus consomment 7 molécules médicamenteuses différentes de manière régulière. Entre les personnes âgées de 60-74 ans et celles de 75 ans ou plus, le nombre moyen de molécules différentes consommées régulièrement (avec au moins 3 dates de délivrance dans l'année) passe de 4,5 à 6,8. Au-delà de 75 ans, la moitié des personnes âgées consomment régulièrement plus de sept molécules différentes.

Parmi les molécules consommées, au moins une fois dans l'année, les plus fréquentes sont les anti-hypertenseurs (68% des 75 ans ou plus) suivis des agents anti-thrombotiques (39%) et des anxiolytiques (22%). Entre 60-74 ans et 75 ans ou plus la proportion de personnes traitées avec des agents anti-thrombotiques double. Les médicaments agissant sur le système nerveux

⁶⁴ Lucie Calvet. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus. DREES, Comptes nationaux de la santé – édition 2013.

sont également très utilisés au-delà de 75 ans puisque 22% des personnes âgées utilisent des anxiolytiques, 16% des antidépresseurs, 12% des hypnotiques et sédatifs et 3% des neuroleptiques. Souvent utilisées en cas d'anxiété et de dépression, ces molécules s'accumulent davantage dans l'organisme avec l'âge et entraînent un risque accru de chute aux conséquences souvent graves chez la personne âgée.

D) HOSPITALISATIONS⁶⁵

1) Fréquence et motifs des hospitalisations

Les personnes âgées sont plus souvent hospitalisées que leurs cadets et elles le sont plus fréquemment dans l'année.

Cela se traduit par un nombre de journées d'hospitalisation et un nombre de séjours plus élevés que dans le reste de la population. On note également que la part des hospitalisations non programmées double entre la tranche d'âge des 65-74 ans et celle des 85 ans.

Le nombre moyen de journées d'hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans ou plus ne varie pas entre 2010 et 2012 (tableau 20) mais il augmente fortement avec l'âge pour passer d'environ 2 jours chez les 65-74 ans à 6 jours chez les 85 ans ou plus.

Tableau 20. Nombre moyen de journées d'hospitalisation chez les 65 ans ou plus (pour 1 000 personnes de la tranche d'âge considérée)

Année	65-74 ans	75-84 ans	75 ans ou plus	85 ans ou plus
2012	2 076,5	3 585,6	4 356,5	6 295,1
2011	2 055,8	3 621,6	4 347,4	6 273,2
2010	2 076,5	3 585,6	4 356,5	6 295,1

* Il s'agit des séjours débutés et terminés dans l'année, avec au moins une nuitée (hors ambulatoire), hors séances et hors groupage en CMD 90 (séjours groupés en erreur, non valorisés) avec un chainage correct.

Champ : MCO

Sources : PMSI-MCO, exploitations ATIH.

Avec une évolution de +2,3% en 2013, les séjours des patients de plus de 65 ans contribuent le plus à la croissance de l'ensemble des séjours.

La prise en charge en hospitalisation complète est plus fréquente pour les patients de plus de 65 ans : 67% des séjours vs 60% pour les patients ayant moins de 65 ans. Il s'agit essentiellement de séjours sans acte classant avec nuitée(s), dit de « médecine », représentant 43% des séjours des patients de plus de 65 ans (vs 24% pour les patients de moins de 65 ans).

⁶⁵ Voir notamment Rapport sur le vieillissement de la population et l'évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 : focus sur la prise en charge des 80 ans et plus. ATIH, 2012.

Tableau 21. Répartition des séjours* annuels dans les services de soins de courte durée MCO selon la pathologie traitée***, l'âge et le sexe du patient en 2012 (en %)**

	Tous âges	65 ans ou +	
	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Appareil circulatoire	8,7	16,7	13,2
Autres motifs ****	13,5	12,8	10,6
Tumeurs	7,6	12,1	8,1
Appareil digestif	13,0	10,8	10,3
Œil et annexes	5,3	9,4	12,9
Symptômes et signes mal définis	6,6	7,9	7,5
Appareil respiratoire	5,0	6,2	5,1
Système ostéo-articulaire	6,8	5,2	8,1
Appareil génito-urinaire	5,4	4,5	3,8
Traumatismes et empoisonnements	6,5	4,2	7,9
Système nerveux	3,1	2,8	3,4
Maladies endocriniennes	2,2	1,8	2,2
Troubles mentaux	2,2	1,6	2,4
Maladies du sang	1,1	1,6	1,7
Maladies infectieuses	1,4	1,1	1,2
Maladies de la peau	1,4	1,0	1,0

*. Hospitalisations d'une durée supérieure ou égale à 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins de 24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

** . Médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et odontologie.

***. Diagnostic principal, regroupement selon les chapitres de la CIM10 de l'OMS (les chapitres pour lesquels la fréquence < 1% ne sont pas reportés. C'est le cas en particulier des chapitres relatifs à la grossesse et à l'accouchement).

****. Motifs de recours aux services de santé autres que maladies ou traumatismes, tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.

Champ : Établissements publics et privés y compris SSA - Résidents en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte.

Sources : ATIH PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

2) Durée des séjours

La durée moyenne des séjours (DMS) augmente avec l'âge pour passer de 7,4 jours chez les 65-74 ans à 9,9 jours en moyenne chez les personnes âgées de 85 ans ou plus en 2012.

3) Part des séjours non programmés

Elle passe de 31,3% chez les 65-74 ans à 60,2% chez les 85 ans ou plus. Ce pourcentage continue de progresser d'année en année depuis 2010 (source PMSI-MCO, exploitations ATIH).

4) Ré-hospitalisations

Environ 17% des séjours sont suivis d'une réhospitalisation dans les 30 jours à partir de 65 ans. Le taux de réadmission à 30 jours en chirurgie (ambulatoire ou non) présente un gradient par rapport à l'âge. D'après une étude de la DREES⁶⁶ (Yilmaz E. et Vuagnat A., 2013), il avoisine en 2012 les 3% pour les patients de moins de 20 ans, alors qu'il monte à près de 15% pour les 70 ans ou plus. Cet effet serait lié à la complexité et la sévérité des pathologies des personnes âgées, qui ont moins de réserves physiologiques et cicatrisent moins vite.

Encadré : Patients âgés de 80 ans ou plus hospitalisés

En 2010, les patients âgés de 80 ans ou plus représentaient 11,2% des personnes hospitalisées en MCO (12,9% des séjours* soit au total près de 2,9 millions de séjours*) et respectivement 25,9% et 37,2% de la patientèle en SSR et HAD.

MCO

La majorité des séjours est en hospitalisation complète (59% ; 1,7 million de séjours) et plus particulièrement en « médecine ». Les séjours des personnes âgées sont plus lourds que pour l'ensemble de la population avec des niveaux de sévérité plus élevés. On notera que la DMS est très élevée sur cette tranche d'âge en particulier pour le secteur ex-DG (9,4 jours) qui prend en charge des séjours de niveau de sévérité plus lourd que pour le secteur ex-OQN (6,6 jours)

Le recours à l'ambulatoire est plus faible à cet âge (16,3%) que dans l'ensemble de la population (26,4%).

Près de 40% des séjours des personnes âgées se répartissent sur quatre Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) : CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » avec 18,8% des séjours (vs 9,4% en population totale), CMD 2 « Affections de l'œil » avec 10,7% des séjours (vs 5,2%), CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » avec 9,2% des séjours (vs 4,9%), CMD 1 « Affections du système nerveux ». En moyenne le nombre de séjour est de 1,74 par patient.

Pour les séances, qui représentent 25% des séjours des 80 ans et plus, la moitié concerne des séances de dialyse. En moyenne le nombre de séances est de 16 par patient.

HAD

Dans son rapport « Charges et produits pour 2019 », la CNAMTS note « qu'en France, l'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) reste majoritairement sur initiative hospitalière et est souvent positionnée comme l'aval d'une hospitalisation avec hébergement. C'est pourtant une hospitalisation à part entière qui pourrait intervenir davantage en substitution d'une hospitalisation avec hébergement, plutôt qu'en complément. Plus des 2/3 des inclusions d'HAD sont d'origine hospitalière en France.

L'intervention de l'HAD dans les structures médico-sociales, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), est en hausse constante ces dernières années. Elle représentait en 2016 6,7 % de l'activité totale réalisée par les établissements d'HAD. Ces chiffres devraient significativement progresser car l'arrêté du 19 janvier 2017 a mis fin aux restrictions existant précédemment en ouvrant l'ensemble des prises en charge possibles en HAD aux résidents d'EHPAD. ».

S'agissant de l'activité de prise en charge en HAD, le nombre de journées de présence par patient est estimé en moyenne à 55,1 jours pour les personnes âgées de 80 ans ou plus.

⁶⁶ Engin Yilmaz et Albert Vuagnat. Tarification à l'activité et réadmission - Le panorama des établissements de santé, DREES - édition 2014.

SSR

S'agissant de l'activité de prise en charge en SSR, le nombre de journées de présence par patient est estimé en moyenne à 39,4 jours pour les personnes âgées de 80 ans ou plus.

* y compris les séances

Source : ATIH et CNAMTS (juillet 2018) « Rapport Charges et produits pour l'année 2019 ».

Encadré : Les programmes de retour à domicile de la CNAMTS

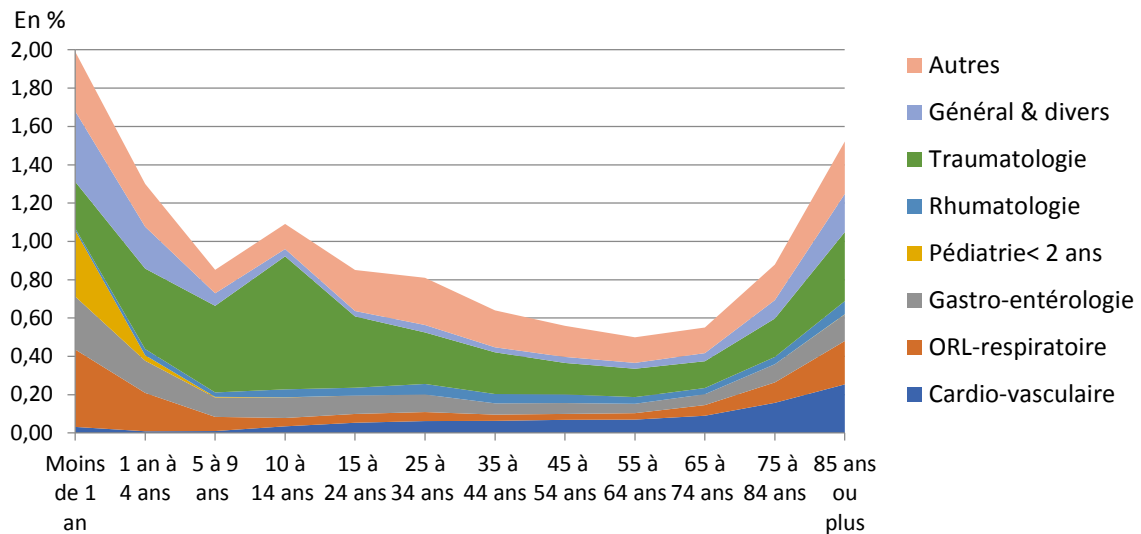
Dans l'objectif de limiter les risques de perte d'autonomie liés aux conséquences d'un séjour en établissement des personnes âgées, la CNAMTS a développé des services d'accompagnement de retour à domicile, comme le programme PRADO qui a développé un volet spécifique pour les personnes âgées. La visite programmée d'un intervenant au domicile du patient, chargé de l'analyse des besoins au moment du retour à domicile et de proposer des solutions pour faciliter le maintien à domicile (y compris portage de repas ou aide-ménagère) doit permettre de diminuer les durées de séjour en établissements MCO et SSR et les ré-hospitalisations. En 2015, 46 000 personnes âgées de plus de 75 ans et 15 000 de plus de 85 ans ont été accompagnées.

5) Recours aux urgences

D'après l'enquête urgence réalisée par la DREES un jour donné en 2013⁶⁷, près d'une personne sur 1 000 de la population résidant en France s'est rendue aux urgences. Les taux de recours les plus élevés se situent aux âges extrêmes et concernent 1,5‰ pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. À partir de 65 ans, la traumatologie constitue 25% des motifs de recours et les problèmes cardio-vasculaires 17%. Les recours en traumatologie des personnes âgées sont liés aux chutes qui constituent 18% des circonstances de l'ensemble des recours pour les 65 ans ou plus.

⁶⁷ Bénédicte Boisguérin *et al.* Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. Dossier - Le panorama des établissements de santé - édition 2014.

Graphique 26. Taux de recours aux urgences selon le motif de recours et l'âge du patient



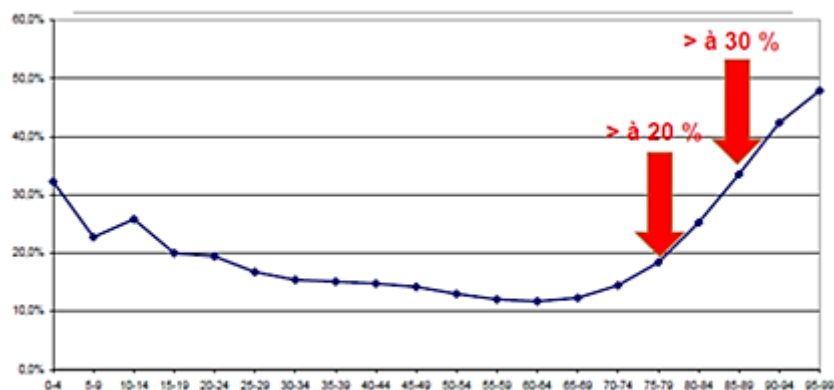
Note : - La nomenclature des motifs de recours a été élaborée par la Société française de médecine d'urgence.
 - La rubrique « Général et Divers » comprend les recours des patients venus pour de la fièvre, un problème d'altération de l'état général, de la fatigue, des sutures, pansements, etc.
 - La rubrique « Autres » représente un quart des motifs de recours : elle comprend les motifs de type neurologique, gynéco-obstétrique, psychiatrique, dermatologiques, etc. La rubrique « Pédiatrie » comprend les troubles alimentaires du nourrisson, les diarrhées, les fièvres du nourrisson de moins de 3 mois, les problèmes respiratoires, etc.
 - Le taux de recours par pathologie est le rapport des patients ayant recours aux services d'urgences de la classe d'âges et du motif de recours donné à la population générale de la classe d'âges, pour la journée d'observation.

Champ : Patients ayant répondu à la question du motif de recours.

Sources : DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques. INSEE, données de la population.

Les prises en charge aux urgences sont plus lourdes chez les personnes âgées. En salle d'accueil des urgences vitales, les soins destinés aux patients en situation de détresse vitale, existante ou potentielle, permettent de réaliser des actes de réanimation respiratoire et cardiaque. Ils concernent 5% seulement de l'ensemble des passages, mais plus de 10% des passages des patients âgés de 65 ans ou plus.

Graphique 27. Part des séjours hospitaliers pour lesquels le patient est arrivé par les urgences



Source : ATIH-DREES-CNAMTS⁶⁸.

Encadré : La fin de vie. Extraits du rapport de la CNAMTS « Charges et produits pour l'année 2019 », juillet 2018

La fin de vie est le sujet d'importants questionnements sociétaux et éthiques. Alors que la population française exprime un choix marqué pour une prise en charge de la fin de vie et un décès à domicile⁶⁹, plus de la moitié des décès surviennent à l'hôpital⁷⁰. [...]

En 2013, 60 % des décès qui ont été constatés chez des assurés du régime général sont survenus lors d'une hospitalisation (51 % en hôpital de court séjour, 6 % en soins de suite et réadaptation et 3 % en hospitalisation à domicile), pour 13 % en EHPAD et pour 26 % dans d'autres lieux qui ne peuvent être distingués (faute d'information dans les bases) tels que le domicile, la voie publique, ou d'autres institutions... Ces décès comprennent bien sûr les décès accidentels ou de survenue imprévisible et rapide qui ne font pas l'objet d'une prise en charge de fin de vie. Des différences sont observées selon le sexe et surtout l'âge des personnes décédées :

- la proportion de femmes, plus âgées, décédées en EHPAD était de 20 % contre 8 % pour les hommes ;
- à l'inverse, la proportion des hommes décédés en hôpital de court séjour était plus importante (55 % vs 47 %).

Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement aux près de 25 500 personnes prises en charge majoritairement à leur domicile lors des 30 derniers jours avant leur décès, 32 % avaient eu au moins un recours aux urgences, 14 % au moins une séance de chimiothérapie et, 56 % au moins un transport remboursé. Les trois quarts des personnes avaient eu recours au moins une fois à un médecin généraliste (avec une médiane de 2 visites sur les 30 jours) et 68 % avaient vu une infirmière au moins une fois, avec pour 50 % d'entre eux environ une visite tous les 2 jours.

Le recours à un médecin spécialiste était un peu moins fréquent (32 % des personnes). Ces taux de recours qui peuvent paraître faibles compte tenu de la proximité du décès, reflètent une image incomplète du suivi à domicile par les professionnels de santé. En effet, les éventuelles interventions des professionnels de santé des SSIAD, des équipes mobiles et réseaux de soins palliatifs ne peuvent être comptabilisés dans le système national des données de santé (SNDS).

⁶⁸ Extrait de la présentation de Claude Jeandel (CNP), Gaétan Gavazzi (CNEG) et Olivier Guérin (SFGG) devant l'ONDPS, 21 février 2018

⁶⁹ 85% des français ont en effet déclaré dans un sondage IFOP de 2010 vouloir décéder à domicile

⁷⁰ http://www.sfap.org/system/files/etude2016_findevie_fondationadrea.pdf

*

* *

Ce premier ensemble de données sur l'état de santé des personnes âgées fait bien ressortir trois enjeux principaux :

- Le poids des maladies chroniques et des poly pathologies aux âges élevés et la prévalence des limitations fonctionnelles et des troubles sensoriels, mettent en exergue les besoins de consolidation des parcours et de coordination des acteurs, du champ du soin comme du champ médico-social ou social ;
- Le profil des personnes âgées est marqué en matière de consommation médicamenteuse, de recours à l'hospitalisation et de séjours non programmés, voire en urgence, ce qui les expose davantage que les autres populations aux effets iatrogènes du système et appelle donc des actions préventives ;
- La grande diversité des pathologies auxquelles sont exposées les personnes âgées, la complexité des prises en charge et les besoins de coordination afférents posent de façon aiguë la question de la disponibilité des ressources soignantes sur le terrain, mais aussi la question de la connaissance de ces ressources et du recours, avec une problématique prégnante d'inégalités sociales et territoriales.

E) POIDS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTEES (MAMA)

La maladie d'Alzheimer fait partie des maladies neurodégénératives d'évolution progressive. Les causes précises de la maladie ne sont pas identifiées, mais les travaux de recherche sur le sujet permettent de mieux en connaître les mécanismes biologiques.

En termes d'incidence, de prévalence, de caractéristiques sociodémographiques, de prise en charge... la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont encore mal connues. La France ne dispose pas aujourd'hui d'un système de surveillance épidémiologique opérationnel des MAMA (voir annexe 3).

1) La maladie et les malades

a) Les maladies neurodégénératives

Les maladies neurodégénératives (MND) constituent un groupe de pathologies progressives liées à des lésions cérébrales caractéristiques, conduisant à la mort des neurones et à la destruction du système nerveux.

Une caractéristique commune à la majorité de ces maladies neurodégénératives est l'accumulation dans le tissu nerveux d'agrégats intra- ou extracellulaires de protéines mal conformées, appelés dépôts amyloïdes, responsables directement ou indirectement de la mort neuronale.

Pour certaines de ces maladies, des facteurs génétiques ont été mis en cause (formes héréditaires), mais la plupart surviennent de manière isolée (formes sporadiques), ce qui n'exclut pas l'implication de facteurs génétiques.

Elles se caractérisent soit par une atteinte prédominante des fonctions psychiques, aboutissant à la démence⁷¹ comme dans la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Pick, soit par des anomalies motrices prédominantes comme dans la sclérose latérale amyotrophique ou la maladie de Parkinson (cf. encadré ci-dessous), soit par l'association des deux comme dans la chorée de Huntington ou la maladie de Creutzfeldt-Jakob (voir annexe 2).

La démence constitue la forme la plus grave du vieillissement cérébral pathologique. Elle se manifeste par une altération croissante de la mémoire et des fonctions cognitives, ainsi que par des troubles du comportement, conduisant à une perte progressive d'autonomie. Elle est à l'heure actuelle irréversible. En l'absence de traitement curatif disponible, l'évolution se fait vers un état grabataire dont les complications conduisent au décès.

Encadré : La maladie de Parkinson

Depuis 2014, Santé publique France a mis en place un programme de surveillance des maladies neurodégénératives, dont la maladie de Parkinson. Il s'agit d'une affection chronique lentement évolutive, principalement caractérisée par des troubles moteurs, comme le tremblement de repos, la rigidité ou la lenteur du mouvement. Des symptômes non-moteurs sont également fréquemment présents telle la dépression. Le bulletin épidémiologique hebdomadaire a publié en 2018 pour la première fois une estimation de la fréquence de la maladie de Parkinson en France⁷². Fin 2015, 166 712 personnes ont été traitées pour la maladie de Parkinson en France, soit une prévalence de 2,50 patients pour 1 000 personnes. Au cours de cette même année, 25 842 personnes étaient nouvellement traitées, soit une incidence de 0,39 patients pour 1 000 personnes-années. La prévalence et l'incidence augmentaient progressivement avec l'âge jusqu'à 80 ans ; plus de la moitié des patients avaient plus de 75 ans. Les hommes étaient atteints environ 1,5 fois plus souvent que les femmes. La distribution géographique de la maladie était caractérisée par une certaine hétérogénéité spatiale.

La MP est la seconde maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer.

Sources: Moisan F, Wanneveich M, Kab S, Moutengou E, Boussac-Zarebska M, Carcaillon-Bentata L, et al. Fréquence de la maladie de Parkinson en France en 2015 et évolution jusqu'en 2030. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(8-9):128-40.

⁷¹ Le syndrome démentiel se définit comme des troubles des fonctions cognitives (mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives, etc.) suffisamment importants pour retentir sur la vie quotidienne et qui durent depuis au moins 6 mois. La HAS précise que le terme « démence » n'a aucune connotation péjorative. Il signifie que les troubles cognitifs ont un retentissement dans la vie quotidienne du patient et que celui-ci doit être aidé ou supervisé, au moins pour les activités les plus élaborées.

⁷² Moisan F, Wanneveich M, Kab S, Moutengou E, Boussac-Zarebska M, Carcaillon-Bentata L, et al. Fréquence de la maladie de Parkinson en France en 2015 et évolution jusqu'en 2030. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(8-9): 128-40.

b) La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

Décrite pour la première fois en 1907 chez une femme de cinquante et un ans, la maladie d'Alzheimer (et maladies apparentées) est aujourd'hui la première cause des syndromes démentiels. Elle représenterait entre 60% et 70 % des démences. Les maladies apparentées comprennent les autres causes fréquentes de syndrome démentiel : la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, la démence compliquant la maladie de Parkinson, la dégénérescence lobaire fronto-temporale.

Les symptômes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées évoluent dans le temps, de manière variable d'un individu à l'autre.

Les troubles de la mémoire forment le symptôme le plus fréquent. Ils sont associés à d'autres troubles des fonctions cognitives :

- de troubles du langage (aphasie) ;
- de difficultés à effectuer certains gestes (apraxie) ;
- de la perte de la reconnaissance des objets ou des personnes (agnosie) ;
- ou encore de la perte des fonctions exécutives, c'est-à-dire de la capacité à adapter son comportement à un contexte donné.

Les troubles cognitifs ont un retentissement dans la vie quotidienne du patient, qui doit être aidé ou supervisé, au moins pour les activités les plus élaborées. La perte d'autonomie des patients n'est pas nécessairement sévère au début et pendant plusieurs années.

Ces maladies commencent donc bien avant le stade démentiel par l'apparition de troubles cognitifs diversement associés et éventuellement de troubles du comportement ou de la personnalité. Ce sont des maladies chroniques présentées comme un continuum, se déroulant selon différents stades, du stade préclinique à celui des premiers symptômes puis celui de la démence. Il pourrait y avoir parfois plus d'une dizaine d'années entre le stade préclinique et les premiers symptômes ; à partir de ces premiers symptômes, lorsque le diagnostic peut être posé, ces maladies conduisent après plusieurs années souvent estimées entre 4 et 8 ans à une perte quasi totale des facultés cognitives, ainsi qu'à une déchéance physique. L'évolution de l'état de santé est donc prévisible, même s'il n'est pas linéaire. Aucun traitement médicamenteux ne permet aujourd'hui d'enrayer la maladie. L'apparition de la dépendance est progressive avec retentissement sur les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacement) et sur l'entourage. La maladie amène le malade à un état très dépendant.

L'étude PAQUID⁷³ (voir annexe 3) a montré que les démences étaient la cause principale de dépendance du sujet âgé.

⁷³ Dartigues JF, Helmer C, Letenneur L, Péres K, Amieva H, Auriacombe S, Orgogozo J-M, Commenges D, Jacqmin-Gadda H, Richard-Harston S, Delva F, Foubert-Samier A, Barberger-Gateau P. Paquid 2012 : illustration et bilan. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012; 10(3) :325-31 doi:10.1684/pnv.2012.0353

c) Les caractéristiques des personnes atteintes de MAMA

Plusieurs sources de données sont disponibles pour fournir des données sur les personnes atteintes de MAMA : l'assurance maladie, les cohortes populationnelles, la Banque Nationale Alzheimer. Mais ces sources sont incomplètes et on ne peut que constater que la surveillance épidémiologique des MAMA en France n'est pas aboutie (voir annexe 2). Pour ces raisons, les caractéristiques sociodémographiques sont peu connues.

Il est généralement estimé que ces maladies ne surviennent pas de façon isolée et près de 30% des personnes de plus de 80 ans souffrant de démences, présentent deux ou plus pathologies chroniques associées. Cette comorbidité rend particulière la prise en charge de ce problème de santé⁷⁴.

La répartition sur le territoire des personnes atteintes de MAMA n'est pas connue.

Encadré : Informations publiées par l'association France Alzheimer

- C'est la quatrième cause de mortalité en France;
- 1 patient sur deux est diagnostiqué, et un patient sur trois à des stades précoces ;
- 225 000 personnes diagnostiquées par an ;
- 32 000 malades ont moins de 65 ans soit 3,1 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;
- 40 % des malades sont des hommes ;
- 14,2 % des personnes de plus de 75 ans sont atteints d'une MAMA. La maladie d'Alzheimer représente environ 70 % des cas de syndrome démentiel ;
- 550 000 personnes sont suivies médicalement, dont 350 000 bénéficient d'une prise en charge au titre de l'affection de longue durée ALD 15 ;
- 9,9 milliards sont consacrés à la prise en charge médicale, sociale médico-sociale de la maladie d'Alzheimer en France
- 22 099 € : coût annuel moyen par patient dont 12 146 € par famille et par an, et 4 225 € à la charge des Conseils départementaux.

d) Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la maladie

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) dans son rapport de 2018⁷⁵ a résumé les facteurs associés à un risque augmenté ou diminué de survenue de MAMA. Mais il précise que la nature causale de ces associations n'est pas démontrée par des études interventionnelles.

Les facteurs associés à un risque augmenté :

- la présence de facteurs de risque cardiovasculaire aux « âges médians de vie »⁷⁴ (40-60 ans) : hypertension artérielle, diabète et, avec un plus faible niveau de preuve, le tabac, l'hypercholestérolémie, l'obésité ou l'athérosclérose ;
- la consommation de benzodiazépines, de médicaments à visée anticholinergique chez les personnes à partir de 65 ans ;

⁷⁴ Evaluation du Plan ALZHEIMER 2008-2012, Joël Ankri

⁷⁵ Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, HCSP 2018

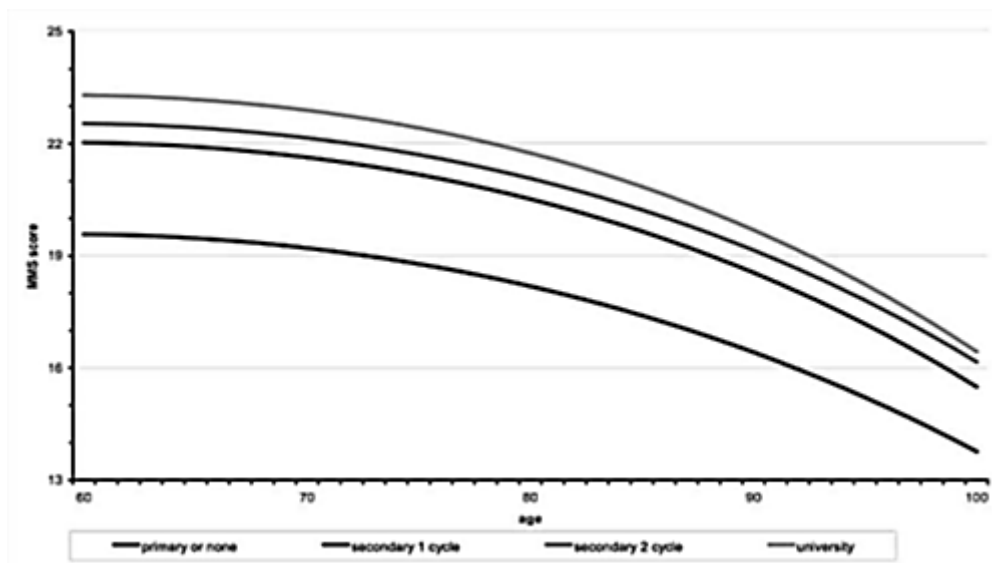
et de manière moins étayée :

- la dépression,
- les troubles auditifs,
- l'hypovitaminose D,
- la vie dans un quartier défavorisé ou l'appartenance à un groupe socialement vulnérable.

Les facteurs protecteurs, associés à un risque diminué :

- un niveau d'éducation plus élevé permettant une réserve cognitive plus importante, et probablement une meilleure connaissance du système de santé et un meilleur accès aux soins. Les résultats au test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique⁷⁶ pour les personnes présentant une MAMA sont plus élevés, quel que soit l'âge, quand le niveau d'éducation est plus élevé (graphique 28) ;
- le régime dit « méditerranéen », les aliments riches en AGPI n-3 ;
- l'activité physique ;
- les activités sociales et de loisirs.

Graphique 28. Patient présentant une MAMA : MMSE score au moment du diagnostic en fonction de l'âge et du niveau d'éducation⁷⁷



Source : Livre blanc de la fragilité, 2015 à partir des données CIMA : les actes réalisés dans les Centres Mémoire de Recherche et Ressources, les Centres Mémoire et les spécialistes libéraux sont recueillis par la banque nationale Alzheimer BNA, sous forme d'un Corpus d'Information Minima Alzheimer (CIMA).

⁷⁷ MMSE, mini-mental state examination : il s'agit d'un questionnaire à réponses courtes. Les personnes évaluées doivent aussi accomplir quelques tâches simples. Les éléments évalués sont regroupés en six sous-sections : orientation, enregistrement, attention et calcul, rétention mnésique, langage et praxie de construction.

2) Le nombre de malades

Dans le monde, selon le Alzheimer's Disease International⁷⁸, le nombre total de personnes qui souffrent de MAMA est estimé en 2015 à 46,8 millions ; le rapport 2015 prévoit que ce nombre double tous les 20 ans, soit 74,7 millions de personnes concernées en 2030 et 131,5 millions en 2050. Ces estimations sont supérieures de plus de 12% à celles faites par l'institution pour le rapport 2009.

Le taux de prévalence ne dépend pas seulement de l'âge, mais des caractéristiques des pays et de leurs populations : l'estimation de la prévalence de la démence chez les personnes de 60 ans et plus passe de 4,6% en Europe à 8,7% en Afrique du Nord⁷⁹.

En 2009, ces maladies correspondaient à 11,2% des années de vie passées avec incapacités, devant les accidents vasculaires cérébraux (9,5%), les maladies cardiaques (5%) et les cancers (2,4%)⁸⁰.

En France⁸¹, la prévalence actuelle est estimée à 6-8% des personnes de 65 ans et plus. L'incidence annuelle, soit le nombre de nouveaux cas, augmente rapidement avec l'âge : d'environ 2,4 pour 1 000 personnes entre 65 et 69 ans à plus de 50 pour 1 000 personnes de plus 85 ans.

Au vu des 12,3 millions de personnes de plus de 65 ans en France en 2017, la population atteinte d'une MAMA serait de 865 000, en retenant un taux de prévalence de 7%.

Si on retenait le taux de prévalence du World Alzheimer Report pour les pays d'Europe, on obtiendrait une prévalence de 790 000.

L'estimation la plus fréquemment rencontrée pour la France porte le nombre de personnes atteintes à 900 000⁸².

Comme le résume le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) publié en 2018⁸³, les estimations de fréquence ne peuvent pas être obtenues via des indicateurs du système de santé en raison du sous-diagnostic dans la population du nombre de malades. Les estimations de prévalence et d'incidence sont donc principalement basées sur des études de cohorte en population avec dépistage systématique de la démence (annexe 3).

3) La prise en charge

Le vécu de la maladie

L'association France Alzheimer présente la maladie d'Alzheimer comme une maladie qui peut être différente d'une personne à l'autre et dont l'évolution est également différente d'une personne à l'autre.

Pour une personne malade, la perte de fonctions cognitives entraîne des difficultés pour réaliser des gestes, pourtant habituels, depuis des actions complexes comme l'écriture, jusqu'à des gestes simples comme avaler des aliments. L'exécution de tâches complexes ou nouvelles

⁷⁸ World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia

⁷⁹ Entre 2015 et 2050, le nombre de personnes vivant avec une démence dans les pays à revenu élevé augmenterait de 116%, dans les pays à revenu moyen de 227%, dans les pays à revenus faible de 264%.

⁸⁰ Cité par Professeur Joël ANKRI Professeure Christine VAN BROECKHOVEN, Evaluation du Plan Alzheimer 2008-2012

⁸¹ Catherine Helmer, Evolution temporelle des démences BEH 28-29

⁸² Les estimations de l'INVS sont plus importantes

⁸³ Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, HCSP 2018

devient progressivement impossible, comme faire son budget, organiser un voyage, recevoir des amis, etc.

Mais ces troubles affectent également les émotions car la maladie agit sur les sentiments. Ils affectent aussi le comportement, qui reflète souvent une réaction de peur

Le rapport Ankri⁸⁴ résume le vécu des personnes malades et de leur entourage : « *surtout la maladie d'Alzheimer comme beaucoup de maladies neuro-dégénératives constitue un drame humain. Outre la souffrance du patient qui en est atteint, il y a celle du proche qui l'accompagne tout au long de l'évolution de la maladie. Le caractère dramatique est renforcé par l'aspect déroutant de ces maladies, par les limites de nos connaissances sur les causes, par la faiblesse des moyens thérapeutiques et des aides disponibles.* »

a) *Le rôle de l'entourage*

Avec 900 000 personnes atteintes d'une MAMA, il est estimé qu'au moins deux à trois millions de personnes sont directement touchées par la maladie si on prend en compte les proches aidants.

Selon le rapport de la DREES sur l'état de santé de la population en France 2015, les proches de malades Alzheimer sont exposés à des facteurs de stress majeurs qui augmentent le risque de développer des problèmes tant physiques qu'émotionnels. L'INPES a mis en place un module de questions pour les personnes connaissant ou ayant connu une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, qu'ils soient parents, amis ou voisins, qui permet d'obtenir les résultats suivants :

- plus d'un quart des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées ont connu ou connaissent une personne atteinte d'une MAMA ;
- les personnes déclarant avoir au moins un proche diagnostiqué Alzheimer présentent des scores de sante générale, sante physique et santé mentale significativement moins bons que les autres ainsi que des scores en termes d'anxiété, de dépression et de douleur significativement plus élevés ;
- on constate une association significative entre la connaissance d'une personne atteinte d'Alzheimer et les plaintes d'ordre cognitif exprimées au cours des 8 derniers jours : 55 % déclarent avoir eu des problèmes de sommeil (47 % parmi les personnes n'ayant aucun proche atteint), 66 % des douleurs « quelque part » (versus 59 %), 77 % l'impression d'être fatigués (versus 70 %), 35,4 % ont été tristes ou déprimés (versus 32 %), 65 % ont été tendus ou nerveux (versus 60 %).
- cependant, les personnes concernées déclarent une vie sociale comparable aux autres au cours des 8 derniers jours : avoir rencontré des gens de leur famille ou des amis ou avoir eu des activités de groupe ou de loisirs.

Le rapport Ankri souligne que, parmi les personnes âgées en perte d'autonomie qui bénéficient d'une aide, près de la moitié sont aidées uniquement par leur entourage familial. L'aide uniquement professionnelle concerne 21% de la population, le reste correspondant à une aide mixte (famille et professionnels). L'aide est donc principalement du ressort de l'entourage du malade. Les familles incarnent donc un pivot de la relation d'aide. Le plan Alzheimer 2008-2012 avait reconnu le rôle des aidants familiaux et diversifié l'aide et le soutien à leur apporter.

⁸⁴ Joël ANKRI, Christine VAN BROECKHOVEN, Evaluation du plan Alzheimer, juin 2013

b) Prise en charge à domicile ou en établissement

En l'absence d'un suivi plus abouti, la répartition des personnes entre domicile et établissement n'est pas bien établie.

Selon la DREES, fin 2015, environ 260 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées c'est-à-dire en EHPAD, USLD ou Logements foyers, souffrent d'une MAMA. Cela signifie qu'environ 36% des résidents sont atteints d'une MAMA⁸⁵. Cette proportion est la plus importante en EHPAD privés (45%), en EHPAD publics (40%) et dans les USLD. Elle est plus faible dans les logements foyers (2,5%).

Si l'on regarde uniquement les EHPAD, le taux de personnes atteintes de troubles cognitifs continue de progresser et atteint 57% selon les dernières données de la Fondation Médéric Alzheimer⁸⁶.

La part des personnes atteintes de MAMA en résidences services, ou accueil familial notamment n'est pas connue.

Selon l'association France Alzheimer et maladies apparentées, 40 % des personnes malades vivraient en institution et 60 % à leur domicile.

Encadré : Dispositifs d'accompagnements spécifiques des personnes atteintes de MAMA Extrait de Lettre de l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer n°49-50, 2018

En établissement, il existe dans les EHPAD et les USLD deux types d'unités dédiées aux personnes malades, dotées pour cela d'un environnement spécifique assurant le bien-être et la sécurité des personnes et de moyens en personnel adéquats à leur accompagnement. Les dispositifs les plus répandus, sont les « unités spécifiques Alzheimer » (USA), dénommées dans les établissements de façon diverse (cantou, unité de vie protégée, unité de vie pour personnes désorientées, unité fermée...). Elles se sont développées depuis une vingtaine d'années dans les EHPAD et plus marginalement dans les USLD. Ces unités ne répondent à aucun cahier des charges officiel bien qu'il y ait eu une réflexion de la communauté scientifique et soignante pour définir des critères de conception et de pratiques professionnelles. 3 550 établissements, soit 47 % des EHPAD et 9 % des USLD recensés comportent une ou plusieurs unités spécifiques Alzheimer. Leur capacité totale est de 64 284 places (environ 5 000 de plus qu'en 2015), dont 63 326 en EHPAD.

Les unités d'hébergement renforcé (UHR) ont été mises en place par le 3e Plan Alzheimer et obéissent à un cahier des charges précis. Elles sont destinées à accueillir nuit et jour, pendant une période limitée, des résidents présentant des troubles importants du comportement. Les 250 UHR totalisent 3 534 places d'hébergement. Elles sont présentes dans 16 % des USLD pour une capacité totale de 1 459 places et 2 % des EHPAD pour une capacité totale de 2 075 places.

Enfin, 246 structures, représentant 11 862 places, sont entièrement dédiées à l'hébergement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces trois dispositifs représentent au total 79 398 places réservées à ce public, soit 11 % de la capacité totale des établissements médicosociaux pour personnes âgées.

Le 3e Plan Alzheimer a créé dans les EHPAD les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), qui proposent pendant la journée aux résidents présentant des troubles du comportement modérés, des activités sociales ou thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé. 1 548 EHPAD, soit 21 % d'entre eux, possèdent un PASA labellisé en 2017, ce qui représente 21 359 places de PASA. Le nombre de PASA est en nette progression par rapport à 2015 : + 34 %, mais il reste de fortes disparités territoriales.

⁸⁵ 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, DREES, Etudes et Résultats 1015, juillet 2017.

⁸⁶ Lettre de l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer n°49-50, 2018

Entre le domicile et l'établissement, certains établissements proposent des accueils de jour pour recevoir les personnes vivant à domicile et atteintes de MAMA (cf. infra sur l'accueil temporaire). Ils proposent une grande diversité d'activités : activités à visée thérapeutique, expression ou soutien, activités liées au bien-être, activités sociales, artistiques ou festives, sortie/promenade, visite au musée, week-end ... Certains accueils de jour organisent également des activités pour les aidants familiaux. L'enquête nationale 2017 recense 1 749 accueils de jour offrant 14 517 places pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

c) La proposition d'un parcours de soins

Une étude d'Alzheimer Europe en 2016 a montré que la MAMA était la maladie qui fait le plus peur aux personnes après le cancer et que plus de 90 % des personnes interrogées étaient prêtes à consulter un médecin et à recevoir un diagnostic. En France, les MAMA sont repérées tardivement et sous-diagnostiquées : la part des personnes malades non diagnostiquées est estimée à 50% et une étude de 2005⁸⁷ montrait qu'il y avait 24 mois entre les premiers symptômes et l'établissement du diagnostic en France, 18 en Espagne et 10 en Allemagne. Quand le diagnostic est porté, le patient en France est souvent à un stade de démence plus avancé. On peut penser que cette situation s'est améliorée depuis 2005, avec le déploiement des consultations mémoire promu par les Plans Alzheimer. En 2015, 534 sites de diagnostic étaient recensés⁸⁸, assurant un maillage territorial qui est estimé suffisant⁸⁹.

Malgré l'absence de traitement curatif de la maladie et le risque d'attitudes négatives (rejet), la Haute autorité de santé (HAS) a reconnu dans ses recommandations l'intérêt d'un diagnostic dès les premiers signes⁹⁰. L'enjeu pour la communauté médicale est de maintenir ou garantir l'accès aux soins et éviter les ruptures et l'isolement. L'intérêt du diagnostic à un stade léger repose sur différents fondements. Il répond au droit de savoir des patients, il permet aux proches de comprendre les changements, d'organiser et adapter l'environnement du patient. En expliquant les changements de comportement dus à la maladie au patient et à son entourage, le diagnostic réduit les tensions familiales, les risques liés à la conduite automobile, la gestion de ses traitements médicamenteux, la manipulation du gaz ou la gestion du calendrier de consultation médicale.

Le diagnostic permet également de proposer au patient un parcours de soins car de nombreuses mesures d'accompagnement et de prévention secondaire et tertiaire visant à préserver la qualité de vie, prévenir les complications peuvent être proposées au patient. Le repérage de la maladie permettrait enfin d'augmenter la précision du risque et donc d'affiner le diagnostic, de poursuivre la connaissance de l'histoire naturelle des MAMA et de mieux faire connaître les programmes de recherche thérapeutique et d'informer sur les essais thérapeutiques en cours, à défaut, sur les centres permettant de délivrer cette information.

La communauté médicale⁹¹ spécialisée en médecine générale ou spécialisée dans le domaine des maladies neurocognitives s'accorde sur le fait que les perspectives d'amélioration de la prise en charge sont liées à la capacité de proposer un parcours de soins. Elle a proposé en 2018 une stratégie commune de diagnostic gradué et personnalisé des troubles neurocognitifs légers ou majeurs.

⁸⁷ Rapport sur la maladie d'Alzheimer et maladie apparentée, C Gallez 2005

⁸⁸ Le taux de consultations labellisées pour les personnes de 75 ans et plus est de 6.9 (source : Lettre de la FMA).

⁸⁹ Rapport ANKRI sur l'évaluation du 3eme plan Alzheimer.

⁹⁰ Recommandation du 25 mai 2018.

⁹¹ Les représentants du Collège de médecine générale, de la Fédération des centres mémoire ressources recherche, de la Société française de gériatrie et de gérontologie, de la Fédération française de neurologie, de la Société de psychogériatrie de langue française et la gouvernance du plan « maladies neurodégénératives ».

Dans une démarche diagnostique graduée, le médecin traitant peut adresser le patient pour lequel se pose la question de l'existence d'une démence à une consultation mémoire (CM) ou un centre de mémoire de ressources et de recherche (CMRR) ; le patient peut aussi consulter de lui-même ou à la demande de son entourage. Une consultation mémoire est donc ouverte à tous. Les CMRR interviennent en second niveau. Leur activité de consultation et d'expertise est répartie en consultations à visée diagnostique, de suivi et d'expertise pour les diagnostics difficiles des consultations mémoire de proximité ou des spécialistes libéraux. Des analyses de dossiers avec les spécialistes libéraux (neurologues, gériatres, psychiatres) sont aussi assurées.

La communauté médicale suscitée a proposé une reconfiguration de la consultation de repérage dédiée en médecine générale et de la consultation spécialisée (consultation Mémoire).

L'objectif est de « *proposer un projet personnalisé de santé adapté à la personne, à ses déficits cognitifs, comportementaux et fonctionnels, à sa demande ou à celle de ses proches, à ses risques, de promouvoir les démarches de prévention primaire, secondaire après diagnostic d'un facteur de risque ou tertiaire après diagnostic d'une maladie spécifique* »⁹².

Ainsi, si un trouble majeur est diagnostiqué, une prise en charge est proposée. S'il s'agit d'un trouble léger, le parcours permet une analyse de risque, une information du patient et la proposition de suivi et d'actions. Une stratégie diagnostique graduée de ce type pourrait diminuer le sous diagnostic, améliorer la qualité de vie des patients et de ses proches.

Les recommandations de la HAS reprennent une partie de ces propositions : diagnostic gradué, depuis le repérage en médecine générale jusqu'à la consultation vers le spécialiste de la mémoire puis la prise en soins partagée MG/spécialiste, prise en soins interdisciplinaire et multimodale.

d) Des limites à la prise en charge à domicile ?

Selon France Alzheimer, le maintien à domicile est dans la grande majorité des cas la solution privilégiée par les proches pour accompagner une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Le maintien à domicile peut nécessiter l'organisation d'une équipe de services de soins, des services d'aide à la vie quotidienne intervenant pour la toilette, les repas, les activités, ou des services de sécurisation tels que la téléalarmes, la détection de chutes, les bracelets ... pour compléter l'action de l'aidant familial. Par ailleurs, des dispositifs comme les accueils de jour permettent d'accorder du répit à l'aidant tout en offrant aux personnes malades accueillies des activités adaptées.

Mais, pour France Alzheimer, il existe des limites au maintien à domicile lorsque « *l'aggravation des troubles cognitifs ou comportementaux accélère la perte d'autonomie et exige un investissement physique et psychologique majeur de la part d'un conjoint, souvent lui-même âgé* ». L'investissement demandé à l'aidant familial se trouve confronté à des difficultés de santé, physiques et/ou psychologiques, risquant de le conduire à un épuisement. Si la personne malade vit seule, le nombre d'heures par semaine à financer (potentiellement par l'APA) pour l'intervention de professionnels au domicile devient trop important pour compenser les pertes de l'autonomie. La limite est atteinte plus rapidement.

Le constat de situations de danger, ou des pertes de mémoire conduisant à oublier les passages prévus des intervenants par exemple pointe les limites de l'accompagnement à domicile.

⁹² Krolak-Salmon P, et al. Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. Presse Med. (2017), <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.10.029>

Une enquête de la Fondation Médéric Alzheimer⁹³ montre la spécificité de la maladie d'Alzheimer (MAMA) du point de vue des intervenants. 72 % des services d'aides à domicile (SAAD, SSIAD) estiment que les interventions auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs sont plus compliquées et qu'elles mobilisent davantage de temps que celles pratiquées auprès d'autres personnes âgées. 82% estiment que les troubles du comportement sont la principale difficulté rencontrée par les intervenants, suivie par l'isolement social (58%) et le refus de l'aide pour la toilette (54%).

Elle montre aussi les spécificités sur le plan de l'éthique. 65% des services ont été parfois conduits à restreindre la liberté d'action ou de mouvement d'une personne (par exemple en fermant la porte à clé). 42% déclarent avoir été confrontés à des situations de maltraitance et 43% à des situations d'épuisement de l'aidant familial.

⁹³ L'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'ALZHEIMER, Fondation Médéric Alzheimer, décembre 2012.

III) LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Les pouvoirs publics se sont assignés quatre objectifs :

- assurer la priorité au soutien à domicile qui répond aux vœux des Français ;
- garantir une offre suffisante de services et d'établissement en quantité et qualité ;
- assurer une égale disponibilité sur tous les territoires ;
- mettre en place des aides pour que les restes à charge pesant sur les personnes en perte d'autonomie ne contreviennent pas au principe de libre choix et ne sollicitent pas trop le groupe familial lorsque joue le principe de subsidiarité.

Même si de substantiels progrès ont été réalisés, les résultats sont inégaux, plutôt en deçà des attentes.

A) LA POLITIQUE DE SOUTIEN A DOMICILE

On a dit plus haut que la légère augmentation du taux d'institutionnalisation - alors qu'on escomptait une baisse - renvoyait pour partie à l'insuffisance de la politique de soutien à domicile.

Pour les allocataires de l'APA, les aides sont jugées insuffisantes (1, 2, 3 ci-dessous). Un « déficit » des services de proximité peut amener des personnes en perte d'autonomie à quitter leur domicile (4). L'insuffisance du soutien aux aidants (5) et un développement insuffisant de l'accueil temporaire (6) expliqueraient en partie un départ « contraint » vers les établissements ou fait peser sur eux de trop fortes contraintes. L'organisation des services est imparfaite (7). Se pose par ailleurs la question du reste à charge pour les personnes (8).

1) L'APA à domicile : des plans bridés

Principaux chiffres en 2011

- masse des plans d'aide notifiés : 4,4Md€
- estimation des plans exécutés : 3,7Md€
- valeur des plans médiane et moyenne : 519€/mois et 466€/mois
- le plan moyen représente 72% du plafond
- un quart des plans saturés
- 41% des plans notifiés en GIR 4

a) La stagnation des plans d'aide

a1) Les plans de 2011

On utilise les données de 2011 analysées dans le rapport de décembre 2017 (en attente des données DREES sur l'année 2015).

- La masse des montants notifiés est proche de 4,4Md€⁹⁴

- Moyenne et médiane des plans

Encadré : Plans notifiés et plans exécutés

Bien que les analyses dont on dispose soient lacunaires et anciennes, l'écart entre plans notifiés et plans exécutés est significatif. Une étude de Bourreau-Dubois, Gramain, Lim et Xing sur un département fait état de 60% de bénéficiaires ayant « sous utilisé » leur plan d'aide en octobre 2010. Une étude sur la sous consommation en octobre 2014 conduit aussi à un taux de 60% de sous-consommateurs. On l'explique notamment par deux facteurs :

* la réticence de l'allocataire à assumer le reste à charge qu'implique le plan notifié ;

* la mauvaise organisation de l'offre. Une étude de Chauveaud et alii fait ainsi apparaître que le changement d'intervenant, qui bouscule les habitudes et rompt la continuité des services est un facteur important de non-consommation des heures prescrites.

On estime usuellement que le plan exécuté serait inférieur de l'ordre de 15% au plan notifié.

La moyenne des plans notifiés fin 2011 est de 519€ par mois et la médiane de 466€.

Elles varient avec le niveau de GIR : le montant du plan d'aide notifié baisse entre le GIR 1 et le GIR 4 ; en revanche, le plan d'aide moyen (ou médian) représente une part du plafond qui croît entre le GIR 4 et le GIR 1.

Tableau 22. Moyenne des plans notifiés en fonction du niveau du GIR fin 2011

	GIR 1	GIR2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Moyenne (en euros)	1 040	834	612	367	519
Moyenne en % du plafond APA	85%	78%	76%	68%	72%
Masse des plans d'aides notifiés (en millions d'euros)	218	1 224	1 124	1 788	4 354
Nombre de bénéficiaires APA à domicile	17 465	122 253	152 991	405 881	698 590

Champ : France métropolitaine – Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Source : Autonomix, Fizzala A., (2015), « Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes », *Economie et Statistique*, n°481-482.

⁹⁴ Fizzala A, (2016), « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la DREES*, n°1, DREES, mars 2016 ;

Tableau 23. Médiane des plans notifiés en fonction du niveau du GIR fin 2011

	GIR 1	GIR2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Médiane (en euros)	1 166	927	660	359	466
Médiane en % du plafond APA	95%	87%	82%	67%	74 % ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Moyenne des médianes en pourcentage du plafond

Champ : France métropolitaine – Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Source : Bérardier M., (2014), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », *Etudes et résultats, DREES, n°876*.

Le montant du plan est très au-dessous du plafond pour le premier quartile des plans notifiés en GIR 4.

Fin 2011, le premier quartile des plans notifiés en GIR 4⁹⁵ s'établit à 252 €, soit 47% du plafond. Il y a donc des « petits plans », très proches de 350€, le niveau en-dessous duquel la loi ASV n'a pas amélioré le barème de l'APA.

- Un quart des plans d'aide sont « saturés » en 2011

Fin 2011, 26% des plans d'aides sont « saturés », au sens où ils atteignent 96 % du plafond APA en vigueur⁹⁶ (pour le GIR considéré).

En cas de « saturation » du plan d'aide, les dépenses éventuellement effectuées au-dessus du plafond ne sont pas prises en compte par l'APA. Elles sont certes partiellement couvertes par la réduction d'impôt pour l'emploi à domicile ; mais cette réduction en 2011 est rare (moins de la moitié des allocataires en bénéficient car il faut être imposable) et son montant est faible (notamment pour les personnes dont le montant de l'impôt est faible).

L'essentiel de la dépense « au-dessus du plafond » est donc à la charge de l'allocataire avec deux conséquences : le reste à charge peut le dissuader de compléter son plan notifié, aux dépens de sa qualité de vie ; le « reste à vivre » se dégrade si l'allocataire expose des dépenses au-dessus du plan.

⁹⁵ Soit les 25% de plans notifiés les plus bas pour le GIR 4.

⁹⁶ Fizzala, 2016.

Tableau 24. Taux de saturation des plans d'aide (au seuil de 96%) fin 2011⁹⁷

GIR 1	GIR2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
49%	39%	33%	19%	26%

Champ : France métropolitaine – bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Source : données individuelles APA 2011 – DREES.

L'analyse du niveau des plans et du taux de saturation appelle deux remarques :

* Le taux de saturation dépend des caractéristiques du ménage de l'allocataire⁹⁸. Il est plus faible lorsque l'allocataire vit en couple notamment parce que son conjoint l'aide dans la vie quotidienne et il augmente avec l'âge. La situation où l'allocataire vit seul est plus fréquente et l'apport « en nature » du conjoint diminue avec la force de celui-ci ; il est plus élevé lorsque l'allocataire est une femme (l'apport de son conjoint, peu habitué aux tâches domestiques et au « care », est plus faible)⁹⁹ ; il augmente avec l'ancienneté dans l'APA (bien que cet effet spécifique soit difficile à chiffrer puisque l'ancienneté est en partie corrélée avec l'âge).

Tableau 25. Taux de saturation par GIR, âge et situation de couple (Seuil de saturation à 96%)

Situation	Sexe	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Seul	Homme	52 %	47 %	38 %	22 %	29 %
Seul	Femme	56 %	49 %	40 %	22 %	31 %
Couple	Homme	34 %	21 %	17 %	12 %	16 %
Couple	Femme	46 %	30 %	23 %	13 %	19 %
Ensemble		49 %	39 %	33 %	19 %	26 %

Lecture: 40 % des femmes bénéficiaires de l'APA à domicile classées en GIR 3 et ne vivant pas en couple ont un plan d'aide saturé au seuil de 96%.

Champ : France métropolitaine – Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

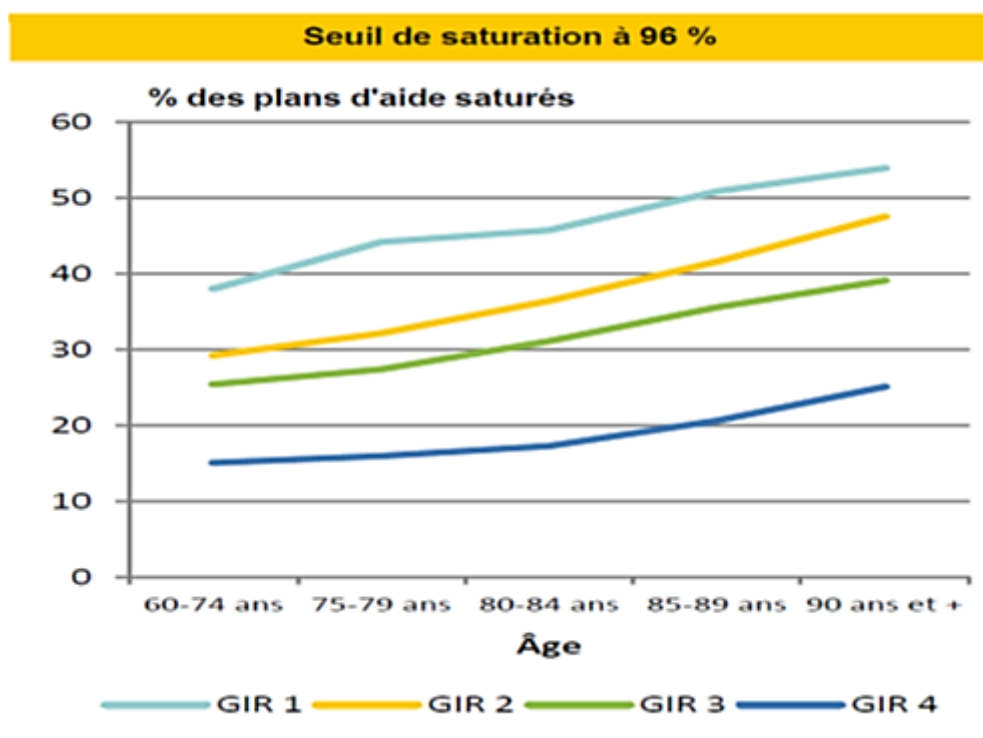
Sources : Données individuelles APA 2011 – DREES ; Fizzala (2016).

⁹⁷ Fizzala A, (2016), « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la DREES*, n°1, DREES, mars 2016.

⁹⁸ Bérardier M., Debout C., (2011), « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », *Etudes et résultats*, n°748, DREES, février 2011.

⁹⁹ Il y a une corrélation entre les deux facteurs, sexe et âge, puisque l'âge moyen des femmes de plus de 60 ans est plus élevé que celui des hommes.

Graphique 29 : Proportion de plans d'aide saturés en fonction de l'âge des bénéficiaires



* Le taux de saturation varie avec le revenu

Il est plus élevé pour les allocataires les plus modestes. Le reste à charge qui leur incombe est faible, voire nul ; il n'y a donc pas de raison financière qui les freine dans la discussion qu'ils ont avec les équipes du département en charge de l'instruction du dossier.

Il est élevé pour les ménages les plus aisés. Bien que l'APA qui leur est attribuée par le département soit réduite (elle est limitée à 10% du plan d'aide pour les allocataires dont l'assiette de calcul de l'APA est supérieure à 2 945€ par mois), ils ont les moyens de payer sur leurs deniers un volume important de prestations, la moitié de leur reste à charge faisant d'ailleurs l'objet d'une réduction d'impôt.

En revanche, les petites classes moyennes ont un taux de saturation plus bas (le reste à charge est déjà significatif et la réduction d'impôt est faible puisqu'elle ne peut, par définition, dépasser le montant de l'impôt dû)¹⁰⁰.

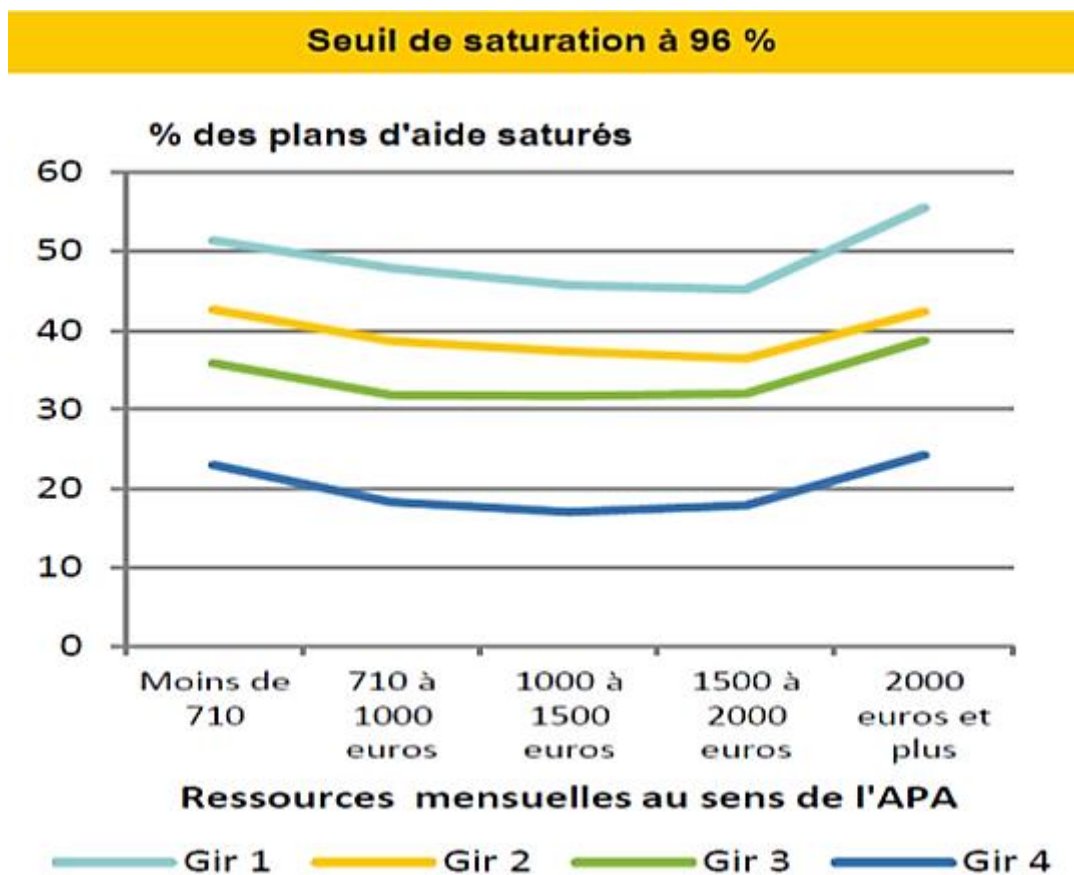
Sources : Données individuelles APA 2011 – DREES ; Fizzala (2016).

¹⁰⁰ Voir sur ce point :

-la note MODAPA d'octobre 2014 qui conclut qu'une augmentation du reste à charge horaire de 10% conduit à une baisse du volume d'heures professionnelles de 5,5%.

- Bérardier M., Debout C., (2011), « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », *Études et résultats*, n°748, DREES, février 2011.

Graphique 30. Proportion de plans d'aide saturés en fonction des ressources des bénéficiaires



Lecture : 31,1% des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 3 et dont les ressources sont comprises entre 1500 et 2000 euros ont un plan d'aide saturé au seuil de 96%.

Champ : France métropolitaine – Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Sources : données individuelles APA 2011 – DREES ; Fizzala (2016).

a2) Evolutions

- Sur la période 2007/2011

On constate¹⁰¹ (sauf en GIR 1 dont on rappelle qu'il ne concerne que 2,5% des allocataires fin 2011) une baisse significative de la médiane des plans notifiés (en euros courants) et une baisse importante du taux de saturation entre 2007 et 2011.

Tableau 26. Ecart entre 2007 et 2011

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Médiane des plans d'aide notifiés	+2,5%	-0,5%	- 5,3%	- 8,8%
Taux de saturation des plans d'aide	- 13%	-15%	- 21%	-39%

Source : calculs SG HCFEA

¹⁰¹ On avait fait le même constat dans le rapport de 2011 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ».

C'est une situation complexe à expliquer¹⁰².

L'effet du processus d'indexation des plafonds sur les prix aurait dû conduire, toutes choses égales par ailleurs, à une situation inverse. Les explications avancées (réticence croissante des ménages des classes moyennes devant le reste à charge, modification des profils des bénéficiaires qui seraient moins dépendants à niveau de GIR donné et auraient donc besoin de moins d'aide dans la vie quotidienne, politique restrictive des départements pour lesquels le poids de l'APA qu'ils financent est important dans leur budget) devraient faire l'objet d'analyses plus poussées.

D'autres facteurs peuvent être intervenus : des changements dans la répartition des modes d'intervention, un écart croissant entre le prix effectivement facturé et le tarif de valorisation adopté par le département¹⁰³, une modification dans le poids relatif des allocataires isolés et des allocataires vivant en couple...

Une explication pourrait aussi venir de la volonté des départements de maîtriser les plans d'aide attribués : par exemple en recentrant les plans sur l'aide à la personne, en limitant le nombre d'heures pour les tâches ménagères (cf. ci-dessus), en particulier sur les GIR4 ou encore par la mise en place de référentiels permettant de mieux « calibrer » les plans d'aide et d'harmoniser les pratiques professionnelles¹⁰⁴.

Encadré : Limites de l'analyse en euros

Il faut compléter l'analyse brute en euros par des indications sur :

* un glissement éventuel dans les modes de gestion. On estime qu'en 2014, l'écart de coût horaire entre le mode prestataire et le gré à gré était de 6 à 7€. Rappelons que selon la DREES, 82% des dépenses couvertes par l'APA concernent des services prestataires contre 4% pour les services mandataires et 14% en gré à gré. Cette répartition n'a guère bougé dans les années passées ;

* l'écart entre le taux de l'heure tarifée (sur lequel les heures inscrites dans le plan sont valorisées) et le tarif effectivement facturé à l'allocataire ; il minimise le volume du plan. On ne disposait pas d'indication sur cet écart lors de la rédaction du rapport de décembre 2017 ;

* l'écart entre l'indice en euros courants et le coût des facteurs. On a analysé cet écart dans le tome 2 du rapport de décembre 2017 qui conclut à une détérioration du nombre d'heures par euro.

- Sur la période 2012/2016

On ne connaît l'évolution qu'à partir des analyses financières globales.

¹⁰² Il faut aussi noter que les Remontées Individuelles 2007 et 2011 portaient sur un échantillon de départements, de taille variable (du simple au double entre 2007 et 2011). Ces derniers n'étaient pas forcément représentatifs de l'ensemble des départements

¹⁰³ On peut aussi évoquer l'instauration d'une participation personnelle supplémentaire par heure d'aide, au-delà du ticket modérateur, afin de pallier des difficultés financières. La Cour des Comptes (2016) indique ainsi dans son rapport « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie » que « le département de l'Orne a instauré en juin 2013 une participation personnelle d'un euro cinquante par heure d'aide à domicile pour tous les allocataires de l'APA dans la limite de 50 heures par mois. », p. 87.

¹⁰⁴ CNSA (2015) et Cour des Comptes (2016).

La situation s'est plutôt dégradée puisque la dépense d'APA par allocataire (sur une estimation en ligne avec le coût des facteurs) a diminué de 7%¹⁰⁵. Ce constat global, maussade¹⁰⁶, appelle deux compléments :

- la baisse des plans a porté surtout sur les GIR 3 et 4 (notamment le 4). C'est à tout prendre un choix rationnel ;
- l'équilibre financier des associations de services à domicile est très fragile, ce qui retentit sur la qualité de service.

Encadré : Les tarifs

1° Les tarifs définis par les départements sont souvent trop bas, ce qui fragilise l'offre.

Selon la dernière étude de la Fédération française des services à la personne et de proximité (mai 2018), en mode prestataire le tarif départemental moyen est proche de 20€/heure alors que le coût est de 24€.

2° La fragilité des financements rend parfois difficile une bonne qualité du service. Elle conduit à une dissociation entre le coût facturé à l'allocataire et le barème de prise en charge par le département. Cet écart augmente le reste à charge (dont seule la moitié sera prise en charge par le crédit d'impôt).

- Evolutions intervenues ou à attendre depuis l'adoption de la loi ASV et l'institution du crédit d'impôts en 2017¹⁰⁷

* le relèvement important des plafonds devrait se traduire par le déverrouillage des plans saturés (il était d'ailleurs prévu que les révisions des plans en cours devraient porter en priorité sur eux) ;

* la baisse sensible du reste à charge des allocataires liée au réaménagement du barème et à l'institution en 2017 du crédit d'impôt¹⁰⁸ permet à l'allocataire d'accepter un plan plus dense ce qui conduirait à réduire l'écart entre plan notifié et exécuté ;

* les mesures de financement intervenues en faveur des départements (pour couvrir les dépenses attendues de ces réformes) pourraient faciliter une augmentation des plans notifiés.

Les premières indications recueillies confirmeraient ces analyses sans qu'on constate, semble-t-il, une évolution radicale.

b) De fortes variations des plans personnalisés entre départements

On les a décrites dans le tome 2 du rapport de décembre 2017 et montré qu'une partie seulement des écarts est explicable par des éléments objectifs

¹⁰⁵ Etudes et résultats n°1049 ; la dépense en euros courants par prestataire est de 380€/mois en 2012 et 370€/mois en 2016. On ajuste cette dépense par un indicateur composite représentatif des coûts avec 80% de salaires (SMPT) et 20% de prix. Avec cette convention, la baisse est de 7%. Il est possible que cet indicateur soit un peu élevé compte tenu des mesures d'allègement des charges sur les bas salaires (voir sur ce point le rapport de décembre 2017).

¹⁰⁶ Il ne s'explique pas par une modification dans les effectifs des différents GIR

¹⁰⁷ Loi de finances pour 2017

¹⁰⁸ on l'analyse infra

Encadré : Rappel des conclusions du rapport de 2017

Certes, cette variabilité est le pendant de la décentralisation, de la difficulté d'enserrer les plans dans des normes opposables et du souci de les personnaliser. Il est possible qu'elle soit influencée par la situation financière des départements. Mais certains commentateurs estiment, au nom de l'égalité sur le territoire, qu'il convient de réduire cette variabilité et d'accroître les références opposables. On peut souligner l'importance de connaître les pratiques au niveau local si on souhaite mettre en œuvre des réformes et les évaluer.

c) Une marge importante d'amélioration des plans d'aide

Depuis 2017, les plafonds de l'aide publique (APA et crédit d'impôt) permettent de mettre en place des plans personnalisés élevés.

Tableau 27. Nombre d'heures finançables dans les plafonds APA en mode prestataire sur la base de 22€/heure

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
nombre	78	63	45	30

Source : SG HCFEA

- Par ailleurs, ces durées sont majorées de 57% en cas de recours au gré à gré (sur la base de 14€/heure).

Encadré : Retour sur le choix du mode de gestion dans la gestion de l'APA

1° On a, à l'origine, donné la priorité au mode prestataire : c'était normalement le mode de gestion de référence pour les GIR 1 et 2 et les allocataires qui refusaient d'y avoir recours devaient acquitter une majoration de leur participation financière¹⁰⁹.

Certains départements ont récemment essayé de promouvoir le gré à gré, moins coûteux, parfois avec des méthodes qui ont été contestées.

2° la situation actuelle est assez stable avec une forte prépondérance du mode prestataire.

d) Une forte contrainte financière sur les départements

Malgré la stabilisation récente de l'apport de l'Etat (via la CNSA) qui suit sa profonde dégradation et les efforts de péréquation entre départements, il est communément admis que la stagnation de l'aide à domicile - contraire à la politique constamment affichée – est liée à la contrainte financière qui amène une partie des départements à sous-dimensionner leur aide.

2) Les aides techniques

Les aides techniques et l'adaptation des logements privés à la perte d'autonomie sont présentés comme un axe prioritaire pour répondre au souhait des français de vieillir chez eux et à une logique préventive, notamment prévention des chutes et maintien du lien social.

a) Le recours aux aides techniques et à l'aménagement du logement à partir de l'enquête HSM

L'enquête HSM¹¹⁰ de 2008 a recensé les aides techniques et les aménagements du logement (voir encadré) dont bénéficient les personnes âgées et en situation de handicap ou de

¹⁰⁹ Cette disposition n'ayant jamais connu de mesure d'application a finalement été abandonnée dans la loi ASV

dépendance, ainsi que celles dont elles auraient besoin. Elle a montré que le recours aux aides techniques est modéré chez les personnes âgées (25%) sauf pour celles qui sont en situation de dépendance qui y ont un recours quasi systématique (86%). Elle a montré aussi que l'usage d'une aide technique était deux fois plus fréquent que l'aménagement de logement : 20 % des personnes âgées utilisent au moins une aide technique et 10 % ont fait au moins un aménagement dans leur domicile. Une note en annexe 4 présente plus précisément le recours à ces aides.

Encadré : Aides et aménagements du logement relevés dans l'enquête HSM

Les aides

Les soins personnels et la protection : sonde ou collecteur d'urine, protection aux absorbante, aide pour personnes portant une stomie.

Aides aux déplacements : canne ou béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, fauteuil électrique, tricycle, scooter adapté, autres aides pour marcher ou se déplacer.

Aides de transfert : planche, sangles, harnais, lève personne, autres aide pour aller au lit du lit au fauteuil.

Aides auditives : appareil auditif, matériel audiovisuel, boucle magnétiques, amplificateur de voix, autres ...

Les aménagements du logement

Accessibilité : porte spécialement élargie, couloir spécialement élargi, regroupement de pièces.

Pièce adaptée : toilettes adaptées, salle de bain adapté, cuisine adapté.

Meubles adaptés : table adaptée, lit électrique ou médicalisé, siège adapté.

Dispositif de soutien, autres: dispositif lumineux équipements de domotique.

b) Le besoin déclaré en aides techniques et aménagement du logement à partir de l'enquête HSM

L'enquête HSM a également permis de relever les besoins non satisfaits, tout au moins ceux que les personnes interrogées ont voulu et/ou su déclarer. Très peu de besoins sont exprimés pour les problèmes de l'hygiène et de l'élimination (environ 1/1 000). Davantage de besoins sont exprimés pour les aides à la mobilité (1%), qui sont les plus répandues (14%). 3% expriment le besoin de s'équiper en téléalarme. Le besoin déclaré le moins satisfait est l'aide auditive : 11% des personnes déclarent un besoin, seules 7 % sont équipées.

c) Les aides techniques et ponctuelles dans les plans notifiés

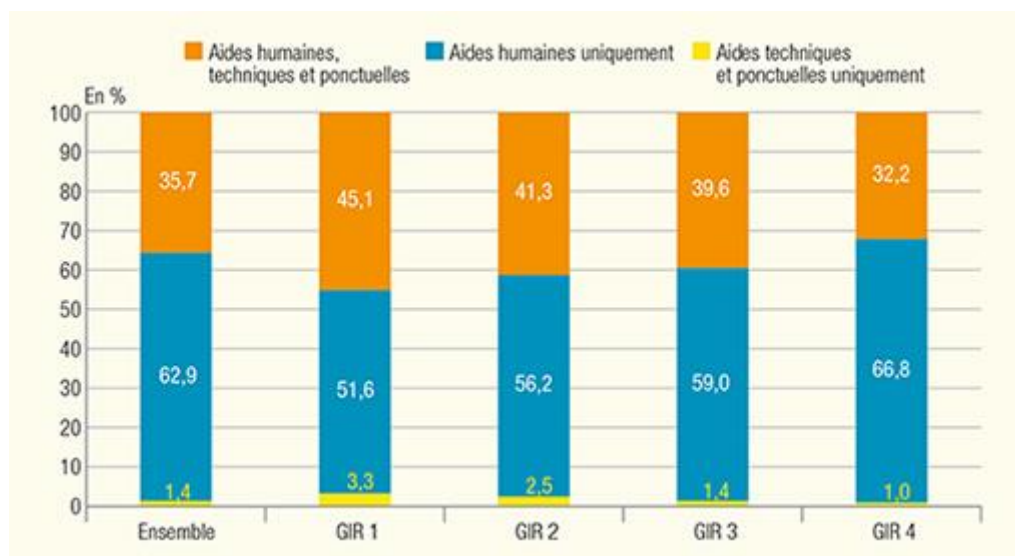
A partir des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA, la DREES¹¹¹ montre que si les plans notifiés par les départements aux bénéficiaires de l'APA à domicile prévoient quasi

¹¹⁰ Données de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) réalisée en 2008 par la DREES et l'INSEE dont l'objectif, comme l'enquête HID, était notamment de mieux appréhender les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne par les personnes malades ou en situation de handicap. Sources : *Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement*, DREES, Etudes et résultats n° 823, décembre 2012

¹¹¹ DREES, Etudes et résultats 1033, octobre 2017, Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées

systématiquement le recours à de l'aide humaine, près de quatre plans sur dix incluent également des aides dites techniques ou ponctuelles¹¹² (voir Graphique 31).

Graphique 31. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le contenu du plan notifié d'APA, pour les différents GIR



Lecture : 51,6% des plans notifiés aux bénéficiaires en GIR 1 sont des plans comportant uniquement des aides humaines.

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires ayant des droits ouverts pour l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Source : DREES – Données individuelles APA de 2011.

Les aides techniques les plus fréquentes sont la téléalarme (54% des plans), les fournitures d'hygiène (41%) et le portage de repas (22%). Les aides ponctuelles sont plus rares, prévues dans 5% seulement de ces plans.

Les plans prévoyant uniquement de l'aide technique ou ponctuelle sont à la fois les plus rares, les moins coûteux et les moins susceptibles d'atteindre le plafond légal autorisé (moins de 8%). On peut penser lorsque des arbitrages doivent être rendus entre les différents types d'aides, ils se font au détriment de l'aide technique ou ponctuelle.

Une note en annexe 5 présente plus précisément les aides techniques et ponctuelles dans les plans notifiés.

d) La prise en charge des aides techniques

d1) Le financement par l'APA

Un financement public existe pour ces aides techniques depuis 1997, avec la création de la prestation spécifique dépendance, qui permettait de financer jusqu'à 10 % de son montant l'acquisition d'aides techniques.

La création de l'APA en 2001 pouvait théoriquement permettre un recours plus large aux aides techniques dans la mesure où le plafond de 10% n'existe plus. Le constat est que les plans d'aide pour les bénéficiaires de l'APA à domicile sont essentiellement consacrés à des

¹¹² Les aides techniques, versées tout au long de l'année, comprennent notamment les fournitures d'hygiène, le portage des repas et la téléalarme ; les aides ponctuelles peuvent inclure la pose de barres d'appui, l'achat de dispositifs de soutien (fauteuil roulant, etc.) ou l'aménagement du logement (adaptation des meubles, de la salle de bain ou de la cuisine).

aides humaines. En 2015¹¹³, sur un montant d'aide par bénéficiaire de 4385€ en moyenne : 93 % est consacré aux aides humaines, 5 % aux aides techniques. 1 % est consacré à l'accueil de jour ou hébergement temporaire et 1 % à l'accueil familial.

L'APA finance donc une part réduite des aides techniques.

d2) Le financement par l'Assurance-maladie

L'Assurance-maladie est le premier financeur car nombre d'aides techniques sont aussi des dispositifs médicaux. Dans ce cas, s'applique aux aides techniques la procédure de mise sur le marché spécifique, le marquage CE, et les conditions d'un remboursement de l'assurance maladie si l'aide technique est inscrite sur le liste des produits et prestations (LPP) après une évaluation de la Haute autorité de santé. Le remboursement s'effectue sur la base d'un tarif de prise en charge et d'un taux de remboursement de 60%.

Sur environ 10 000 aides techniques différentes, 250 sont inscrites comme dispositif médical¹¹⁴ sur la liste des produits et des prestations remboursables. Il s'agit notamment des audio prothèses, des déambulateurs, des fauteuils roulants, des lits médicalisés ou du matériel anti-escarre.

En 2016, selon le rapport de la CNSA¹¹⁵, l'assurance maladie (CNAMTS) a remboursé pour la France entière près de 660 millions d'euros correspondant à 11,8 millions d'aides accordées à plus de 2,4 millions de patients âgés de 60 ans ou plus. Près de 6 bénéficiaires sur 10 sont des femmes. 53 % des bénéficiaires sont âgés de 80 ans et plus, dont 38 % de 80 à 89 ans.

Les fonds extralégaux de caisse primaire d'assurance maladie et de la mutualité sociale agricole apportent des compléments de financement.

d3) Le financement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse

La CNAV finance également des aides de retour à domicile. Elle le fait au titre de sa politique de prévention des risques de la perte d'autonomie pour des retraités socialement fragilisés, en GIR 5 et 6 et sur préconisations de la structure qui a réalisé l'évaluation des besoins. En 2012, le versement moyen été d'un peu moins de 150€. La mise en place des conférences de financeurs en 2016 a développé son action.

d4) Le financement par les organismes complémentaires santé

Les organismes complémentaires santé interviennent aussi sur certaines aides. C'est notamment le cas lorsque le prix de marché est sensiblement supérieur au tarif de prise en charge de l'assurance-maladie. Dans le cas de l'appareillage des deux oreilles en audio prothèse, pour un montant de 4000 € par exemple¹¹⁶, le montant pris en charge par l'organisme complémentaire (995€ en moyenne) est supérieur à celui de l'assurance-maladie (119 €).

¹¹³ DREES, enquête Aide sociale 2015.

¹¹⁴ IGAS, *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*. Avril 2013

¹¹⁵ Dossier technique, conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, CNSA décembre 2017

¹¹⁶ La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties, DREES Edition 2016

d5) Le financement par les départements

Les départements mènent des actions extralégales en faveur des personnes âgées et financent des aides : la téléalarme est l'aide la plus fréquemment citée dans une étude de la DREES de 2004¹¹⁷. L'accès à ces aides est souvent soumis à conditions de ressources.

d6) La conférence des financeurs

La loi ASV a créé au niveau départemental une conférence des financeurs de la prévention de perte d'autonomie. Le montant de l'enveloppe des conférences des financeurs s'est élevé en 2017 à 140 millions d'euros. Le premier axe d'action des conférences est d'améliorer l'accès aux équipements et aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile. Cet axe rassemble les aides techniques, dont les aides LPPR (lits et matériels pour lits, déambulateurs, cannes béquilles, audioprothèses...), les technologies de l'information et de la communication (téléassistance, domotique...) et les projets visant à en améliorer l'accès. Les conférences de financeurs peuvent intervenir dans le financement des aides techniques uniquement dans le cas de compléments apportés aux plans d'aides saturés. 40% des actions menées par la conférence doivent concerner des personnes non bénéficiaires de l'APA.

Le rapport précité de la CNSA indique que cet axe d'action sur les aides techniques représente 41 % des actions recensées par les conférences de financeurs. Il représente 36 % des dépenses réalisées en prévention de la perte d'autonomie en 2016 (hors aides financées par l'assurance maladie au titre de la LPPR), soit plus de 58 millions €. Les caisses de retraite et les conseils départementaux sont les principaux financeurs des aides techniques (hors aides financées par l'assurance maladie au titre de la LPPR).

En 2016, ils ont financé respectivement 26 millions pour 157 478 aides techniques attribuées et 11,7 millions d'euros pour 65 191 aides techniques attribuées.

e) L'évaluation de la prise en charge des aides techniques

L'évaluation faite en 2013 par l'IGAS de ce dispositif de financement était sévère. L'IGAS estimait que le système décentralisé et cloisonné ne permettait pas d'assurer la qualité de la réponse aux besoins des usagers. L'absence de lien entre les financeurs conduisait à se priver d'une vision consolidée des financements et du reste à charge pour l'utilisateur.

La préconisation d'intégrer toutes les aides techniques au sein de la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie et la suppression de leur prise en charge par l'APA était reprise notamment par le HCAAM.

La question du financement des aides techniques a été renouvelée par la loi ASV avec la création des conférences des financeurs.

Le rapport¹¹⁸ de l'IGAS d'évaluation de la loi ASV de 2017 tend à confirmer les conséquences de l'absence de pilotage de la prise en charge des aides techniques dénoncées en 2013, auxquelles les dispositions de la loi ASV répondent mais partiellement. L'évaluation de l'IGAS montre que les acteurs concernés ne vont pas au bout d'une démarche de mutualisation, même si la conférence des financeurs a amélioré leur collaboration. Elle

¹¹⁷ D'après le rapport MOREL, Société et vieillissement, 2011, 50 % des abonnés à un service de téléassistance le sont par l'intermédiaire d'une collectivité territoriale : 1/3 des Conseils Généraux proposent un service départemental de téléassistance – dont plus de la moitié délèguent l'ensemble de la prestation à une entreprise privée.

¹¹⁸ *Evaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile*, IGAS, septembre 2017

montre ensuite que l'octroi des aides reste un exercice complexe pour les départements¹¹⁹. Pour l'IGAS, la nature des aides individuelles éligibles est peu lisible et les conditions d'octroi des aides sont fondées sur des critères discutables. L'IGAS recommande de simplifier les règles d'éligibilité des aides techniques à un financement par la conférence des financeurs.

Les travaux parlementaires sur l'application de la loi ASV vont dans le même sens et pointent deux difficultés sur le financement des aides techniques. La première est l'identification des aides techniques éligibles. La seconde est l'utilisation non optimale des financements disponibles pour l'accès aux aides. Les aides techniques individuelles sont prises en charge financièrement dans la limite de plafonds fixés par les financeurs, lorsque les plafonds de l'APA à domicile ne suffisent pas. Or, dans la plupart des cas, les plafonds d'APA ne sont pas atteints. Les financements qui pourraient être mobilisés au titre de la conférence des financeurs ne le sont donc pas dans la pratique.

3) L'adaptation du parc de logements

Depuis le rapport Laroque de 1962 qui invitait à favoriser un ensemble d'actions liées au domicile des personnes âgées pour « *prévenir les accidents et alléger les difficultés dues au vieillissement* », les pouvoirs publics poursuivent l'objectif de mener des actions à la fois sur la construction de logements neufs adaptés ou adaptables et sur l'amélioration et l'aménagement des logements existants.

a) Les enjeux

De manière générale, le parc de logements ordinaires est peu adapté aux problématiques de limitation de mobilité et de perte d'autonomie.

L'objectif visé par l'adaptation du logement est la préservation de la capacité d'une personne à rester vivre chez elle, même avec une maladie ou une forme de handicap. Il s'agit notamment de prévenir le risque de chute, important pour les personnes âgées puisqu'environ 1/3 des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile chutent chaque année¹²⁰.

Une revue de littérature¹²¹ présente l'évaluation de l'efficacité de différents types d'actions pour réduire le risque de chutes. Les interventions visant à améliorer la sécurité domestique (actions sur les facteurs jugés gênants par la personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne : mauvais éclairage, ameublement difficile à utiliser, rangement peu accessible) sont efficaces, surtout chez les personnes les plus à risque de tomber et lorsqu'elles sont effectuées par des ergothérapeutes. Pour l'INPES¹²², ce type d'intervention et le suivi des modifications du domicile, combiné à une approche éducative des facteurs de risque est une stratégie efficace de prévention.

La question de l'adaptation du parc de logements est ainsi un enjeu majeur, conjointement à une réflexion sur l'organisation des services à la personne. Dans son rapport de 2013, Luc Broussy soulignait que le logement est « *la clé de la vie quotidienne des personnes âgées et*

¹¹⁹ Un dispositif comme la Technicothèque, sorte de plateforme de prêt ou location d'aides techniques, illustre la difficulté d'appliquer les règles d'octroi des aides qui ne concernent que des équipements neufs

¹²⁰ Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD000340. Interventions for preventing falls in elderly people. Gillespie LD1, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH

¹²¹ Gillespie LD, Robertson M, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.

¹²² Référentiel de bonnes pratiques Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, publication INPES

donc un levier d'action pour leur autonomie. Il conditionne à la fois la capacité des personnes à se mouvoir de façon autonome et le maintien des relations sociales »¹²³.

b) Adaptation et adaptabilité des logements neufs

b1) La réglementation issue de la loi de 2005

La loi du 11 février 2005¹²⁴ rend obligatoire l'accessibilité des locaux d'habitation. Sont concernés les locaux d'habitation neufs, privés ou publics, et dans certains cas, des locaux d'habitation existants lorsqu'ils font l'objet de travaux. Tous les logements doivent respecter les normes concernant les circulations et les portes des logements. Des normes supplémentaires s'imposent à la construction des logements en rez-de-chaussée ou en étages desservis par un ascenseur¹²⁵ concernant la cuisine, la chambre, les sanitaires, accès au balcon...

Pour les maisons individuelles neuves, les exigences sont proches.

Pour les bâtiments d'habitation collectifs existants, ils doivent être rendus accessibles en cas de réhabilitation importante.

b2) Les assouplissements réglementaires concernant le cadre bâti

La réglementation de 2015

Un assouplissement sensible des normes d'accessibilité a été instauré par voie réglementaire en 2015¹²⁶ pour simplifier la réglementation applicable aux logements neufs, notamment :

- la possibilité de recourir à des solutions d'effet équivalent .
- l'assouplissement des contraintes particulières pour les logements à plusieurs niveaux situés dans un bâtiment d'habitation collectif
- l'instauration d'un principe d'adaptabilité du logement à travers deux dispositions :
 - o l'adaptabilité du logement neuf : l'acquéreur peut demander des travaux modificatifs (TMA)¹²⁷ sous réserve que des travaux simples permettent la réversibilité des aménagements ;
 - o l'adaptabilité de la salle d'eau : si une douche n'est pas installée lors de la construction, son aménagement ultérieur doit être possible sans intervention sur le gros œuvre.

La loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN)

La loi ELAN prévoit de modifier la réglementation de l'accessibilité du cadre bâti. L'étude d'impact¹²⁸ mentionne que les exigences réglementaires sont à l'origine de difficultés, notamment « *en termes de qualité d'usage des logements et d'adaptation aux besoins des*

¹²³ Rapport de décembre 2013

¹²⁴ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; elle fait suite la loi du 30 juin 1975 qui a introduit d'orientation la réglementation de l'accessibilité du cadre bâti en faveur des personnes handicapées, modifiée par la loi du 13 juillet 1991.

¹²⁵ ou pour lesquels une desserte ultérieure par un ascenseur est prévue dès la construction

¹²⁶ un décret et un arrêté du 24 décembre 2015 ont été publiés au Journal Officiel du 27 décembre 2015

¹²⁷ dans le cadre de logements vendus en l'état futur d'achèvement

¹²⁸ Du 3 avril 2018

utilisateurs, que ce soit dans le parc privé ou le parc social ». Selon l'étude, l'offre de logement ne correspondrait pas aux attentes de la population. Le taux de recours aux travaux modificatifs acquéreurs, TMA, serait compris entre 50 et 70% lors des ventes en l'état futur d'achèvement.

Les objectifs du projet de loi sont de répondre aux enjeux de l'évolution des besoins des occupants d'un logement compte tenu notamment du vieillissement de la population : « *Les propriétaires ou locataires valides aujourd'hui peuvent devenir les demandeurs de logements accessibles de demain. Il faut ainsi penser le logement autrement pour accompagner les besoins tout au long de la vie. Ceci implique de repositionner les enjeux autour de tous les handicaps à tous les stades de la vie.* ».

Le projet de loi introduit pour les bâtiments d'habitation collectifs la possibilité de construire des logements¹²⁹ « évolutifs (ou réversibles), accessibles en grande partie et pouvant être rendus totalement accessibles par des travaux assez simples. À l'intérieur du logement, l'exigence d'accessibilité serait limitée au salon et au cabinet d'aisance. 20% des logements d'un immeuble, dont au moins un logement, seraient accessibles et adaptés aux handicaps, le restant serait des logements « évolutifs ». De plus, par voie réglementaire, devrait être rendue obligatoire la construction d'ascenseurs dans les immeubles de trois étages et plus", contre quatre actuellement¹³⁰, a déclaré le 26 septembre Edouard Philippe lors d'un déplacement à Cergy (Val d'Oise).

L'avis rendu par le Comité national consultatif des personnes handicapées, associé à la réflexion pour l'élaboration de la loi ELAN, souligne notamment l'importance de définir concrètement la notion d'évolutivité puisque la majeure partie des appartements devraient être « évolutifs ».

c) Les évaluations des besoins d'adaptation dans le parc privés

Les rapports préparatoires à la loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV) font tous état d'une insuffisance de logements adaptés en France.

Comme le relève la Cour des comptes, l'évaluation des besoins est déjà ancienne. Elle s'appuie sur l'enquête SHARE, menée entre 2006 et 2007 auprès de 15 pays européens, qui faisait état d'un retard de la France en matière de logements adaptés aux personnes de plus de 65 ans. Les taux de logements adaptés aux Pays Bas et au Danemark étaient de 16 % et 12%, cette part n'étant que de 6% dans le parc français (Allemagne : 7,9%). La proportion des plus de 80 ans bénéficiant d'aménagements spéciaux dans leur résidence est de 45 % aux Pays-Bas, plus de 20 % en Allemagne, au Danemark et en Suède et 18 % seulement en France. Le taux d'aménagement progresse très fortement à partir de 80 ans¹³¹.

L'Agence nationale de l'habitat avait évalué en 2011, pour le Conseil d'analyse économique¹³² à deux millions le nombre de logements qui auraient besoin d'être adaptés du fait de l'avancée en âge de leurs occupants. Le nombre de ménages se trouvant dans cette situation et éligibles aux aides de l'ANAH était estimé à 830 000. Le montant total des travaux engendrés par l'adaptation de ces logements était estimé à près de 24 Md€ HT, dont plus de 10 Md€ pour les seuls propriétaires occupants éligibles aux aides de l'ANAH.

¹²⁹ Les mesures proposées concernent les logements situés en rez-de-chaussée, en étage desservis par un ascenseur ou pour lesquels une desserte ultérieure par ascenseur est prévue dès la construction.

¹³⁰ Annonce du premier ministre Edouard Philippe, le 26 septembre 2018

¹³¹ Rapport Morel, Société et vieillissement, 2011.

¹³² CAS, Note d'analyse numéro 245, l'adaptation du parc de logement au vieillissement et à la dépendance, octobre 2011.

Les retraités majoritairement propriétaires (74%) ; ils déclarent une satisfaction quant à la qualité de leur logement (81%) ; ils ont en conséquence une mobilité faible. Ce sont donc des logements de propriétaires occupants âgés qui sont la principale cible de la politique d'adaptation.

En 2016, l'objectif gouvernemental fixé en 2011, pour la période du quinquennat, de 80 000 logements devant fait l'objet d'adaptation aux besoins des personnes âgées dans le parc privé est annoncé comme atteint. Un nouvel objectif a été fixé, portant à 100 000 le nombre de logements adaptés à atteindre¹³³. Selon l'ANAH, cet objectif est aujourd'hui atteint. De nouveaux objectifs devraient être fixés pour la période à venir (voir Tome 2).

d) Les aménagements possibles et leur coût

Différents aménagements sont possibles pour rendre le logement plus adapté aux conditions de vie et de déplacement des personnes âgées :

- Pose de volets roulants automatisés
- Appuis de déambulation
- Adaptation de l'éclairage, chemin lumineux
- Transformation de la baignoire en douche
- WC surélevés
- Nez de marches antidérapants
- Revêtements de sols antidérapants
- Installation de barre d'appui
- Réhausse de meuble
- ...

Les travaux les plus fréquents relèvent de l'adaptation des sanitaires¹³⁴.

Le coût de ces travaux varie¹³⁵ :

- l'adaptation sanitaire : de 3 500 à 8 000 euros ;
- les adaptations pour faciliter la circulation intérieure environ 4 000 euros ;
- l'installation d'un monte-escalier ou d'une plateforme élévatrice entre 10 000 et 20 000 euros.

Les coûts moyens peuvent être évalués :

- entre 500 euros et 2 500 euros pour des projets d'adaptation simple, avec une moyenne de 1 500 euros ;
- entre 3 500 euros et 10 000 euros avec une moyenne de 7 500 euros pour des projets d'adaptation standard type : aménagement de la salle de bain, rehaussement des WC, sécurisation de la montée des marches par l'ajout d'une main courante ;
- entre 30 000 euros et 50 000 euros pour des projets d'adaptation lourde, avec une moyenne autour de 40 000 euros.

e) Les aides financières des logements privés

Les pouvoirs publics ont mis en place des aides financières pour favoriser l'adaptation du parc de logement existant¹³⁶. De nombreux acteurs proposent ces aides, ouvertes pour chaque

¹³³ Communiqué de presse du ministère des Affaires sociales et de la santé du 5 juillet 2016

¹³⁴ Cour des comptes, Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, juillet 2016

¹³⁵ Sources : fédération nationale Habitat & Développement et la fédération PACT pour l'avis du rapporteur du Sénat, 2015.

situation d'occupation du logement, propriété ou location. La Cour des comptes¹³⁷ estime en 2015 le coût public global de ces aides à 96 millions par an en moyenne. Elle déplore l'absence d'outil national de recensement de logements sociaux ayant fait l'objet d'une adaptation liée au vieillissement.

Les aides de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH)

L'ANAH est le principal financeur direct de l'adaptation du logement privé pour les besoins des personnes âgées, placé sous tutelle des ministères du logement et de l'économie.

En 2017¹³⁸, 18 185 logements ont fait l'objet d'une adaptation à la perte d'autonomie, pour un montant de 60,8 millions, soit 3346 euros d'aide moyenne. Parmi ces logements, 14 317 concernent le maintien à domicile (le reste concerne les situations de handicap), pour un montant de 45,8 millions, soit 3201 euros d'aide moyenne. Les aides sont octroyées aux propriétaires occupants, de plus de 60 ans, aux revenus modestes ou très modestes, justifiant d'une perte d'autonomie. Pour les ménages aux revenus modestes, l'aide est de 35% du montant des travaux plafonnée à 20 000€ (soit une aide maximum de 7000 euros) et pour les ménages aux revenus très modestes, l'aide est de 50% plafonnée à 20 000€ (soit une aide maximum de 10 000€). Une prime « Habiter Mieux » peut s'ajouter dès lors que les travaux de rénovation énergétique permettent un gain de consommation énergétique d'au moins 25 %.

Pour l'année 2014, on dispose de la répartition par GIR : sur 11 144 logements ayant bénéficié de de subventions¹³⁹, la moitié était occupée par des personnes autonomes pour les actes essentiels de la vie courante classées en GIR 5 et 6 et l'autre moitié par des personnes en GIR 1 à 4. Le montant moyen des travaux par logement s'est élevé à 9 000 euros pour les logements occupés par des personnes peu autonomes, et à 6 150 euros pour les logements occupés par des personnes autonomes.

La personne âgée qui bénéficie d'aides attribuées par l'Anah pour financer les travaux bénéficie aussi de l'accompagnement social, technique et financier.

L'ANAH a fait en 2015 une enquête¹⁴⁰ pour connaître le profil des personnes aidées et mesurer l'impact des travaux : l'âge moyen des ménages concernés est de 73 ans ; 63 % sont des femmes ; 65 % recourent à une aide technique (cane, fauteuil...) ; 46 % font appel à une aide humaine pour la vie quotidienne (aide à domicile...). Le montant moyen des aides s'élève à 3550€ HT par logement adapté ; les travaux les plus courants concernent l'adaptation de la salle de bain, des WC, et des accès et cheminements à l'intérieur du domicile. D'une manière générale, les travaux ont permis de réduire les incapacités physiques et d'améliorer le confort et la sécurité des logements.

Les aides des caisses de retraite

L'adaptation du logement des personnes âgées est un axe central de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre la CNAVTS et l'État pour la période 2014-2017. Cette priorité s'est notamment traduite par l'attribution de plus de 13 000 aides à l'adaptation de l'habitat en 2015, soit +30% par rapport à 2014. En 2014, les aides de la CNAVTS avaient

¹³⁶ Cette section reprend en partie la présentation de la Cour des Comptes dans son rapport de juillet 2016 sur Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, juillet 2016

¹³⁷ Cour des Comptes, Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, juillet 2016

¹³⁸ ANAH, Chiffres clés 2017

¹³⁹ 11 144 logements ayant bénéficié de 34,9 millions d'euros de subventions pour la réalisation de travaux d'adaptation à la perte d'autonomie¹³⁹, soit une subvention moyenne de 3 135 euros par logement. Source : Rapport du Sénat, 2015

¹⁴⁰ Enquête réalisée en 2015 auprès de 1053 propriétaires occupants ayant effectué des travaux d'adaptation (rapport Cour des compte de 2016)

permis d'adapter 9 776 logements individuels, dont 62 % avec des cofinancements de l'ANAH. En outre, 24 540 kits de prévention - aide forfaitaire pour des équipements tels que sièges de WC et de douche, tapis antidérapants, barres d'appui, mains courantes d'escaliers, kit de balisage lumineux - ont été délivrés à des retraités désireux d'équiper leur logement en aides techniques pour prévenir les chutes. La CNAVTS indique que environ 48 000 personnes ont bénéficié d'une aide à l'habitat accordée par l'Assurance Retraite sur la période 2011-2015 dont environ 60% ont fait l'objet d'un co-financement CNAVTS/ ANAH.

Ces aides sont versées sous conditions de revenus.

Les aides des collectivités locales

En plus de l'APA qui peut financer des travaux d'adaptation des logements, de nombreux départements proposent des aides pour l'adaptation du logement des personnes âgées, au cas par cas et en dehors des plans d'aide. Certains départements ont décidé d'exclure systématiquement l'aménagement du logement des plans d'aide APA et d'y intégrer, en substitution, des offres de service de téléassistance et de domotique, dont les frais de fonctionnement sont souvent proches de 20 € par mois.

Les communes, via les centres communaux d'action sociale, peuvent venir en appui des dispositifs existants. Ces politiques décentralisées sont très diversement développées sur les territoires.

Les appartements proposés par les bailleurs sociaux

Les bailleurs sociaux ont progressivement adapté leur politique patrimoniale en intégrant un volet « accompagnement du vieillissement » dans les plans stratégiques de patrimoine. Le bailleur social prend en charge l'intégralité des aménagements et travaux d'adaptation (maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre, financement). Il choisit soit d'intervenir au cas par cas à la demande du locataire âgé sur justificatifs, soit de proposer au locataire âgé un relogement adapté.

L'article 20 de la Loi ASV a introduit la possibilité pour la commission d'attribution des logements sociaux d'attribuer en priorité tout ou partie des logements construits ou aménagés spécifiquement pour cet usage à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, dans le cadre de programmes bénéficiant d'une autorisation spécifique délivrée par le représentant de l'Etat dans le département. Un suivi de l'application de cette mesure serait intéressant.

Le crédit d'impôt

Le crédit d'impôt en faveur des personnes à mobilité réduite, mis en place à partir de 2005 permet de couvrir 25 % des dépenses d'acquisition d'équipements spécialisés et 40 % des dépenses de diagnostic préalables aux travaux. Il est cumulable avec d'autres subventions, mais il ne s'applique que sur les dépenses effectivement supportées par le contribuable pour sa résidence principale et donc sur le reste à charge. En 2012, son coût total s'élevait à 36 M€.

Les travaux d'adaptation du logement sont des travaux de rénovation qui bénéficient à ce titre du taux réduit de TVA applicable aux travaux d'amélioration, de transformation, d'aménagement et d'entretien sur des logements achevés depuis plus de deux ans. La dépense fiscale est estimée à 23 M€ annuels.

Selon les calculs opérés par la Cour des comptes, les montants annuels des dépenses fiscales engagées sont supérieurs aux montants des financements directs.

**

La Cour des comptes identifie les freins à l'utilisation des aides par les ménages : déni du vieillissement, craintes de dévaloriser son bien, méconnaissance des coûts et du reste à charge, difficultés à mobiliser la trésorerie nécessaire... Elle souligne les efforts de coordination des acteurs¹⁴¹, les actions d'information de l'ANAH et les dispositions prises pour les ménages modestes (avance sur subvention), mais pointe le manque d'accompagnement de toutes les personnes non éligibles aux aides de l'ANAH, CNAVTS ou APA. Elle dénonce de plus l'absence de données consolidées sur les dépenses, l'absence de suivi des adaptations réalisées et la nécessité d'actualiser l'estimation des besoins, notamment grâce aux programmes locaux de l'Habitat¹⁴² et aux travaux de l'ANAH.

4) Un déficit en services de proximité

Encadré : Un déficit de services de proximité peut rendre difficile le soutien à domicile.

En 2013, près de 40% des personnes âgées de 55 ans estiment que leur logement est proche des commerces et des transports. Cette proportion décroît à partir de 75 ans pour tomber en-dessous de 30% après 90 ans (pour les personnes qui vivent à domicile)¹⁴³.

Le temps d'accès aux services et équipements dépend notamment de la densité des territoires (cf. tableau 28)¹⁴⁴. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude détaillée de l'accès aux services des personnes âgées, l'accessibilité aux services étant fonction de plusieurs facteurs : information sur leur existence et leur condition d'utilisation, la distance, le coût, la disponibilité (horaire, délai d'attente...)¹⁴⁵.

¹⁴¹ Notamment : rapport commun ANAH/ CNAVTS sur l'adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées, convention de partenariat interrégime CNAVTS/MSA/RSI et ANAH pour favoriser une meilleure articulation des actions, mise en place de guichet unique de l'habitat par certaines collectivités locales...

¹⁴² Les objectifs de la loi ASV précisent que « les schémas gérontologiques et les programmes locaux de l'habitat (PLH) établis au niveau des communes et intercommunalités doivent à l'avenir servir de supports à des politiques coordonnées d'adaptation de l'habitat au vieillissement et à la perte d'autonomie. La loi garantit désormais que les PLH prennent en compte le sujet du logement des âgés. Le PLH devra prendre en compte les besoins liés à la perte d'autonomie... ». Les PLH doivent désormais prendre en compte les problématiques territoriales de l'habitat des âgés en milieux urbains denses, en milieu rural et périurbains.

¹⁴³ Source : enquête Logement 2013.

¹⁴⁴ Barbier M., Toutin G., Lévy D. (2016), « L'accès aux services, une question de densité des territoires », INSEE première, n°1579, janvier 2016 ; INSEE (2015), « La France et ses territoires - INSEE Références - Édition 2015 », INSEE Références, avril 2015.

¹⁴⁵ L'exploitation des données de Care-Ménages (DREES) devrait apporter des éléments sur ces questions d'accessibilité.

Tableau 28. Temps médians d'accès aux services et équipements (en minutes)

	Catégories de communes			
	Densément peuplées	De densité intermédiaire	Peu denses	Très peu denses
Équipements de la gamme de proximité les plus proches (*)	5	5	8	13
Médecin omnipraticien le plus proche	4	4	10	16
Pharmacie la plus proche	4	4	10	18
Urgences les plus proches	14	26	40	52

(*) La « gamme de proximité » comporte 29 types d'équipements : poste, banque-caisse d'épargne, épicerie-supérette, boulangerie, boucherie, école ou regroupement pédagogique intercommunal, médecin omnipraticien, pharmacie, taxi...

Note : il s'agit du temps médian d'accès en minutes, en automobile, en heure creuse, du chef-lieu de la commune de résidence au chef-lieu de la commune d'implantation du service le plus proche. Pour l'infra-communal, les calculs se sont entre les carreaux de 200 mètres : la médiane représente le temps d'accès de chaque carreau de 200 mètres à l'équipement le plus proche. Les distances sont calculées avec le distancier Métrix de l'INSEE.

Les personnes ne disposent pas toujours d'une voiture et ne vont pas forcément à l'équipement le plus proche de chez eux.

Champ : France métropolitaine, La Réunion et la Martinique.

Source : INSEE, Base permanente des équipements.

5) Les aidants

Connaître la nature (aide monétaire et aide « en nature ») et l'évolution de l'aide non professionnelle (notamment l'aide familiale) a une grande importance. La présence active d'aidants facilite le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et contient le déport sur les établissements.

On a analysé l'aide familiale dans le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 (tome 3). On en reprend ici les principales conclusions.

a) Estimation de l'effectif des aidants

Si l'on reprend les estimations du rapport du Haut Conseil de la famille (HCF) de 2011¹⁴⁶, on peut retenir les ordres de grandeur suivants :

- en 2008, 4,3 millions d'aidants d'une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile l'aident régulièrement (que ce soit en lui apportant une aide dans la vie quotidienne, une aide financière ou un soutien moral), dont un peu plus de 80% sont des aidants familiaux ; moins de 2,8 millions apportent une aide régulière à la vie quotidienne (enquête Handicap Santé, DREES) ;
- en 2010, sur le champ des allocataires de l'APA à domicile, on estime entre 800 000 et 850 000 le nombre de proches aidants et entre 700 000 et 750 000 le nombre d'aidants familiaux, soit plus d'un aidant par allocataire.

¹⁴⁶ Insérer la référence du rapport

b) Qui sont les aidants ?

Les femmes représentent 54 % des proches de l'entourage aidant régulièrement une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile, en raison d'un problème de santé ou d'un handicap (enquête Handicap-Santé auprès des aidants menée par la DREES en 2008). 62% des aidants d'allocataires de l'APA pour les actes de la vie quotidienne sont des femmes. Celles-ci sont donc majoritaires, mais pas autant qu'on le pense souvent. La proportion de femmes augmente cependant significativement quand on considère uniquement les aidants les plus « intensifs », aidant quotidiennement ou presque.

L'âge moyen des aidants est de 58 ans : 27% ont moins de 50 ans, 26% ont entre 50 et 59 ans, 31% ont entre 60 et 74 ans et 16% ont 75 ans ou plus (enquête Handicap-Santé auprès des aidants menée par la DREES en 2008).

Les aidants familiaux représentent plus de 80% des aidants informels. Le nombre d'aidants qui ne sont pas de la famille (les amis, les voisins...) n'est donc pas négligeable.

39 % des aidants occupent un emploi. Chez les aidants âgés de 40 à 64 ans, 68 % sont en emploi (55 % à temps plein et 13 % à temps partiel) selon le Baromètre 2017 de la Fondation Médéric Alzheimer.

En ce qui concerne le lien aidant familial- aidé : les conjoints et les enfants sont les principaux pourvoyeurs d'aide familiale. Globalement, les hommes sont principalement aidés par leur conjointe (et dans une moindre mesure par leur fille) et les femmes par leurs enfants. Cette situation tient essentiellement aux différences d'espérance de vie entre femmes et hommes et aux différences d'âge au sein des couples. De façon générale, l'aide des enfants augmente avec le degré de dépendance de leur parent et en l'absence de conjoint¹⁴⁷. Les belles-filles jouent également un rôle important.

c) Formes de l'aide

c1) L'hébergement d'une personne en perte d'autonomie au domicile d'un proche

11% des personnes âgées de plus de 85 ans vivent avec des proches. Dans ce cas, l'hébergeant peut déduire de son revenu imposable l'obligation alimentaire exécutée « en nature » en cas d'hébergement à son domicile pour autant que l'ascendant soit dans le besoin.

Cette mesure fiscale ne concerne par définition que les contribuables imposés et sa valeur augmente avec le revenu.

c2) Les aides financières

Selon l'enquête Patrimoine de l'INSEE¹⁴⁸, 14% des personnes ayant un ascendant encore vivant (et ne vivant pas avec eux) l'ont déjà aidé dans le passé.

¹⁴⁷ Sur la dynamique de l'aide familiale en France et en Europe, voir par exemple Fontaine R., Gramain A., Wittwer J., (2007), « Les configurations familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe », *Economie et statistique*, n°403-404.

¹⁴⁸ Héritages, donations et aides aux ascendants et descendants. Dossier INSEE août 2017

Tableau 29. Type d'aide versée au(x) parent(s), parmi les individus ayant déjà aidé leur parent

Don d'argent à l'occasion d'un achat ou d'un évènement important	34,1 %
Mise à disposition gratuite d'un logement ou paiement d'un loyer	8,7 %
Prêt d'argent	18,4 %
Financement d'une maison de retraite	8,9 %
Versements réguliers d'une somme d'argent	23,0 %
Autre aide financière	22,3 %

Champ : ménages ordinaires résidant en France, y compris DOM (hors Mayotte), et qui ont versé une aide à leurs parents.

Source : INSEE, enquête Patrimoine 2014-15.

L'analyse de l'INSEE appelle quatre remarques :

- on n'a pas à ce stade d'éléments sur la part de ces aides qui concernent les allocataires de l'APA ;
- la probabilité d'une aide augmente avec le revenu des enfants ;
- les enfants uniques aident plus souvent leurs parents ;
- parmi les enfants âgés de 60 à 69 ayant versé une aide à leur parent, 31 % ont financé une maison de retraite.

Ces aides sont soutenues par des aides fiscales.

c3) Les aides en nature

- L'aide de l'entourage est plus fréquente que l'aide professionnelle.

Parmi les 3,65 millions de personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile et recevant de l'aide (qu'ils soient ou non allocataires de l'APA), 80% reçoivent de l'aide informelle¹⁴⁹ et seulement 50% une aide professionnelle¹⁵⁰.

Le recours croissant à l'aide professionnelle en fonction du degré de perte d'autonomie et de l'âge ne se traduit pas par une diminution du recours à l'aide de l'entourage. L'aide mixte combinant aide informelle et aide professionnelle est la configuration d'aide la plus fréquente chez les personnes ayant une perte d'autonomie sévère.

- L'aide de l'entourage est plus intense que l'aide professionnelle.

Sur le champ de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile, le volume moyen d'aide informelle par bénéficiaire déclaré en 2003 était de 3 heures et 30 minutes. L'aide augmente avec le GIR (elle est de 4 heures 55 minutes pour les en GIR 3 à 1).

Ces estimations sont très approximatives :

* les données sont anciennes. Or il est vraisemblable que le développement de l'APA depuis cette date s'est traduit par une diminution de l'apport des aidants ;

* il faudrait vérifier qu'on n'impute pas à la personne aidée des tâches que l'aidant aurait faites pour lui-même.

Il est donc raisonnable de penser que ces données surestiment l'apport des aidants.

¹⁴⁹ 48% de façon exclusive

¹⁵⁰ Soullier N., Weber A., (2011), « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Etudes et résultats*, n°771, DREES.

Selon le baromètre 2017 de la Fondation Médéric Alzheimer, les aidants âgés de 40 à 64 ans sont 23% à aider tous les jours, 46% toutes les semaines, 31% tous les mois.

- La valorisation de l'aide des proches aidants

Elle dépend de la convention de calcul retenue. Cette aide peut être valorisée par la méthode des biens proxy, qui suppose que la valeur de l'aide informelle est égale à la valeur du plus proche substitut marchand.

Sur la base de 13€/h, la valeur de l'aide informelle moyenne parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile est de 1 374€/mois et la valeur totale est de l'ordre de 12,5Md€.

Sur la base d'une indemnisation à 4,75€/h (comme pour la PCH) la valeur de l'aide informelle moyenne parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile est de 502€/mois et la valeur totale est de l'ordre de 4,55Md€.

d) Impact sur la participation au marché du travail : des ajustements parfois nécessaires

Contrairement à ce que l'on peut observer pour les « soins » aux jeunes enfants, l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie conduit rarement au retrait du marché du travail. Selon l'enquête Handicap-santé auprès des aidants (DREES, 2008), seuls 2 % des aidants au chômage, au foyer ou dans une autre situation d'inactivité déclarent que leur inactivité professionnelle est due à leur rôle d'aidant.

Les aménagements de la vie professionnelle concernent en revanche 11 % des aidants en emploi (enquête HSA de la DREES). Parmi eux, « 77 % ont modifié leurs horaires de travail (37 % ont réduit leur nombre d'heures), 15 % se sont rapprochés de leur lieu de travail ou ont opté pour le télétravail, 15 % ont connu un arrêt de travail (arrêt maladie, arrêt d'activité ou retraite anticipée), 13 % ont changé la nature de leur travail (avec ou sans changement d'employeur) »¹⁵¹.

Ici, aussi les effets se concentrent sur ceux exprimant une charge ressentie importante (20 % des aidants). « Parmi les aidants en emploi, 33% des aidants qui ressentent une charge importante ont dû aménager leur vie professionnelle (horaires, lieu, nature du travail...) ; c'est le cas de 5% des aidants qui ressentent une charge légère ou aucune charge »¹⁵².

Certains aidants doivent également renoncer à des changements professionnels (12 % des aidants ressentant une charge importante).

e) Les attentes des aidants sont mal satisfaites

Les attentes les plus signalées portent sur le « répit » (allègement des contraintes de présence auprès de la personne aidée) et une aide dans l'organisation – parfois complexe – du calendrier des services de professionnels.

Pour les aidants actifs, la modification des conditions de travail (passage à temps partiel, aménagements d'horaires, amélioration des congés, etc.) est demandée avec insistance sous forme de droits opposables aux employeurs.

¹⁵¹ Soullier N. (2011)

¹⁵² Soullier N., (2012), « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », *Etudes et résultats*, n°799, DREES, mars 2012.

Les droits en matière de retraite sont modestes, en net retrait par rapport aux dispositifs retenus dans la PCH.

La revendication d'une indemnisation « du temps passé en aide » ne semble pas prioritaire.

6) Un développement lent et insuffisant de l'accueil temporaire

Si les premières formules d'accueil temporaire (accueil de jour et hébergement temporaire notamment) sont nées à la fin des années 70, c'est la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale qui leur donne une existence légale (article L.312-1 du CASF).

Le décret du 17 mars 2004¹⁵³ définit ainsi l'accueil temporaire (article D.312-8 CASF) : « *il s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour. Il vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale.* ».

Les textes englobent dans la dénomination d'« accueil temporaire », plusieurs types de prise en charge ou d'accompagnement, en particulier l'accueil de jour (AJ) et l'hébergement temporaire (HT) mais également les accueils de nuit (cf. encadré ci-dessous).

Ils reconnaissent ainsi la fonction de répit des aidants (notamment familiaux) et l'intérêt de ce type d'accueil dans les situations d'urgence ou les périodes de transition (avant une entrée en établissement ou un retour au domicile - après hospitalisation par exemple-).

Encadré : Les différentes modalités de l'accueil temporaire

L'accueil de jour a vocation à accueillir une ou plusieurs journées par semaine des personnes présentant des troubles cognitifs. Il vise à préserver l'autonomie des personnes, à leur faire bénéficier d'un accompagnement médico-social régulier, reposant principalement sur des activités collectives et également des moments de répit à leurs aidants naturels. Ce type de structure peut fonctionner de manière autonome ou être rattaché à un EHPAD.

Concernant l'hébergement temporaire, il est limité dans le temps pour des personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible momentanément. Il peut être pratiqué en résidence autonomie, en EHPAD, en petites unités de vie (PUV). Le plus souvent les lits d'hébergement temporaire sont rattachés à un EHPAD et portent sur un nombre limité de 1 à 5 places. Il existe cependant des structures autonomes entièrement dédiées à l'hébergement temporaire des personnes âgées. Ces hébergements ont souvent adopté le dispositif de petite unité de vie pour porter cette offre de prise en charge.

Le gestionnaire est autorisé à moduler le tarif hébergement proposé afin de tenir compte de la spécificité de l'hébergement temporaire qui se caractérise généralement par un taux d'occupation moindre. Pour les structures habilitées à l'aide sociale, le tarif fixé par le conseil départemental ne varie pas, en général, de celui fixé pour l'hébergement permanent classique.

L'accueil de nuit existe dans certains EHPAD mais reste aujourd'hui très limité. Il est proposé pour une ou plusieurs nuits. L'accueil intègre généralement le dîner et le petit déjeuner.

¹⁵³ Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées

Les articles D312-8 et 9 du CASF posent un certain nombre d'obligations minimales d'accueil :

- la demande d'une autorisation spécifique pour l'accueil temporaire, distincte de l'autorisation pour les places d'hébergement ou d'accueil permanent ;
- le respect de normes de sécurité et d'accessibilité, notamment architecturales ;
- le respect des capacités minimale et maximale d'accueil¹⁵⁴ ;
- l'élaboration d'un projet d'établissement spécifique.

a) Une croissance de l'accueil temporaire continue mais encore insuffisante au regard des objectifs fixés par les pouvoirs publics

Les formules d'accueil temporaire se développent depuis les années 2000 sous l'impulsion :

- de la demande sociale des personnes et de leurs aidants ;
- des évolutions juridiques permettant une diversification des modes d'accompagnement des personnes âgées ;
- des différents plans gouvernementaux relatifs au grand âge et à la maladie d'Alzheimer (cf. encadré ci-dessous) qui ont fixé des objectifs chiffrés de développement à atteindre.

Encadré : Objectifs de développement de l'accueil temporaire fixés dans les divers plans gouvernementaux et bilans réalisés

Le plan Vieillesse et Solidarités (2004-2007) prévoyait la création de 13 000 nouvelles places d'accueil temporaire. En termes de réalisation, le plan a permis la création de 4 140 places d'accueil de jour et 1 837 places d'hébergement temporaire¹⁵⁵ sur les années 2004, 2005 et 2006.

Le Plan Solidarité Grand Age (2007-2012) fixait comme objectif de créer un véritable « droit au répit », permettant à chaque famille de pouvoir « souffler ». Ce plan prévoyait la création sur cette période de 10 900 places d'accueil de jour et 6 100 places d'hébergement temporaire¹⁵⁶.

Dans le même temps, la mesure 1 du plan Alzheimer (2008-2012) comprenait la création de places dédiées aux malades d'Alzheimer, facilitant ainsi leur admission, dans l'objectif « *d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de structures de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures* ». Il était initialement prévu de créer en 2008, 2 125 places d'accueil de jour réservées par an, pour parvenir sur la durée du plan à 11 000 places réservées. En ce qui concerne l'hébergement temporaire, l'objectif de création était de 5 600 places sur la durée du plan.

Les objectifs initiaux du PSGA et du plan Alzheimer de création de place ont été révisés à la baisse en cours de plan, les crédits ayant été dégagés pour financer 150 plateformes d'accompagnement et de répit à destination des aidants familiaux. « *Au 31 décembre 2012, 5 248 places d'accueil de jour réservées Alzheimer avaient été créées, soit deux fois moins que ce qui avait été initialement prévu*

¹⁵⁴ Les unités de vie ou d'accueil temporaire ne doivent pas dépasser douze places chacune, et pour les accueils de jour, la capacité minimale d'accueil est fixée à 6 places, avec cependant une exception possible pour les territoires à faible densité démographique, en zone rurale ou enclavée, accordée par l'ARS (Décret n°2016-1211 du 26 août 2016)

¹⁵⁵ Vasselle A., 2008, Rapport au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Rapport d'information du Sénat, n°447.

¹⁵⁶ sans que l'on sache si cet objectif s'ajoute au précédent ou si les deux se cumulent

mais en cohérence avec l'objectif révisé de 5 400 places »¹⁵⁷ et 2 634 places d'hébergement temporaire ont été créées, ce qui correspond à un taux de réalisation de 47 %.

Le Plan Maladies Neurodégénératives (2014-2019) fixe comme objectif dans sa mesure 29 d'adapter et de mieux organiser l'offre en accueil de jour et en hébergement temporaire pour diversifier les solutions d'accompagnement en soutien du domicile et de poursuivre le développement de l'offre d'accueil temporaire jusqu'aux cibles prévues au plan précédent.

Alors que le rapport Le Bouler précité de 2006 ciblait 58 000 places d'accueil temporaire en 2015, on dénombre fin 2016 14 391 places d'accueil de jour et 11 174 places d'hébergement temporaire, soit un total de 25 500 places. Ceci représente des taux d'équipement respectifs de 2,36 et 1,83 pour 1 000 personnes (cf. tableau 30).

Les dernières données de l'enquête nationale de la Fondation Médéric Alzheimer¹⁵⁸ révèlent en ce qui concerne l'accueil de jour des variations départementales importantes avec des taux d'équipement allant de zéro dans deux départements à plus de 45 pour 10 000 dans les départements les mieux dotés. De telles disparités existent aussi pour l'hébergement temporaire¹⁵⁹.

Tableau 30 : Places installées et taux d'équipement au 31/12/2016 (France hors Mayotte)

	Nombre de places installées au 31/12/2016	Taux d'équipement pour 1000 pers.
AJ	14 391	2,36
HP	577 708	94,80
HT	11 174	1,83
SIAD	119 928	19,68
UHR	1 433	0,24
Total ESMS	724 634	118,91

Sources : Nombre de places : Finess au 31/12/2016
Population : population des 75 ans et plus au 01/01/2016, INSEE

Selon la DREES¹⁶⁰, l'accueil temporaire concernerait fin 2015 4% des personnes accueillies, soit 8 400 personnes en hébergement temporaire (contre 7 700 quatre ans plus tôt) et 8 700 personnes en centre d'accueil de jour (1 380 de plus qu'en 2011).

a1) Une forte progression du développement de l'accueil de jour entre 2008 et fin 2016

Comme l'indique la CNSA¹⁶¹, la capacité des accueils de jour a connu une forte progression (+93%) entre 2008 et fin 2016. En 2017, l'enquête nationale de la FMA recense 1 749 ac-

¹⁵⁷ « Rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 », Professeur Joël ANKRI et Professeure Christine VAN BROECKHOVEN, juin 2013

¹⁵⁸ Lettre de l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer n°49-50, 2018

¹⁵⁹ cf. partie sur les disparités territoriales III) E) 2) c)

¹⁶⁰ Muller M. (2015), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et résultats, n°1015

¹⁶¹ CNSA, (2017b), Accueil et accompagnement des personnes âgées - Bilan des réalisations au 31/12/2016 et programmation du développement de l'offre entre 2017 et 2021

cueils jour destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui représente 14 517 places.

Selon cette même étude, les accueils de jour autonomes (« centres de jour ») regroupent près d'un quart de ces places (24 %, soit 3 453 places), tandis que les accueils de jour rattachés à un EHPAD en regroupent 76 % (soit 11 064 places).

46 % des accueils de jour appartiennent au secteur public, 40 % au secteur privé associatif et 14 % au secteur privé commercial. Les accueils de jour autonomes relèvent majoritairement du secteur privé associatif (74 %) alors que les accueils de jour rattachés à un établissement d'hébergement relèvent pour la moitié d'entre eux du secteur public.

Parallèlement à l'augmentation du nombre total de places, le nombre d'accueils de jour de moins de 6 places a très fortement diminué sous l'impulsion de la circulaire de la DGCS de 2010, l'objectif était ainsi que soit garantie au sein de la structure un véritable projet d'accompagnement et une organisation adéquate dans des locaux.

Les accueils de jour de moins de 6 places représentent aujourd'hui 19% de l'ensemble des accueils de jour installés (contre 62 % en 2008¹⁶²). L'enquête de la FMA précise que la capacité moyenne en accueil de jour autonome est de 13 places et de 7 places dans les accueils de jour rattachés.

La mise en application de la circulaire de 2010 est plus longue qu'escompté sur certains territoires (Pays de la Loire, ex-Lorraine et ex-Poitou-Charentes) qui ont dû restructurer une très grande partie de leur offre d'accueil de jour, en procédant soit à des extensions de structures existantes soit à des regroupements et suppressions d'établissements.

Selon l'enquête FMA, 9 % (soit 156) des accueils de jour recensés en 2017 sont porteurs d'une plateforme d'accompagnement et de répit. Près de 90 % des accueils de jour organisent le transport des personnes accueillies entre leur domicile et l'accueil de jour. Il s'agit le plus souvent d'un véhicule de l'accueil de jour (46 %) ou de l'intervention d'un prestataire extérieur (42 %), le remboursement aux familles des personnes malades des frais de transport étant moins pratiqué (36 %).

a2) Un développement plus lent de l'hébergement temporaire et quasi nul de l'accueil de nuit

Le nombre de places en hébergement temporaire a cru de 30 % entre 2011 et 2016, passant ainsi de 8 585 à 11 174 places.

Selon l'enquête nationale de la FMA, 45 % des établissements, hors centres d'hébergement temporaire exclusifs, proposent des solutions d'hébergement temporaire (52 % dans les EHPAD) et 51 % n'en proposent pas (5 % n'ont pas renseigné la question). Les centres d'hébergement temporaire, majoritairement de statut privé associatif, ont vu leur capacité totale diminuer de 6 % par rapport à l'enquête de 2015.

¹⁶² Dans les années 2000 (principalement à partir de 2005, année de la circulaire d'application du deuxième plan Alzheimer 2004-2007), certains financeurs incitaient les porteurs de projet à inscrire systématiquement quelques places d'accueil de jour au sein de tout projet d'EHPAD, conduisant ainsi à installer une majorité de petits accueils de jour (parfois de seulement 1 ou 2 places).

Les données disponibles sur l'HT datent de 2013 et ne portent pas sur l'ensemble des places existantes (cf. encadré ci-dessous).

Extraits de l'analyse statistique des données issues des rapports d'activité 2013 des établissements et services sociaux et médicosociaux, septembre 2014¹⁶³

1 657 structures ont répondu à tout ou partie du questionnaire (ce qui représente 59 % des structures étant identifiées dans FINESS comme autorisées à avoir une activité d'hébergement temporaire).

Capacité d'accueil en HT

La capacité d'accueil installée moyenne des unités d'HT est de 3,6 places installées en baisse depuis 2010 et près de la moitié des établissements ne disposent que d'une ou deux places. Les établissements spécialisés en HT offrent beaucoup plus de places : 20,3 en moyenne.

Bénéficiaires de l'HT

Une place d'HT a bénéficié en moyenne à 6 personnes différentes sur l'année, ce quel que soit le type de structure d'hébergement. Près de 80% des bénéficiaires d'hébergement temporaire ont un niveau de dépendance moyen ou lourd (46,3% des personnes en GIR 3 ou 4, et 33,5 % en GIR 1 ou 2). La durée moyenne par séjour est de 36,7 jours (5 semaines).

Motifs d'entrée en HT

Les séjours en hébergement temporaire ont pour principal motif le besoin d'un relais ou d'un répit (dont vacances) à l'aidant non professionnel accompagnant les personnes en situation de perte d'autonomie (60,3% des établissements répondants). Viennent ensuite la préparation à une entrée en hébergement permanent (19%) et la sortie d'hospitalisation (15,4%). Certaines périodes de l'année correspondent à davantage de demandes d'hébergement temporaire (juillet-août et période hivernale). Un peu moins de la moitié des unités d'HT déclarent avoir une liste d'attente pour l'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie (83,3 % des établissements spécialisés).

Coût de l'HT

En 2013, la moitié des établissements avec hébergement temporaire a un coût moyen journalier d'hébergement temporaire par bénéficiaire accueilli compris entre 51,46 et 64,34 euros.

La moitié des établissements pratiquant l'HT proposent un tarif dépendance journalier compris entre 17,65 et 21,65 euros pour les GIR 1 ou 2, entre 11,25 et 13,73 euros pour les GIR 3 ou 4.

Projet d'établissement et partenariats

Peu d'établissements font part d'un projet d'établissement spécifique pour l'hébergement temporaire (19% des répondants). Plus de 70% des établissements proposant de l'HT disent avoir établi des liens formalisés avec au moins un partenaire (CLIC, réseaux gérontologiques, services à domicile, EHPAD).

Selon l'enquête nationale de la FMA, l'accueil de nuit est encore très limité, puisque moins de 1 % des établissements ayant répondu à l'enquête (essentiellement des EHPAD) ont déclaré disposer de quelques places (2 en moyenne) dédiées à accueillir des personnes uniquement la nuit. 40 % de ces places sont destinées à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

En conclusion, bien que l'accueil temporaire ait été soutenu par les plans gouvernementaux successifs, il ne se développe pas au rythme espéré. Les ressources financières disponibles ne sont en effet pas consommées dans leur intégralité¹⁶⁴.

¹⁶³ Analyse réalisée par le CREAI-ORS Languedoc Roussillon

b) Des freins au développement de l'offre identifiés de longue date

Les freins au développement de l'offre de l'accueil temporaire sont connus et sont de diverses natures, impactant tantôt l'offre, tantôt la demande (ce qui de fait se répercute l'offre) :

- le coût et le reste à charge peuvent constituer un frein pour les familles tant pour l'accueil de jour que pour l'hébergement temporaire. Pour le second, il apparaît coûteux et difficile pour une personne âgée de payer deux loyers et charges en même temps, entre son domicile habituel et son domicile temporaire. Par ailleurs, il existe aujourd'hui des différences notables de prise en charge de l'HT en fonction des départements autant sur la prise en charge de la partie dépendance dans le cadre du plan d'aide APA à domicile que sur le recours à l'ASH. Le règlement départemental de certains départements ne prévoit ainsi pas d'aide sociale pour ce type d'hébergement et lorsqu'elle existe, l'obtention peut prendre un certain délai ;
- l'accessibilité géographique à un accueil de jour ou un HT n'est pas garantie pour tous : il existe en effet d'importantes disparités territoriales. On constate une grande hétérogénéité des politiques locales avec des départements pionniers de l'accueil temporaire (développement de places dédiées et mobilisation de différents outils de soutien) et d'autres territoires clairement en retrait, tant dans leurs documents de planification que dans le développement et la structuration de leur offre ;
- des freins psychologiques restent également à lever tant du côté des personnes âgées que de leurs familles (réticence des personnes âgées à sortir de leur domicile et à intégrer même temporairement un EHPAD, sentiment de culpabilité des aidants à l'idée de substituer une aide extérieure à celle qu'ils assurent, etc.) ;
- ceci est à rapprocher de la méconnaissance de l'offre d'accueil temporaire tant du côté des familles que des professionnels sociaux, médicosociaux et médicaux notamment libéraux. Cette offre manque encore de visibilité engendrant, de fait, un recours moindre et sa fragilisation dans le paysage social et médico-social.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'hébergement temporaire, les freins avaient été bien analysés lors de l'état des lieux réalisé par la CNSA en 2011¹⁶⁵ (il semble que la situation ait peu évolué malgré quelques avancées introduites par la loi ASV cf. encadré ci-dessous) :

- l'HT suscite des difficultés organisationnelles et de gestion administrative : des annulations, des imprévus, des fortes variations d'activités, des difficultés de planning, des entrées et sorties plus fréquentes et à organiser, des besoins forts de coordination avec l'extérieur pour l'orientation des personnes, etc. ;

¹⁶⁴ La CNSA indique ainsi dans son bilan annuel des réalisations du plan Solidarité grand âge, que comme les années précédentes, au 31/12/2016, 73% et 76% des places respectivement notifiées en accueil de jour et en hébergement temporaire ont été autorisées (contre 99 % en EHPAD et 98 % en SIAD). Ces taux sont en progression par rapport aux années précédentes.

¹⁶⁵ CNSA Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire 2011

- l'HT impacte les pratiques des professionnels et peut parfois les fragiliser¹⁶⁶ : possibilité de décalage entre la prise en charge de courte durée, personnalisée - nécessitant une grande réactivité des équipes et une forte interaction avec l'environnement extérieur de la personne - et les pratiques habituelles de l'accompagnement sur le long terme en hébergement permanent ;
- le modèle médico-économique de l'hébergement temporaire apparaît fragile : comme le mentionnait la CNSA en 2011, « *les règles tarifaires en vigueur demeurent, malgré des avancées, relativement peu adaptées à ces temps d'accueil segmentés et occasionnant une certaine incertitude quant au niveau d'occupation des places à moyen terme. La méconnaissance et l'inadéquation entre offre et demande pèsent sur le volume de la demande exprimée et donc sur l'activité des entités, créant une fragilité financière pour les gestionnaires* ». En raison du roulement des places, le taux d'occupation en HT se situe entre 57¹⁶⁷ et 60 % et est très inférieure au taux d'occupation en hébergement permanent en EHPAD (97 %¹⁶⁸). Par ailleurs, la tarification actuelle n'englobe pas le surcoût engendré par l'accompagnement en HT d'un personne atteinte d'une MAMA (besoins spécifiques, personnel formé) ;
- la question de l'organisation et de la prise en charge financière des transports s'avère être une vraie difficulté et peut être un facteur dissuasif pour les familles.
- les contraintes réglementaires peuvent être lourdes notamment en termes de règles de construction.

Encadré : Un recours à l'hébergement temporaire facilité dans le cadre de la loi ASV (mesures entrées en vigueur en mars 2016)

Un droit au répit permettant de financer de l'hébergement temporaire

Afin de leur permettre de se reposer ou de s'absenter, la loi instaure un nouveau droit au répit pour les proches aidants de personnes bénéficiaires de l'APA, assurant une présence ou une aide indispensable à la vie à domicile de leur proche, et qui ne peuvent être remplacés pour assurer cette aide par une autre personne à titre non professionnel. Ce droit au répit peut être activé quand le plafond du plan d'aide APA de la personne aidée est atteint pour financer jusqu'à 500 € par an un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial.

La prise en charge des frais d'hébergement temporaire des personnes âgées en perte d'autonomie dont le proche aidant est hospitalisé

En cas d'hospitalisation du proche aidant qui ne peut être remplacé et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie à domicile, une aide ponctuelle peut être accordée pour financer un hébergement temporaire de la personne aidée. Son montant pourra atteindre jusqu'à 992 euros au-delà des plafonds de l'APA.

¹⁶⁶ Extrait du document précité « *Les places d'hébergement temporaire sont le plus souvent insérées au sein de structures dont l'hébergement permanent constitue non seulement la majeure partie de l'activité, mais également le cadre de structuration et de mise en œuvre des pratiques professionnelles.* »

¹⁶⁷ Source précitée rapport CREA-ORS Languedoc Roussillon, septembre 2014.

¹⁶⁸ Chiffre extrait du rapport de la CNSA, « La situation des EHPAD en 2016 Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD », novembre 2017.

7) Une organisation des services à domicile à réformer et des métiers à valoriser

a) *Des politiques départementales hétérogènes, des financements insuffisants qui fragilisent le secteur*

En fonction de leur priorité, les départements mènent des politiques hétérogènes en matière d'organisation et de financement des services d'aide et de soins à domicile.

Les contraintes financières des départements amènent en effet certains d'entre eux à adopter des pratiques et niveaux de tarification qui freinent paradoxalement la rationalisation du secteur et leur capacité d'innovation, alors que les perspectives ouvertes par les nouvelles technologies devraient les faciliter.

Le secteur est en équilibre financier très fragile, ce qui requiert des opérations régulières de « remise à flot », qui embolisent les acteurs et ne laissent que trop rarement la place à une réelle modernisation du secteur.

Il faut rappeler ici un des éléments constitutifs de la fragilité des financements des services à domicile. Le rapport du parlementaire Georges Labazée, issu d'une mission confiée par le premier ministre, sur la tarification et les perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile de 2017¹⁶⁹ met un exergue cette problématique et ses conséquences pour les personnes accompagnées : « *La plus récurrente [des préconisations] concerne la dichotomie préjudiciable entre le financement public des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) habilités et la solvabilisation des usagers dans le cadre de l'APA. L'équilibre financier des services dépendant du paiement de leurs prestations par les bénéficiaires, un tarif horaire insuffisant peut mener l'utilisateur à verser une participation supérieure à celle dont il s'est déjà acquitté au titre du ticket modérateur de l'APA.* » Ceci amène ainsi à une rupture avec la logique de l'APA puisque cette sur-participation financière augmente le reste à charge des bénéficiaires et ce indépendamment du niveau de revenu des personnes. De plus, le manque de financement du secteur auquel s'ajoute le caractère obsolète de la tarification horaire ne permet pas de garantir la pérennité économique des SAAD comme le pointe le rapport Labazée.

En matière d'application du régime unique d'autorisation de la loi ASV et plus largement de la tarification des SAAD, les départements ont adopté des stratégies différentes et parfois même opposées générant ainsi des inégalités territoriales en matière d'accès aux services à domicile. Un rapport IGAS/IGA de 2017 sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi ASV pour le volet domicile¹⁷⁰ note ainsi que « *la réforme juridique des SAAD doit donc être considérée comme une première étape d'un processus plus global de réduction des inégalités territoriales* ».

¹⁶⁹ Georges Labazée, rapport au premier ministre, « Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile », mars 2017

¹⁷⁰ A-C.Bensadon et C.Daniel (IGAS) - F.Scarbonchi (IGA), Rapport IGAS N°2017-004R / IGA N°16113-R1, « Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile », septembre 2017

b) Un isolement et un émiettement des services à domicile qui pèsent sur la qualité des services

Outre la problématique du financement, d'importants défis structurels pourraient continuer de se poser. Issus du monde associatif et largement gérés par lui, les services à domicile souffrent d'un émiettement et d'une spécialisation préjudiciables à leur qualité.

L'amélioration de la qualité de l'offre et de la coordination des parcours de vie et de santé est en effet freinée par la rigidité des organisations et la persistance des frontières entre les métiers de l'aide et du soin. Des expérimentations sont menées en la matière comme les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) optimisant la coordination du soin et de l'aide apportés aux personnes et offrant ainsi un accompagnement plus global aux personnes. Néanmoins, les perspectives de regroupement autour des SPASAD peinent à se mettre en place.

En l'absence de la pérennisation de ce modèle ou d'autres modalités de coopération poursuivant la même logique, l'amélioration de la qualité de la prise en charge paraît contrainte. Ceci est d'autant plus dommageable que comme le note, le rapport Labazée, le décloisonnement des organisations et des métiers est aussi un important levier pour l'attractivité des métiers.

c) Des conditions de travail des personnels peu attractives qui pèsent également sur la qualité des services

c1) Le plus fort taux de sinistralité tout secteur confondu

Le secteur de l'aide à domicile connaît le plus fort taux de sinistralité avec en 2017, 97,2 accidents du travail pour 1000 salariés, soit presque deux fois plus qu'en EHPAD où ce taux est de 52,8 (à titre de comparaison intersectorielle, on comptait sur la même période, dans le secteur du bâtiment 56,8 pour 1000 salariés). Alors qu'on observe une baisse générale du taux de sinistralité depuis plus de 70 ans, celui du secteur de l'aide à domicile continue de croître. Le rapport Labazée¹⁷¹ pointe la pénibilité du travail dans le secteur : « *Les interventions, parfois minutées au quart d'heure dans les plans d'aide, intensifient le rythme de travail, ce qui peut être générateur de stress pour les salariés. Le temps de travail couvre souvent une large amplitude horaire, avec une concentration des interventions sur des plages horaires spécifiques : tôt le matin, le midi et le soir. Les gestes techniques à réaliser lors des interventions sont aussi facteurs de contraintes physiques pour les intervenants. [...] A ces conditions de travaux spécifiques aux métiers de l'aide à domicile s'ajoutent les difficultés psychologiques liées à toute relation d'aide aux personnes fragilisées.* »

c2) Un déficit d'image et de reconnaissance sociale

Les métiers de l'aide à domicile sont mal connus et trop fortement assimilés à la réalisation de simples tâches ménagères. Cette représentation est finalement très éloignée de la réalité du métier aujourd'hui. En effet, les missions des aides à domicile sont bien plus larges (accompagnement dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, prévention de

¹⁷¹ Georges Labazée, rapport au premier ministre, « Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile », mars 2017

la perte d'autonomie et inclusion sociale...) et auprès de publics dont les situations se complexifient en terme de perte d'autonomie, handicap, pathologies chroniques...

c3) Une faible rémunération des intervenants

Le faible niveau de rémunération des intervenants à domicile constitue aussi un facteur prépondérant du manque d'attractivité des métiers du domicile. En plus de cette faiblesse de rémunération, les interventions à domicile impliquent pour la grande majorité des professionnels l'utilisation de leur véhicule personnel et la prise en charge des déplacements (quand prise en charge il y a) ne recouvre pas l'ensemble des frais liés au déplacement. Il est à noter, qu'en juin 2018 un avenant relatif à la modification des dispositions relatives aux temps et frais de déplacement de la convention collective de branche de l'aide à domicile a été agréé par le ministère de la solidarité et de la santé.

La question des difficultés de recrutement continuera à se poser d'autant plus que les besoins en matière de recrutement vont continuer de croître. Une étude de la DARES d'avril 2015 projette que d'ici l'horizon 2022, les métiers d'aides à domicile, aides-soignants et infirmiers figureraient parmi les métiers qui gagneraient le plus d'emplois, avec de l'ordre de 350 000 créations nettes et note que «*le métier d'aide à domicile serait même celui qui créerait le plus de postes sur les dix années à venir (...) près de 160 000 postes créés d'ici 2022, soit une hausse de 2,6 % en moyenne chaque année.*¹⁷²».

*

* *

Le Conseil de l'âge a décidé de mettre à son programme de travail du premier semestre 2019 l'analyse du secteur et de ses perspectives d'évolution.

A ce stade de nos travaux, on retient deux conclusions :

- il est nécessaire de réformer le secteur des services à domicile ;
- il est pertinent de penser que le coût des facteurs évoluera plus vite que les salaires parce qu'il faudra assumer le rebasage des financements et l'amélioration des conditions de travail des personnels. Cet écart pèsera sur le reste à charge des allocataires dont les ressources n'auront pas une évolution aussi dynamique.

8) La question des restes à charge à domicile

La participation de l'allocataire au financement de son plan d'aide dépend du niveau de ce plan par rapport aux plafonds et de ses revenus.

L'objectif à domicile est que les restes à charge et taux d'effort ne dissuadent pas les ménages d'assumer des plans d'aide ambitieux.

Cette question est analysée en détail dans le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 (tomes 2 et 4). On en reprend ici les principales conclusions.

¹⁷² Etude DARES, « Les métiers en 2022 – Prospective par domaine professionnel », avril 2015

a) La situation actuelle

Les réformes intervenues en 2017 dans le champ de l'APA vont améliorer la situation :

- l'augmentation des plafonds devrait soulager les allocataires dont le plan était saturé ;
- par ailleurs, le crédit d'impôt prend en charge pour tous 50% de la participation de l'allocataire. Au-dessus des plafonds de l'APA, le crédit d'impôt couvre 50% de la dépense dans la limite de plafonds élevés du crédit d'impôt¹⁷³.

Encore faut-il que les acteurs (notamment les équipes départementales et les ménages) s'approprient le crédit d'impôt dont il est souhaitable qu'on le rende plus contemporain de la dépense. Il est par ailleurs nécessaire de vérifier que tous les allocataires de l'APA qui sont éligibles à la carte d'invalidité la demandent (elle permet de bénéficier du taux majoré du crédit d'impôt).

Seul bémol à ce constat positif, la valeur de l'allocation de logement s'est dégradée sur la période (notamment avec la fin de la prise en compte de l'abattement fiscal pour personnes âgées modestes nés après le 31 juillet 1931, l'intégration dans l'assiette des majorations de retraite des familles nombreuses, et la médiocrité de l'indexation des barèmes).

Comment apprécier dans ce contexte les restes à charge et taux d'effort des allocataires ?

b) Dans le cas où le plan est égal ou inférieur au plafond

Le reste à charge varie entre 0 (pour les allocataires dont l'assiette est inférieure à 801€¹⁷⁴) et 45% pour ceux dont l'assiette est supérieure à 2 945€.

Tableau 31 : RAC et taux d'effort pour un plan au plafond pour une assiette supérieure à 2 945€

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
RAC	771	619	447	298
Taux d'effort	26,2%	20,9%	15,2%	10,2%

c) Pour les dépenses hors plafond

Le reste à charge est alors égal à 50% de la dépense. Encore faut-il que le plafond du crédit d'impôt (13 500 à 20 000€/an selon le GIR) laisse de la marge pour que les dépenses en cause soient éligibles et financées à hauteur de 50%.

Pour les personnes engageant des dépenses au-delà d'un plan d'aide au plafond, la dépense éligible au crédit d'impôt est égale au plafond du crédit d'impôt diminué de l'APA payée par le département. Elle varie de façon complexe avec le GIR et avec le revenu de l'allocataire.

¹⁷³ Les plafonds du crédit d'impôt sont le plus souvent à un niveau supérieur à ceux de l'APA.

¹⁷⁴ Au 1^{er} janvier 2018

Tableau 32 : Crédit d'impôt disponible pour un allocataire dont l'assiette est inférieure ou égale à la borne 1 du barème (800€/mois)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Plafond mensuel du crédit d'impôt	1 666	1 666	1 125	1 125
APA payée par le département	1 715	1 375	994	663
Disponible en €/mois	nul	291	131	462
Disponible en heures (base 22€/heure)		13	6	21
RAC en €/mois		145	66	231
Taux d'effort	0	18%	8%	29%

Tableau 33 : Crédit d'impôt disponible pour un allocataire dont l'assiette est égale à 2945€/mois

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Plafond mensuel du crédit d'impôt	1 666	1 666	1 125	1 125
APA payée par le département si le plan d'aide est saturé	171	137	99	66
Disponible en €/mois	1 495	1 530	1 026	1 059
Disponible en heures (base 22€/heure)	68	69	47	48
RAC en €/mois	748	765	513	530
Taux d'effort	25%	26%	17%	18%

Le disponible pour les allocataires dont l'assiette se situe entre les deux bornes du barème diminue avec le revenu.

La participation des allocataires, les restes à charge et taux d'effort sont analysés de façon détaillée dans le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 (tome 2).

On peut considérer qu'ils ne font pas peser de trop fortes contraintes sur les allocataires, la situation du GIR 1 étant plus contrainte.

Dans ces conditions, il n'y a pas de raison que ceux-ci brident d'eux-mêmes les plans d'aide surtout si le réaménagement de la gestion du crédit d'impôt lève les inconvénients du calendrier actuel.

B) ENTRE LE DOMICILE INDIVIDUEL ET L'ETABLISSEMENT MEDICALISE : L'HABITAT ALTERNATIF OU REGROUPE, UNE AUTRE VOIE POSSIBLE

Les politiques de la vieillesse et plus récemment de prise en charge de la perte d'autonomie sont traditionnellement structurées autour de deux pôles : le domicile classique et l'établissement gérontologique, qui font chacun l'objet d'une attention forte des pouvoirs publics comme ont pu le démontrer les développements précédents. Entre ces deux options, il existe pourtant déjà depuis plusieurs décennies une troisième voie possible en termes d'habitat pour les personnes vieillissantes, encore autonomes, pré-fragiles ou même en perte d'autonomie. Parmi ce type d'habitat, les plus connus sont les anciens EHPA (plus communément appelés logements-foyers¹⁷⁵) désormais nommés « résidences autonomie »

¹⁷⁵ Par commodité, on parlera dans ce rapport de « logement-foyer », terme utilisé communément pour désigner les « résidences autonomie » d'avant 2015. Juridiquement, il s'agit plus précisément des « logements-foyers pour personnes âgées relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L.312-1 du CASF et du L.633-1 du code de la

depuis la loi ASV de décembre 2015, et les résidences services, reconnus par le législateur dans le cadre de cette même loi face au développement important de celles-ci ces dernières années. A côté existent déjà et émergent d'autres types d'habitat, aux multiples appellations, « habitat inclusif », « habitat participatif¹⁷⁶ ou autogéré », « habitat intergénérationnel », etc.

A l'exception des logements-foyers créés par le législateur en 1957 pour répondre à la crise du logement d'après-guerre, ces nouvelles formes d'habitat plus ou moins innovantes, se sont au départ développées en marge des politiques officielles de la vieillesse et de la législation existante. Elles sont le fruit d'initiatives multiples et variées provenant d'une large gamme d'acteurs (acteurs gérontologiques, associations, collectivités publiques, investisseurs privés ou personnes âgées elles-mêmes). Elles ont pour but de répondre, dans une perspective tant pratique qu'éthique, aux carences et aux limites du domicile et de l'établissement médicalisé.

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner l'ensemble de ces initiatives (cf. encadré ci-dessous). Si aucun d'entre eux n'a fait l'objet d'un consensus des membres du Conseil, le choix a été fait de parler dans ce rapport « d'habitat alternatif » ou « d'habitat regroupé ».

Encadré : Le difficile consensus autour d'un terme qui englobe l'ensemble des composantes de cette troisième voie

Le terme « d'habitat intermédiaire » (HI) est fréquemment employé notamment dans certains milieux de recherche, qui ont tenté de définir les caractéristiques de cet habitat (cf. ci-dessous). Il a néanmoins été écarté par les membres du Conseil car il peut laisser entendre que les résidents de ces structures s'inscrivent dans un parcours allant du domicile ordinaire à l'institution médicalisée, ce qui n'est ni une réalité, ni un objectif affiché de ces habitats.

D'autres dénominations et notamment celle « d'habitat inclusif » définie depuis peu par la loi ELAN n'englobent pas l'ensemble de l'offre.

Les membres du Conseil ont préféré retenir pour ce rapport le terme « d'habitat alternatif » (qui supprime la logique de parcours de l'habitat intermédiaire et qui identifie ces habitats comme de vraies alternatives au domicile ou à l'établissement, et où l'on pourrait vieillir et finir ses jours) et/ou le terme « d'habitat regroupé »¹⁷⁷. Ces termes n'emportent pas une totale adhésion et n'apparaissent pas tout à fait satisfaisants, l'EHPAD pouvant ainsi par exemple être entendu comme un habitat regroupé également.

Plus fondamentalement, certains membres conçoivent difficilement d'intégrer dans cette troisième voie les résidences autonomie qu'ils rentrent dans la catégorie « établissement » au même titre que les EHPAD.

Ces initiatives n'ont pas toujours été soutenues par les pouvoirs publics, certaines d'entre elles apparaissent encore expérimentales ou fragiles notamment au regard de leur modèle économique mais les choses évoluent. Les formes actuelles font peu à peu l'objet de reconnaissance dans les textes et sont aujourd'hui mises en avant par un nombre croissant d'acteurs et de personnes vieillissantes. Multifformes et variées, elles pourraient être une réponse aux besoins des personnes qui à l'approche du grand âge ou un peu avant, ne peuvent

construction de l'habitat (CCH). La Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) rappelle en effet que la notion de logement-foyer au sens de l'article L633-1 du code de la construction de l'habitat englobe plus largement : les résidences sociales classiques, les autres résidences sociales (pension de famille, etc.), les logements pour personnes handicapées et enfin les logements-foyers pour personnes âgées, comprenant les EHPAD, les petites unités de vie et les EHPA.

¹⁷⁶ La loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) reconnaît et propose une définition de l'habitat participatif qui constitue une partie de l'offre d'habitat alternatif / regroupé.

¹⁷⁷ Ce terme avait été choisi par le CNAV pour une étude qu'elle avait financée en 2015 (Serge Guérin, « Analyse typologique des monographies d'habitat regroupé », rapport et propositions, janvier 2016 ». Le terme n'englobait pas les logements-foyers.

plus ou ne veulent plus continuer à résider dans leur domicile classique. Ces initiatives hétérogènes seraient selon leurs promoteurs le reflet de la population qu'elles ciblent : une population aux aspirations et envies différentes, qui anticipe davantage l'arrivée au grand âge et est soucieuse de rester acteur et co-constructeur de son logement et de son parcours de vie.

Pour ces raisons, l'habitat alternatif ou regroupé, son développement, les formes qu'il prend, le public qu'il accueille, devront sans doute, d'ici 2030 faire l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics.

Jusqu'où faudra-t-il aller en termes de reconnaissance, de réglementation et de soutien de ce secteur en pleine croissance ?

Pour cela, il faudra chercher à répondre aux multiples questions que pose cette troisième voie : que regroupe exactement l'habitat alternatif ? Combien de places ou de logements cela représente-t-il ? Au-delà des attentes, l'habitat alternatif répond-il réellement aux besoins des personnes vieillissantes et à quels publics plus spécifiquement ? A-t-il vocation à s'inscrire dans un parcours résidentiel pour les personnes âgées, à ainsi enrichir l'offre et constituer une dernière étape avant l'entrée en établissement ou constitue-t-il une alternative réelle au domicile ou à l'établissement ? Ou tantôt à l'un, tantôt à l'autre ou même aux deux ? L'offre alternative, dans son ensemble ou en partie, doit-elle faire l'objet d'une reconnaissance plus explicite par les pouvoirs publics, voire d'un soutien affirmé (notamment d'un point de vue financier¹⁷⁸), ce qui leur assurerait une certaine légitimité, leur permettrait de se développer de façon plus pérenne et serait vecteur d'une plus grande qualité ? Ou cette offre doit-elle garder son caractère multiple, hétérogène et souple qui en fait sa richesse et sa particularité ?

Pour tenter d'apporter des réponses à ces questions, cette partie propose d'identifier les grandes caractéristiques de cette offre éparse, avant d'en décrire les principales composantes. Ces éléments permettront ainsi de mieux appréhender les raisons de leur développement actuel et de cerner, dans les années à venir, le potentiel et les limites de ce type d'habitat dans la politique de prise en charge des personnes en perte d'autonomie et plus largement du vieillissement.

1) Principales caractéristiques de l'habitat alternatif/regroupé et déterminants à l'entrée

L'offre d'habitat alternatif est multiple et hétérogène et regroupe de nombreuses initiatives. Elle ne dispose ni d'un statut juridique unique, ni d'une reconnaissance au niveau des statistiques officielles (INSEE notamment).

Selon les chercheurs Laurent Nowik et Alain Thalineau¹⁷⁹, l'habitat alternatif, qu'il dénomme « habitat intermédiaire » constitue « une offre résidentielle, apparemment proche des logements ordinaires, et pourtant différente » répondant à trois critères. Ces habitats doivent proposer un « logement fonctionnel et agréable pérennisant le sentiment du chez-soi », mais aussi faciliter « l'accès aux services (peu ou beaucoup), sur place ou à proximité immédiate ». Ils doivent constituer « un lieu de vie affilié à un collectif visant à soutenir les relations sociales ».

« Cet habitat fait le plus souvent référence à des formules d'habitat destinées à répondre aux besoins de personnes rendues vulnérables du fait d'un handicap ou fragilisées et isolées par

¹⁷⁸ Comme c'est le cas des résidences autonomie qui depuis la loi ASV bénéficient d'un forfait autonomie pour leur financement.

¹⁷⁹ Nowik Laurent et Thalineau Alain (dir.), *Vieillir chez soi – les nouvelles formes de maintien à domicile*, PUR, Rennes 2014

l'âge, dont le nombre est croissant. L'habitat intermédiaire répond plus spécifiquement aux besoins des personnes âgées de :

- briser l'isolement et/ou la solitude,
- disposer d'un logement adapté et sécurisé permettant la prévention de la perte d'autonomie,
- d'accéder facilement aux différents services proposés (repas, loisirs, activités, maintien de la vie sociale...), qu'ils interviennent à domicile ou qu'ils soient directement intégrés à la vie de l'immeuble (accompagnement social ou médico-social, aides à la personne, gardiennage, dispositif de sécurité et de surveillance). »¹⁸⁰

Concernant les publics accueillis au sein des habitats alternatifs ou regroupés dans leur ensemble, très peu d'études et de données existent à ce jour sur leurs caractéristiques, leur parcours, leurs attentes, leur satisfaction.

Le rapport de la DGCS de 2013 précité faisait simplement le constat que pour la plupart des résidents, cet habitat « ne constitue pas une étape intermédiaire, au sein d'un parcours résidentiel qui commencerait au domicile ordinaire et s'achèverait nécessairement en EHPAD. En effet, la plupart d'entre eux n'entrent jamais en EHPAD. Ce type d'habitat avec services constituerait ainsi un choix pérenne, souvent moins onéreux, permettant de faire face dans de bonnes conditions au vieillissement de la population. »

Encadré : Déterminants à l'entrée et satisfaction des résidents en habitat intermédiaire

Les résultats d'une enquête récente¹⁸¹ menée dans plus de quarante habitats intermédiaires révèlent trois logiques principales d'emménagement dans ce type d'habitat :

- 1/ une logique « famille » (rapprochement familial - 15 % de l'échantillon),
- 2/ une logique « mode de vie » (recherche de nouvelles activités et relations sociales - 10 %) ;
- 3/ une logique « protection de soi » (logement précédent inadapté, fragilités, problèmes de santé, besoin d'aide quotidienne - 38 %).

Deux autres aspects sont mis en avant quelle que soit la logique identifiée : le sentiment d'insécurité (12 %) et le sentiment d'isolement (9 %). Par ailleurs, 60 % des personnes ont indiqué attendre de cet habitat une protection de soi ou de son conjoint.

En termes de satisfaction et d'appropriation des lieux, les personnes en situation de « vulnérabilité-fragilité » (bénéficiaires de l'APA, personnes ayant des problèmes de santé physique ou morale) comptent davantage sur leurs proches que sur les services offerts, alors qu'à l'inverse, les personnes entrées pour changer positivement le cours de leur vie, sont les plus grandes utilisatrices de services. Les résidents les plus fragiles sont globalement moins satisfaits que les autres d'habiter dans la résidence qu'ils occupent.

2) Les composantes de l'offre d'habitat alternatif/regroupé

En dehors des logements-foyers, aujourd'hui devenus résidences autonomie et dont le rôle a été réaffirmé par la loi ASV, et des résidences services, dont l'objet et les contours ont été précisés par cette même loi et qui constituent à eux deux une part importante de l'offre d'HI, les autres composantes de l'offre se sont développées pour la plupart en marge de la loi de

¹⁸⁰ « Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes, préconisations issues du groupe de travail relatif aux EHPA dont les logements-foyers et autres formes d'habitat avec services (hors loi 2002-2) », DGCS, novembre 2013

¹⁸¹ Nowick L., « La déprise à l'aune des habitats intermédiaires pour personnes âgées », revue Gérontologie et société, n°155, vol. 40, 2018/1.

2002 rénovant l'action sociale et médicosociale. Elles se caractérisent par une grande hétérogénéité. Elles relèvent le plus souvent des dispositions relatives au logement et à l'habitat notamment social, beaucoup d'entre elles sont répertoriées dans ce que l'on appelle aujourd'hui l'habitat inclusif. Néanmoins, leur recensement et classification restent compliqués à réaliser.

a) Les principaux dispositifs de l'habitat alternatif/regroupé pour personnes âgées

a1) Les résidences autonomie, un modèle en pleine mutation

A l'origine plutôt pensées comme du domicile, les résidences autonomie, anciennement logement-foyers, sont depuis la loi du 30 juin 1975 des établissements sociaux relevant du CASF. Elles sont gérées majoritairement par des structures publiques, notamment des centres communaux d'action sociale (CCAS) pour les deux tiers environ, puis par des associations (un petit tiers environ).

Missions et publics visés : une formule revisitée par la loi ASV de 2015

Les résidences autonomie offrent à des personnes âgées des logements autonomes associés à une prise en charge collective (services, lien social, et accompagnement notamment), et souvent situés à proximité des commerces, des transports et des services.

Elles accueillent une grande majorité de personnes autonomes ou relativement autonomes. Ces établissements peuvent néanmoins depuis la loi ASV ne pas être requalifiés en EHPAD dès lors qu'ils accueillent moins de 15 % de personnes relevant des GIR 1 à 3 et moins de 10 % de personnes relevant des GIR 1 et 2¹⁸² (articles L. 313-12 et D. 313-15 du CASF), à la condition que le projet d'établissement le prévoie et que des conventions de partenariat aient été passées avec un EHPAD et avec un service d'aide ou de soins infirmiers à domicile, ou un professionnel ou une structure de santé.

En cas de perte d'autonomie importante des résidents entraînant un dépassement de ces seuils et lorsque leur état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans l'établissement, ces structures ont l'obligation de proposer aux personnes concernées un accueil dans un EHPAD ou dans une petite unité de vie dans un délai d'un an maximum.

Ces structures peuvent désormais également accueillir d'autres publics (étudiants, jeunes travailleurs ou encore personnes handicapées), dans une limite de 15% de la capacité totale autorisée. Ces mesures visent à favoriser l'intergénérationnel mais aussi à limiter les ruptures dans les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap et vieillissantes.

La loi prévoit par ailleurs que les prestations offertes par l'établissement peuvent également être proposées à des non-résidents. Les résidences autonomie, ont ainsi vocation à devenir des plateformes de quartier ouvertes à un public plus large et extérieur¹⁸³.

La loi ASV fixe une obligation pour les établissements de proposer à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, dont la liste a été définie par le décret du 27 mai 2016 et qui peuvent être mutualisées et externalisées. Ces prestations minimales consistent notamment à proposer un dispositif de sécurité et d'assistance 24h/24, un service

¹⁸² Avant la loi ASV, les EHPA étaient autorisés à accueillir une population dont le GMP ne dépassait pas 300. Au-delà, ils étaient contraints de signer une convention tripartite et de se transformer en EHPAD.

¹⁸³ Ceci avait été préconisé par le rapport à Michèle Delaunay de Luc Broussy, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France année, zéro », janvier 2013.

de restauration, de blanchisserie et l'organisation d'actions d'animation de la vie sociale et de prévention individuelles ou collectives (nutrition, sommeil, activités physiques et cognitives, prévention des chutes, repérage de l'isolement, promotion du lien social et de la citoyenneté).

La loi ASV donne en effet aux résidences autonomie une mission spécifique de prévention de la perte d'autonomie (article R. 233-9 CASF) avec la création du forfait autonomie.

Les structures ont jusqu'au 1^{er} janvier 2021 pour mettre en place l'ensemble de ces prestations. A défaut, elles pourraient ne pas bénéficier du renouvellement de leur autorisation par le Conseil départemental.

Une capacité d'accueil aujourd'hui stable mais un parc vieillissant

Selon la dernière enquête EHPA de la DREES, les résidences-autonomie, encore appelées à cette époque logement-foyers, sont en 2015 au nombre de 2 267 (contre 2 975 au début des années 2000)¹⁸⁴, nombre en augmentation de 1 % depuis l'enquête de 2011. Elles accueillent près de 102 000 résidents en 2015 (sur près de 110 000 places installées, en augmentation de 0,5 % par rapport à 2011).

Les logements-foyers disposaient en moyenne de 48 places installées¹⁸⁵ contre 78 dans les EHPAD. L'accent a été mis ces dernières années sur la rénovation du parc existant plutôt que sur la construction de nouvelles structures. En effet, les établissements existants vieillissent, le cadre bâti ne correspond parfois plus ni aux normes en vigueur, ni aux attentes d'un public qui évolue également. La loi ASV, a prévu un plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des logements-foyers lancé en 2014 et porté par la CNAV et la CNSA, de 40 millions sur 3 ans pour réhabiliter et moderniser les résidences autonomie. Le PAI a permis de développer une dynamique partenariale et d'améliorer la connaissance des besoins de réhabilitation des résidences autonomie concourant ainsi à l'objectif visé par la loi ASV sur cette offre à destination de personnes âgées autonomes. Il représente un effet levier très fort : 1€ attribué par ce biais déclenche environ 6,5€ venant d'autres partenaires (conseils départementaux, communes, intercommunalités).

L'effort financier actuel pour rénover le parc existant apparaît néanmoins encore insuffisant au regard des besoins. D'après l'UNCCAS, près de 80 % des CCAS doivent procéder à des travaux de confort ou de modernisation de leurs structures.

Une demande qui reste forte, des résidents plus âgés et un taux d'encadrement faible

D'après l'enquête EHPA 2015, les personnes entrant en logement-foyer sont moins âgées que celles entrant en EHPAD, elles ont en moyenne 80 ans et 9 mois (contre 85 ans et deux mois en EHPAD), mais tout de même 10 mois de plus qu'en 2011. Cette entrée plus tardive peut être due aux mesures de politiques publiques encourageant le maintien à domicile.

C'est en logement-foyer que les délais d'attente entre la date de réception du dossier et l'entrée en établissement sont les plus longs (18,5 % des personnes attendent entre 6 mois et plus d'un an pour avoir une place en logement-foyer contre 15,8 % en EHPAD), ce qui révèle

¹⁸⁴ La loi du 24 janvier 1997 créant les EHPAD suivie du décret du 26 avril 1999 réformant la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes a entraîné une transformation d'un nombre important de logements-foyers en EHPAD. Durant cette même période, la construction de logements-foyers a diminué au profit de celle des EHPAD, priorisée par les pouvoirs publics dans le cadre des plans « Vieillesse et Solidarité » de 2003 et « Solidarité grand âge » de 2006 et dans le cadre des nouvelles procédures d'appels à projet instaurées par la loi HPST de 2009 pour la création ou l'extension de tout établissement médico-social

¹⁸⁵ Note DREES: le nombre de places installées représente le nombre de logements.

que la demande continue à être forte malgré les représentations parfois négatives des logements-foyers (obsolescence). Il semblerait que la vocation sociale de ces habitats perdure dans le contexte de crise du logement actuel, notamment en Ile-de-France.

La durée de séjour en logement-foyer est plus longue qu'en EHPAD : autour de 4 ans et 9 mois en moyenne (contre 2 ans et 5 mois en EHPAD).

Concernant les motifs de sortie de logements-foyers, près de la moitié des sorties sont des départs volontaires (les décès y sont en effet moins fréquents), seules 12 % des sorties sont dues à la résiliation du contrat de séjour décidée par l'établissement en raison de l'inadaptation de l'état de santé de la personne aux possibilités d'accueil. 60 % des personnes qui quittent un logement-foyer pour un autre motif que le décès, s'orientent vers un EHPAD.

Le taux d'encadrement (nombre d'ETP par place) étant corrélé au niveau de dépendance des résidents, celui-ci est relativement bas en logement-foyer et de l'ordre de 13 % (63 % en EHPAD) selon les chiffres de l'enquête EHPA 2015. La part du personnel soignant et paramédical est également plus faible qu'en EHPAD (21 % contre 70 %) et la part du personnel éducatif et d'animation légèrement plus importante (12,5 % contre 9.8 %).

Le recrutement dans les logements-foyers semble poser moins de difficultés que dans les EHPAD en particulier ceux privés. 7,6 % déclarent ainsi des difficultés de recrutement dans l'année 2015 contre 44 % en EHPAD.

Des résidences autonomie principalement financées par les résidents

Reconnues comme un établissement social, les résidences autonomie sont soumises aux obligations du CASF relatives à ces établissements. Elles doivent ainsi faire l'objet d'une autorisation et d'un contrôle du Département.

Jusqu'à la création du « forfait autonomie » par loi ASV (cf. encadré ci-dessous), les Conseils départementaux ne finançaient pas les logements-foyers à l'exception de ceux habilités à l'aide sociale. Les résidents (personnes âgées et éventuellement leur famille) étaient et restent aujourd'hui les premiers financeurs des nouvelles résidences autonomie. Deux postes leur sont ainsi facturés :

- le premier correspond au loyer, auquel s'ajoutent les charges collectives (entretien des parties communes, taxe des ordures ménagères, etc.) ;
- le second correspond au prix des prestations minimales obligatoirement proposées par la résidence autonomie, mais librement choisies par le résident dans le cadre du contrat de séjour et au prix des prestations facultatives et optionnelles (coiffure, pédicure, etc.). Ces prestations facultatives doivent être facturées séparément.

Les aides publiques que sont susceptibles de recevoir les résidents sont les mêmes que les aides à domicile (aide-ménagère, aide au logement, crédit d'impôt pour l'emploi à domicile ou le recours à un service à domicile, APA). Ils peuvent en plus bénéficier sous condition de ressources, de l'aide sociale à l'hébergement, en cas d'habilitation de la résidence autonomie, dans les mêmes conditions qu'en EHPAD.

En 2015, selon l'enquête EHPA de la DREES, 92,4 % des logements foyers avaient signé une convention relative à l'APL ou accueillaient des bénéficiaires de l'ALS.

Encadré : Le forfait autonomie créé par la loi ASV

Depuis la loi ASV, la mission de prévention qui leur est confiée donne lieu au versement par le Conseil départemental d'une aide financière spécifique aux résidences autonomie appelée « forfait autonomie ». Celui-ci couvre tout ou partie des dépenses afférentes aux actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie que doit désormais proposer la résidence autonomie au profit de ses résidents et, le cas échéant, de personnes extérieures. Ce dernier est ainsi destiné à financer des dépenses non médicales et permet soit de recruter des personnels d'animation, soit de financer des intervenants externes réalisant des animations ou proposant des ateliers de prévention.

La loi prévoit d'allouer 40 millions d'euros par an à ce forfait. Celui-ci est alloué depuis 2017 à toutes les résidences autonomie ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). A compter du 1er janvier 2021, il pourra être remis en cause, si ces structures n'ont pas mis en place les prestations minimales et n'ont pas conclu de CPOM avec le Conseil départemental.

Encadré : Le cas particulier des petites unités de vie (PUV)

Nées à la fin des années 1970 et portées par différents acteurs, la CCMSA, l'UNIOPSS ou encore la Fondation de France, les petites unités de vie, structures de petite taille, avaient pour vocation à accompagner leurs habitants jusqu'au bout de la vie malgré la dépendance. Les petites unités de vie sont aujourd'hui des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de moins de 25 places autorisées. Elles bénéficient de l'APA en établissement et sont soumises aux mêmes obligations que les EHPAD, notamment celle de signer un CPOM.

En vertu des articles L.313-12 II et D.313-17 du CASF, ces établissements peuvent déroger dans des conditions fixées par décret aux modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux fixées au 1° du L. 314-2 du CASF. Ces petites unités de vie sont alors médicalisées par dérogation, soit par forfait soins, soit par convention avec un SSIAD. Dans ces deux situations, c'est le régime de l'APA à domicile qui s'applique pour les résidents.

Certaines PUV sont également des maisons d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA). La dénomination de « MARPA » ne correspond à aucune catégorie juridique d'établissements mais constitue un label délivré par la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole (CCMSA) à deux grandes catégories de structures pour personnes âgées : les résidences autonomie et les petites unités de vie (plus de 80% des structures labellisées sont aujourd'hui des résidences autonomie). Fonctionnant avec peu de personnel, ces établissements travaillent souvent en coordination avec les SSIAD et offrent des tarifs de location dits maîtrisés et accessibles au plus grand nombre. Ceci est une condition pour obtenir le label MARPA. Le loyer et les charges d'un appartement senior sont à partir de 900 euros. Les résidents peuvent bénéficier des aides au logement et de l'aide sociale en cas d'habilitation de la structure (ou de résidence depuis au moins 5 ans dans la MARPA). Ils doivent également s'acquitter d'un tarif dépendance, facturé sous forme de forfait aux personnes âgées dépendantes et solvabilisé en grande partie par la perception de l'APA à domicile.

Près de 200 MARPA sont réparties en 2017 sur 70 départements¹⁸⁶. 80 projets sont en cours (10 à 15 ouvertures par an). Environ 4 700 seniors, y sont accueillis et accompagnés au quotidien.

Autres petites unités de vie, les CANTOU (Centres d'activités naturelles tirées d'occupations utiles) pour les personnes âgées atteintes de troubles démentiels et à l'origine de nos actuelles unités de vie protégées spécifiques Alzheimer. Ces unités spécialisées Alzheimer, aujourd'hui rebaptisées Unités spécifiques Alzheimer (USA) fonctionnaient à l'origine de manière autonome. Beaucoup d'entre elles sont aujourd'hui intégrées à un EHPAD ou un ESLD. Il restait en septembre 2016, 51 PUV Alzheimer, dont 42 petites structures appelées « domiciles partagés », situées dans le Morbihan et

¹⁸⁶ Source : site MARPA <https://www.marpa.fr/le-reseau/chiffres-cles>

comptabilisant 341 places¹⁸⁷. Le prix de journée y serait aux alentours de 55 euros¹⁸⁸, ce qui comprend la prise en charge de toutes les prestations, et ne comporte pas de supplément.

a2) Les résidences-services, un modèle en expansion

Des missions et un public visé relativement similaires à ceux des résidences autonomie

On distingue traditionnellement les résidences-services de première génération, développées à partir des années 1970 et qui avaient pour principe d'accueillir des propriétaires occupants et de gérer des services, limités, via un syndic, et les résidences services de seconde génération, qui ont privilégié un modèle où les seniors sont locataires et non plus propriétaires de leur logement et où les services, gérés par un exploitant indépendant, sont généralement plus développés. Cette formule, qui s'est largement déployée à partir du début des années 2000, est aujourd'hui celle qui prévaut partout en France.

La loi ASV du 28 décembre 2015 encadre les résidences-services¹⁸⁹ de première génération (art. 14) et met fin à l'absence de statut de celles de deuxième génération (art. 15).

Les résidences-services sont ainsi définies comme « *un ensemble d'habitations constitué de logements autonomes permettant aux occupants de bénéficier de services spécifiques non individualisables* (article L. 631-13 du Code de la construction et de l'habitation).

Selon les décrets du 26 octobre 2016 relatif aux résidences-services en copropriété et du 14 décembre 2016 portant sur les résidences-services de deuxième génération, les services non individualisables dont bénéficient les occupants sont les mêmes et ont trait :

- 1° à l'accueil personnalisé et permanent des résidents et de leurs visiteurs ;
- 2° à la mise à disposition d'un personnel spécifique attaché à la résidence et de moyens techniques, permettant d'assurer la sécurité des personnes et la surveillance des biens ;
- 3° au libre accès aux espaces de convivialité et aux jardins aménagés.

Les résidences-services offrent très généralement d'autres services « à la carte » (individualisables) visant à maintenir les liens sociaux et à prévenir la perte d'autonomie (restauration, animation collective, blanchisserie, espace de forme, etc.). Certaines disposent également d'un SAAD pour les résidents ayant l'APA à domicile.

Les résidences services ont en commun avec les résidences autonomie de comporter à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective. Les logements peuvent être meublés ou non et sont adaptés.

En termes de publics visés, les résidences services sont « *conçues pour des personnes valides et autonomes, - seules ou en couple - et accueillent, sous réserve de la sécurité de l'immeuble*

¹⁸⁷ Les domiciles partagés développés dans le Morbihan accueillent exclusivement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et visent leur maintien à domicile le plus longtemps possible. Ce dispositif organisé dans le cadre d'une maison ou d'un appartement inséré dans le quartier ou le village accueille au maximum 8 personnes. Un accompagnement jour et nuit est assuré par des assistantes de vie professionnelle via la mise en commun des aides à domicile. Le suivi médical est assuré par le médecin traitant et des professionnels externes. Les familles conservent leur rôle de décision pour l'organisation de la vie de leur parent (horaires libres notamment). La présence régulière d'aidants familiaux, de bénévoles et de professionnels de l'aide à domicile, le soutien d'associations partenaires spécialisées, le maintien du lien social grâce à la présence de colocataires et à l'ouverture des activités au voisinage, facilitent le maintien à domicile et en autonomie des personnes.

¹⁸⁸ Source : site d'Agevillage <http://www.agevillage.com>

¹⁸⁹ La loi parle de « résidences-services » alors que les acteurs du secteur parlent plutôt de « résidences services seniors ». Nous parlerons dans cette note de « résidences-services ».

et des autres résidents, des personnes dont l'autonomie peut se dégrader au fil du temps, et au profit desquelles on mobilise alors les aides nécessaires, dans les mêmes conditions qu'à tout autre domicile » comme l'énonce le rapport IGAS de février 2015 sur « les résidences avec services pour personnes âgées ».

Un parc et une capacité d'accueil en pleine essor

Les données relatives à ce secteur peu réglementé sont aujourd'hui éparées et fragmentaires. Aucune base de données ne contient la catégorie « résidence services pour personnes âgées »¹⁹⁰, les nombres avancés tant par les professionnels du secteur que dans le cadre des sources reposant sur le permis de construire et la fiscalité, ne sont donc qu'approximatifs.

En 2015, le rapport IGAS évaluait ainsi à 150 les résidences du premier type (chiffre stable) et entre 300 et 400 celles du second type et faisait le constat d'une croissance actuelle considérable de ces formules. Les résidences services accueillent en 2015 moins de 1% des personnes de 75 ans et plus (environ 40 000 personnes).

Fin 2016, le cabinet EHPA Conseil dans un rapport rendu en septembre 2017 sur « les résidences seniors en France » en recensait 540 en France, représentant environ 45 000 logements (le parc serait ainsi en mesure d'accueillir 1 à 1.6 % des plus de 75 ans valides).

Selon une étude non publique du cabinet Xerfi-Precepta sur les résidences seniors à l'horizon 2021 dont les rapports du cabinet EHPA Conseil et de l'IGAS révèlent quelques extraits, 65 résidences pourraient sortir de terre chaque année entre 2016 et 2020 portant à 1 000 leur nombre en 2020 (ce qui représenterait un peu plus de 100 000 résidents). Ce scénario vraisemblablement optimiste a été élaboré à partir des annonces des opérateurs du secteur¹⁹¹.

La croissance future de ces résidences demeure néanmoins difficile à prévoir pour les prochaines années dans la mesure où elle repose sur des acteurs privés et sur le maintien des conditions actuelles favorables, notamment au niveau fiscal.

Généralement intégrées dans l'espace urbain et composées en moyenne de 80 à 120 logements, les résidences-services se concentrent sur la côte Atlantique et dans le grand sud, où il fait bon vivre et vieillir mais d'autres régions bénéficient également de cette offre, comme l'Alsace, l'Île de France, le Centre ou la région Rhône-Alpes. On observe des déséquilibres importants entre les régions en termes de taux d'équipement.

Des résidents relativement âgés et autonomes

Comme évoqué, les résidences-services ont vocation à accueillir des personnes autonomes ou à l'autonomie dite maîtrisée. A notre connaissance, aucune donnée statistique n'existe sur les caractéristiques sociodémographiques des résidents, leur durée de séjour, les services utilisés ou encore les motifs de départs.

Le rapport IGAS a dressé un profil des résidents à partir des résidences qui ont été enquêtées par la mission : *« la population accueillie au sein des résidences-services est majoritairement féminine et vit seule. L'âge d'arrivée est en moyenne de 85 ans. Toutes les personnes auditionnées dans le cadre de la mission IGAS font état d'un fort recul de l'âge d'entrée en résidences-services (âge d'entrée dans les premières résidences-services autour de la soixantaine). Le niveau de dépendance est faible. 85% des personnes accueillies relèvent des*

¹⁹⁰ Les sources officielles recensement de la population et enquête logement de l'INSEE traitent les résidences-services comme des logements ordinaires. Celles-ci sont en dehors du périmètre de l'enquête EHPA de la DREES.

¹⁹¹ Le marché est aujourd'hui relativement concentré puisque cinq opérateurs se partageaient en 2016 plus de 40 % de l'offre : Domitys, les Senioriales, des Villages d'or, Les jardins d'Arcadie, les Hesperides

GIR 5 et 6 et 10% d'entre elles sont en GIR 4 ». En cas de perte d'autonomie, la mobilisation de services adaptés voire le départ en EHPAD sont discutés avec le résident et la famille.

Selon diverses estimations¹⁹², les ressources mensuelles des locataires en résidences-services seraient comprises entre 1 500 et 2 000 euros ou autour de 2 000 euros mensuels.

Du fait de services très individualisés, les salariés sont plus nombreux en résidence-services qu'en résidence autonomie.

Tarif et financement des résidences services

A la différence des résidences autonomie, les résidences-services ne relèvent pas du CASF et n'ont pas besoin d'autorisation préalable du Conseil départemental pour s'implanter sur un territoire. Le financement des formules résidentielles de deuxième génération actuellement en pleine croissance repose au démarrage sur des fonds privés émanant d'un promoteur ou d'investisseurs¹⁹³, s'inscrivant souvent dans le cadre de différents dispositifs de défiscalisation (Scellier, « Censi-Bouvard »), puis sur les loyers versés par les occupants de la résidence.

Au sein de ces résidences composées très majoritairement de locataires (98 %), le tarif demandé au résident correspond au loyer, auquel s'ajoutent les charges collectives, les charges relatives aux services non individualisables et le cas échéant, le coût des services individualisables consommés (restauration, blanchisserie, activités « à la carte » etc.).

Les résidents sont éligibles aux mêmes aides publiques que les personnes à domicile (aide-ménagère, aide au logement, crédit d'impôt pour l'emploi à domicile ou le recours à un service à domicile, APA). En revanche, les résidences-services n'étant pas habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les résidents ne peuvent donc en bénéficier.

Encadré : Coût d'un logement en résidences services¹⁹⁴

Comme sur les autres aspects, aucun recensement n'est fait sur les tarifs pratiqués dans l'ensemble de l'offre, qui on l'a vu, tend à se diversifier en termes de niveau de prix et de services rendus. Selon une étude récente réalisée par un site d'information des seniors (*Logement-seniors.com*), sur une base de 200 résidences en France, le coût moyen¹⁹⁵ d'une location en RSS serait de 923€/mois pour un studio, 1 145€/mois pour un T2 et 1528€/mois pour un T3, avec de fortes variations en fonction de l'emplacement de la résidence et des prestations et services proposés.

TYPE DE LOGEMENT	STUDIO /T1	T2	T3
PRIX MOYEN	923 €	1 145 €	1 528 €
PRIX MINIMUM	364 €	485 €	635 €
PRIX MAXIMUM	2 000 €	2 422 €	3 310 €

¹⁹² Estimations du Syndicat National des Résidences avec services pour Aînés (SNRA), de l'Association Nationale des Copropriétés avec Services (ANCS), du Syndicat National des Établissements et Résidences Privés pour Personnes Âgées (SYNERPA)

¹⁹³ Le modèle des résidences-services deuxième génération séduit des investisseurs individuels en quête de réductions fiscales et/ ou souhaitant se constituer un patrimoine, mais également de plus en plus souvent des investisseurs institutionnels attirés par des rendements intéressants (Caisse des dépôts, caisses de retraite, mutuelles, SCPI/OPPCI, etc.) cf. rapport EHPA Conseil 2017 précité

¹⁹⁴ Selon le rapport d'EHPA Conseil, les résidences seniors de nouvelle génération proposent des tarifs en location à partir de 550 euros par mois pour les résidences « tout à la carte » et 700 euros par mois pour les résidences avec socle de services en province.

¹⁹⁵ L'information étant à destination des seniors, on suppose que ce coût moyen englobe le loyer, les charges relatives aux services non individualisables et le coût moyen des services individualisables consommés.

Si les prix pratiqués apparaissent élevés, le rapport IGAS précise que les résidences-services ne seraient plus des « ghettos pour riches » et que les locataires bénéficient de plus en plus souvent de l'ALS.

Par ailleurs se développent à côté des résidences services, des formes d'habitat relativement proches pour des personnes dotées de plus faibles revenus. Ces projets sont initiés et portés, non sans difficultés, par des offices HLM, des mutuelles, des entrepreneurs sociaux. Le rapport IGAS relève néanmoins à leurs sujets que ces acteurs « *peinent à garantir un bon niveau de services à un prix maîtrisé* ». Ces habitats, qui ne sont pas juridiquement des résidences services, entreraient vraisemblablement dans la catégorie décrite ci-dessous des autres formes d'habitats alternatives aujourd'hui dénommés sous le terme d'habitat inclusif.

b) Les autres formes d'habitats alternatifs ou regroupés désormais regroupés sous le terme d'habitat inclusif

Les autres composantes de l'offre restent aujourd'hui difficiles à recenser, tant les initiatives foisonnent et les dénominations diffèrent d'une part, et car elles se sont développées le plus souvent en marge des politiques médicosociales et sociales, d'autre part. Elles relèvent du secteur du logement et de l'habitat notamment social.

Bien que l'une des ambitions initiales de la loi ASV était de favoriser l'habitat alternatif dans son ensemble et de proposer des solutions d'hébergement pour tous les profils de personnes âgées, elle n'a pas intégré dans les textes ces autres formes d'habitats. Ceci résulte sans doute à l'heure actuelle d'un manque de visibilité sur cette offre, de l'absence de représentation unifiée de ces habitats mais peut-être aussi de la volonté de ne pas brider les innovations à l'œuvre.

Nous disposons de peu de données sur le nombre de structures existantes, les tarifs pratiqués, le nombre de personnes vivant dans ces lieux, leur profil, la durée de séjour, etc. Ces habitats se trouvent aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Ils s'adressent aux personnes âgées dans leur ensemble ou parfois exclusivement aux femmes âgées, ils peuvent également proposer un accueil intergénérationnel. Ils sont initiés et portés, tantôt par les citoyens eux-mêmes, tantôt par leurs représentants (élus locaux, associations, mutuelles, etc.).

Il n'est pas possible de décrire ici de façon précise la diversité de cette offre. Depuis la loi ELAN du 23 novembre 2018, l'ensemble de ces initiatives sont réunies sous le terme d'habitat inclusif¹⁹⁶. Celui-ci est défini en son article 129 (art. L.281-1 du CASF) comme un habitat destiné « *aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes, le cas échéant dans le respect des conditions d'attribution des logements locatifs sociaux (...) et assorti d'un projet de vie sociale et partagée défini par un cahier des charges national fixé par arrêté* ».

L'habitat inclusif constitue une réponse complémentaire au logement ordinaire et à l'hébergement en institution. Il s'agit généralement de petits ensembles de logements indépendants proposés aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, associés à des espaces communs. Ceux-ci permettent de combiner vie autonome et sécurisation de l'environnement et réunissent des personnes souhaitant s'intégrer dans un projet de vie social et partagé, souvent à forte dimension citoyenne.

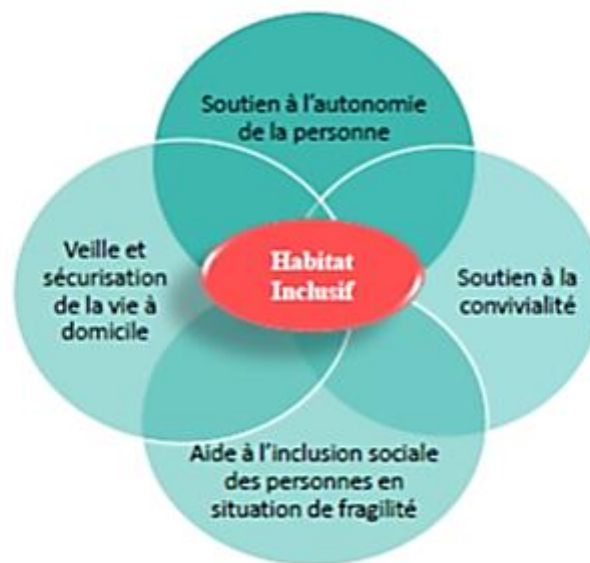
¹⁹⁶ Les représentants de la société civile parlent plutôt « d'habitat alternatif, citoyen et solidaire », dont le périmètre recoupe totalement ou partiellement celui de l'habitat inclusif et de l'habitat intergénérationnel. Pour une description de la typologie du collectif « Habiter autrement », cf. le rapport d'étude sur « L'habitat alternatif, citoyen, solidaire et accompagné, prenant en compte le vieillissement », juillet 2017.

Le guide de l’habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées de novembre 2017 réalisé par le CNSA, la DGCS et la DHUP précise que « l’habitat inclusif n’est pas :

- un logement individuel (ou dans la famille) en milieu ordinaire, que l’occupant fasse appel à des services à la personne ou non ;
- un établissement social ou médicosocial pour personnes handicapées ou personnes âgées (notamment un EHPAD, une résidence autonomie) ».

Les expériences d’habitat inclusif mettent en œuvre différents supports dans l’accompagnement des habitants : la veille, le soutien à la convivialité, le soutien à l’autonomie et l’aide à l’inclusion sociale (cf. graphique ci-dessous). Ces quatre supports ne sont pas exclusifs et sont présents de manière variable selon les projets. ».

Les aides proposées en habitat inclusif



Source : Guide de l’habitat inclusif, CNSA DGCS, DHUP, novembre 2017

L’intérêt des pouvoirs publics pour ce type d’habitat est croissant comme en témoigne tout d’abord la création de l’Observatoire de l’habitat inclusif en avril 2017 (cf. encadré ci-dessous), chargé notamment de « dresser un bilan des expériences d’habitat inclusif ». Ceci constitue un progrès et permettra d’avoir une meilleure visibilité de l’existant.

Encadré : L’Observatoire de l’habitat inclusif

La création d’un Observatoire de l’habitat inclusif est l’une des mesures du Comité interministériel du handicap de décembre 2016. Son rôle consiste à promouvoir le développement de formules d’habitat inclusif à destination des personnes âgées et handicapées, grâce notamment à la diffusion des pratiques inspirantes ou à la formalisation d’outils pour les porteurs de projets. L’Observatoire est coprésidé par la DGCS, la Direction de l’habitat, de l’urbanisme et des paysages (DHUP) et la CNSA et est composé de l’ensemble des acteurs du secteur.

Depuis 2017, chaque ARS dispose d’une aide spécifique forfaitaire d’un montant de 60 000 euros pour financer un ou plusieurs projets d’habitat inclusif identifié(s) dans sa région. Cette somme est destinée à couvrir les frais d’animation du « vivre ensemble » (coordination, gestion administrative, régulation de la vie collective). Ces crédits financés par la CNSA ont été reconduits pour 2018. Une évaluation de ces différentes expérimentations sera réalisée pour appuyer les projets à venir en termes de bonnes pratiques et de méthodologie.

Le gouvernement s'est engagé en juin 2017, à « favoriser le développement des habitats inclusifs en levant les obstacles administratifs », ce que la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn a confirmé en mai 2018 dans sa feuille de route « Grand âge et autonomie » de mai 2018.

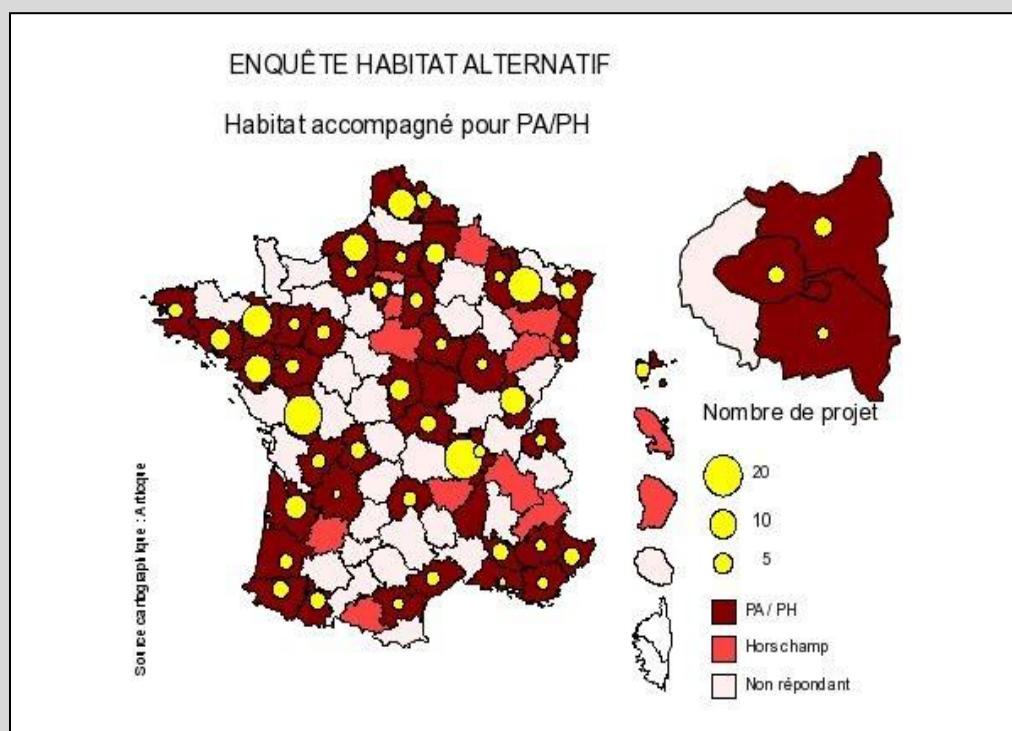
La loi ELAN instaure le « forfait d'habitat inclusif »¹⁹⁷, destiné à financer le projet de vie sociale et collective et attribué à toute personne résidant dans un habitat répondant aux conditions fixées dans un cahier des charges national restant à établir. La loi précise par ailleurs que « le montant, les modalités et les conditions de versement de ce forfait au profit de la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sont fixés par décret ». La conférence des financeurs compétente en matière d'habitat inclusif est chargée de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement de cet habitat.

En 2019, 15M€ devraient être consacrés au financement de ce forfait.

Encadré. L'offre d'habitat inclusif en France : une vision encore parcellaire de ce secteur en pleine croissance

Dans le cadre de l'enquête nationale menée par la DGCS en 2016 notamment auprès des Conseils départementaux sur l'offre d'habitat inclusif, 240 projets pour personnes âgées / personnes handicapées ont été identifiés (cf. carte ci-dessous issue des remontées d'informations de 64 départements). Ce nombre, tout en étant significatif au regard du caractère récent de cette offre, demeure faible si on le compare aux deux composantes principales de l'offre que sont les résidences autonomie et les résidences services (cf. développements ci-dessus). La DGCS considère que la quantification est sous-estimée par rapport à la réalité (36 % des départements n'ont pas répondu et ¼ des répondants n'a pas de visibilité ou qu'une vision parcellaire de cette offre).

Selon l'étude réalisée par le cabinet OXALIS en février 2015, le nord et l'ouest de la France mais également l'Alsace et Lorraine et la région Rhône-Alpes concentrent une part importante des projets (histoire sociale, solidarités plus développées, développement industriel et/ou rural générant des situations propices à l'émergence de démarches citoyennes, écoute et partenariats forts localement).



¹⁹⁷ Article L.281-2 du CASF

Les principaux partenaires des projets pour personnes âgées sont les collectivités locales principalement les communes, les bailleurs sociaux et les prestataires de services à la personne. L'habitat inclusif est essentiellement urbain (2/3 dans les villes de plus de 20 000 habitants dont 1/3 dans des villes de plus de 200 000 habitants) et se situe à proximité des services et des transports en commun. Dans de nombreuses réalisations, les espaces collectifs proposés s'ouvrent à d'autres que les résidents, dans une logique d'inclusion et de mutualisation des moyens.

Concernant la typologie du public accueilli, il s'agit chez les personnes âgées essentiellement de femmes seules (78%), d'une moyenne d'âge de 81.5 ans, autonomes ou légèrement dépendantes (GIR 4). Dans la plupart de ces projets pensés pour offrir une « réponse intermédiaire » en termes d'habitat, les occupants sont locataires ou sous-locataires. Il existe également des habitats qui visent le maintien à domicile le plus longtemps possible, y compris en cas de dépendance importante ou de démence. Dans le cadre de cette même étude, 77 projets pour des personnes atteintes de maladies neurodégénératives ont ainsi été recensés, avec une forte concentration dans le Morbihan (45 domiciles partagés) et en Gironde (remontées d'informations de 10 départements, les autres n'ayant pas connaissance ou identifié ce type d'offre sur leur territoire).

Source : Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative ou leurs aidants – Synthèse des résultats, DGCS, février 2017 et étude du cabinet OXALIS réalisée en février 2015.

On trouve dans l'habitat inclusif :

- les béguinages, qui se situaient à l'origine principalement dans le Nord de la France. Gérés en général par des bailleurs sociaux, ils s'inspirent des anciens béguinages notamment religieux, et désignent des ensembles immobiliers spécialement conçus pour accueillir des personnes vieillissantes ayant des difficultés de mobilité (petits ensembles pavillonnaires de type maisonnée en rez-de-chaussée, de 10 à 20 logements privés en moyenne, de plain-pied, en location ou en propriété). D'autres modèles se développent sur les mêmes principes dans beaucoup d'agglomérations (domiciles services à Nantes, logements Octaves à Lille, résidences Chers voisins à Lyon) mais également en milieu rural ;
- l'habitat participatif ou autogéré (cf. encadré ci-dessous) : la maison des Babayagas à Montreuil, constitue l'un des exemples emblématiques de ce type d'habitat. Réalisée avec un bailleur social, et inaugurée en 2013, elle s'est constituée autour d'un projet novateur, celui d'une résidence autogérée, solidaire, écologique et citoyenne pour des femmes vieillissantes.

Ce type d'habitat, qui se définit par sa dimension autogestionnaire et participative, fait l'objet d'un engouement de certains retraités qui veulent garder la maîtrise des conditions de leur vieillissement. Le développement de ces modèles peut néanmoins se heurter à certains obstacles, notamment la gestion des conflits internes. Par ailleurs, « l'organisation de la vie collective limite les possibilités pour ces habitats de faire face à la perte dépendance des personnes résidentes »¹⁹⁸.

¹⁹⁸ Rosenfelder C., « Vieillir dans un habitat autogéré : la question du vivre ensemble », revue Gérontologie et société, n°152, vol.39/2017.

Encadré : L'habitat participatif

La loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) utilise le terme « d'habitat participatif » (pour désigner ce que les chercheurs préfèrent appeler « l'habitat autogéré » cf. typologie d'Anne Labit) et en propose une définition à l'article L.200-1 du CCH : « *l'habitat participatif est une démarche citoyenne qui permet à des personnes physiques de s'associer, le cas échéant avec des personnes morales, afin de participer à la définition et à la conception de leurs logements et des espaces destinés à un usage commun, de construire ou d'acquérir un ou plusieurs immeubles destinés à leur habitation et, le cas échéant, d'assurer la gestion ultérieure des immeubles construits ou acquis.* »

« En partenariat avec les différents acteurs agissant en faveur de l'amélioration et de la réhabilitation du parc de logements existant public ou privé et dans le respect des politiques menées aux niveaux national et local, l'Habitat Participatif favorise la construction et la mise à disposition de logements, ainsi que la mise en valeur d'espaces collectifs dans une logique de partage et de solidarité entre habitants. »

Le législateur a créé deux nouvelles formes juridiques qui peuvent répondre aux besoins des groupes pour se structurer et réaliser l'opération de construction et de gestion de leur habitat (la coopérative d'habitants et la société d'attribution et d'autopromotion). La loi entend ainsi favoriser le développement de ce modèle alternatif et innovant.

Encadré : L'exemple des logements intermédiaires du réseau « Générations mutualistes »

Depuis 1987, le réseau « Générations mutualistes » développe une offre de logements dits intermédiaires. Il dispose d'une cinquantaine de réalisations d'en moyenne une vingtaine de logements. Il les définit comme des logements sécurisés, adaptés et loués, dans lesquels il est proposé un service d'accompagnement (dont un espace collectif de rencontres, de convivialité et d'animation) se situant en dehors du cadre médicosocial. Ces logements implantés à proximité des services et commerces, pouvant accueillir des seniors actifs, fragilisés ou légèrement dépendants, sont généralement coportés par une collectivité (commune le plus souvent), un gestionnaire mutualiste et dans la majorité des cas un bailleur. Dans certains cas également, le gestionnaire mutualiste est propriétaire des logements et a bénéficié de prêts locatifs sociaux. Quelle que soit la configuration, les loyers sont encadrés et les logements accessibles sous conditions de ressources.

Au montant du loyer qui se situe entre 300 et 500 euros pour un T2, s'ajoutent les frais du contrat de service, qui couvrent la prise en charge du salaire de l'animatrice / accompagnatrice à la vie sociale / gouvernante (selon l'appellation choisie) et dont le montant varie selon le temps de présence de celle-ci (entre 140 et 480 euros par mois). Cette offre est donc accessible voire réservée à un public bien moins aisé que celui accueilli en résidences services.

L'équilibre financier du modèle repose sur une bonne commercialisation des logements pour assurer le remplissage de l'habitat (possibilité de négocier la carence de loyer avec le bailleur) et un bon équilibre à trouver entre le niveau de revenus, les attentes et besoins des locataires d'une part, et le niveau de services rendus d'autre part (ex : besoin d'un temps de présence de l'accompagnatrice moins important pour des personnes autonomes). Bien souvent, le gestionnaire gère plusieurs établissements, de divers nature, ce qui lui permet d'assurer la rentabilité sur l'ensemble de son offre.

3) En définitive, que représente aujourd'hui l'offre d'habitat alternatif/regroupé ?

Compte tenu de la vision très parcellaire que nous avons de cette offre et au regard des chiffres – non-exhaustifs et parfois anciens - dont nous disposons, il y aurait aujourd'hui, de façon très approximative, autour de 155 000 résidents en habitat alternatif / regroupé (sans compter certaines formes d'habitats encore minoritaires ne faisant l'objet d'aucune comptabilisation : par exemple les cohabitations seniors ou intergénérationnelles). Ce chiffre sous-évalué de 155 000 résidents est à comparer aux 586 000 résidents en EHPAD selon l'enquête EHPA 2015.

Tableau 34. Estimation approximative du nombre de résidents en habitat alternatif/regroupé

Résidences autonomie (2015) dont MARPA (2017)	Résidences services (2016)	Habitat inclusif ¹⁹⁹	Total
106 700 (dont 4 700)	+ 45 000	3 600	155 300

Source : calculs SG HCFEA.

Si l'habitat alternatif / regroupé représente une part encore relativement faible de l'habitat des personnes âgées (2,6 % des personnes âgées de plus de 75 ans), il est amené à se développer notamment en ce qui concerne les résidences services (100 000 résidents prévus en 2020 dans l'étude du cabinet Xerfi-Precepta précitée). Les conditions apparaissent en effet réunies pour qu'il prenne une place plus importante dans les prochaines années et à l'horizon 2030. Si le mouvement semble bien engagé, l'habitat alternatif / regroupé reste néanmoins soumis à plusieurs aléas, le manque de recul sur certaines formules appelle à la prudence. Par ailleurs, les enjeux de leur succès et de leur pérennité restent de taille (cf. tome 2 orientations).

¹⁹⁹ Le chiffre de 3 600 habitants en habitat inclusif est obtenu de façon très approximative en considérant que les 240 habitats inclusifs recensés dans le cadre de l'enquête précitée menée par la DGCS en 2016 (chiffre sous-évalué, puisque seulement 64 départements ont répondu au sondage) comprennent en moyenne 15 habitants.

C) L'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT

1) Comment a évolué le taux d'institutionnalisation ?

a) Définitions et évolutions

- Séparation entre l'aide à domicile et les autres lieux de vie pour les allocataires de l'APA. Fin 2015, le taux d'allocataires à domicile était de 59%.

Encadré : Rappel des prévisions sur le taux d'allocataires à domicile

Dans les projections de long terme de la DREES (Etudes et Résultats n°1032), l'hypothèse retenue est celle d'une répartition stable des effectifs entre domicile et établissement pour chaque GIR ; le poids de chaque GIR étant modifié, le taux d'allocataires à domicile varierait entre 58 et 64% à l'horizon 2060.

- Séparation entre les EHPAD et les autres lieux de vie (hors domicile) :
 - * le nombre de logements-foyers, qui a fortement diminué dans les années 2000 (transformation d'un nombre important d'entre eux en EHPAD), est relativement stable depuis 2011 ;
 - * il y a des modifications significatives dans le schéma des EHPAD : légère progression de la taille, faible place des hébergements tiers (hébergement temporaire et accueil de jour) ; progression du taux de dépendance et des besoins de soins, corrélée au recul de l'âge d'entrée ; légère baisse de la durée de séjour ; forte diminution des résidents en GIR 6 et 5 qui ne représentent plus en 2015 que 8% des résidents en EHPAD (contre 12 % en 2011 et 15 % en 2007).

b) On a dérivé par rapport aux objectifs du rapport de 2006

Le rapport Le Bouler de 2006 visait une augmentation du nombre de places jusqu'en 2010 puis une stabilisation ensuite à hauteur de 680 000 places.

Hors logements-foyers, le nombre de résidents en 2015 est nettement supérieur au nombre de résidents ciblé dans le rapport de 2006 (tableau 35).

Tableau 35. Nombre de résidents par GIR en 2015 (logements-foyers exclus)

	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	Total
Enquête EHPA (observé)	345 364	226 031	54 655	626 050
Rapport Le Bouler (projeté)	284 800	173 600	57 200	515 600

Source : enquête EHPA et 2^{ème} rapport de la mission Le Bouler (2006).

S'agissant de l'accueil temporaire : fin 2015, on compte environ 20 700 résidents²⁰⁰ en hébergement temporaire ou accueil de jour. Le rapport le Bouler visait 58 000 places.

Cet écart intervient dans un contexte où le reste à charge des résidents est élevé et malgré la préférence des personnes âgées et de leur entourage pour le maintien à domicile.

²⁰⁰ DREES, enquête EHPA 2015, hors centres d'accueil de jour.

On peut avancer plusieurs hypothèses pour expliquer cette situation :

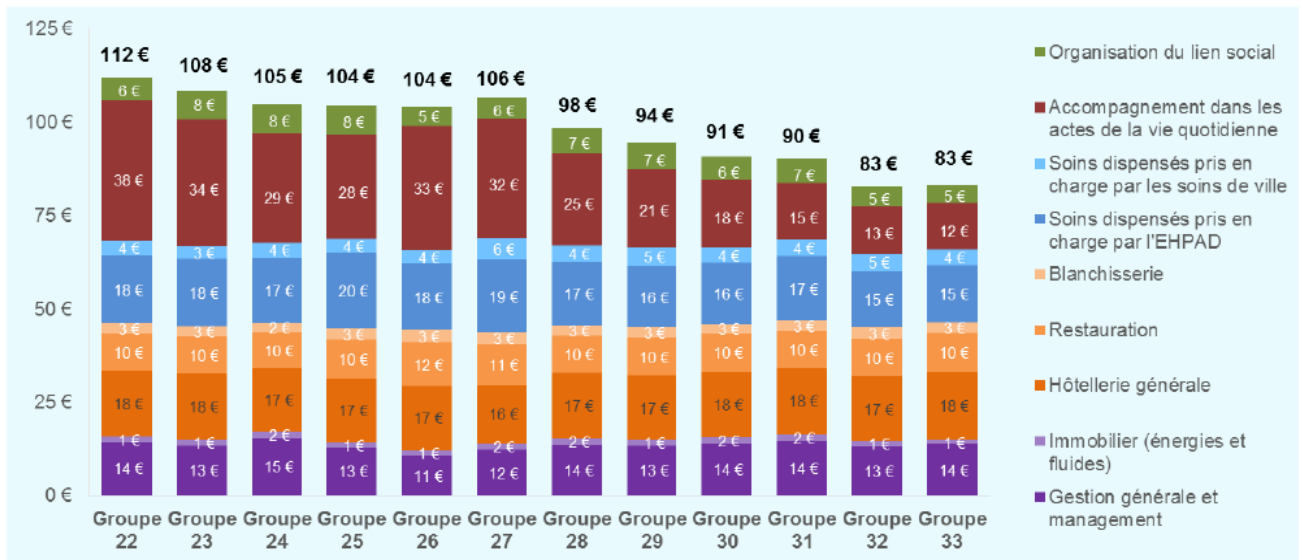
- la politique de soutien à domicile et d'appui aux aidants n'est pas arrivée à un degré de maturité suffisante pour éviter l'entrée « contrainte » en établissement ;
- les aménagements du logement sont insuffisants ;
- les ruptures de prise en charge sanitaire (notamment des hospitalisations non programmées et/ou dans lesquelles le retour à domicile n'est pas assuré) conduisent à des entrées en EHPAD plus ou moins contraintes²⁰¹ et souvent sans retour ;
- le tiers secteur (intermédiaire entre le logement individuel et l'EHPAD classique) ne s'est développé qu'à la marge en termes d'effectifs.

2) La « médicalisation » des EHPAD

Par certains de ses aspects, le concept est curieux. Il s'agit de renforcer la présence médicale dans l'établissement mais sans que ce renfort contraigne trop son fonctionnement. L'appellation est ambiguë dans la mesure où la présence soignante est essentiellement fournie par les infirmières et les aides-soignantes. Les options retenues sont inachevées puisque la présence médicale, bien que prévue par les textes, est difficile à assurer, et qu'elle est prévue pour des missions tronquées (hors prescription...)

Le poids des ressources dédiées au soin reste relativement modeste dans l'ensemble des dépenses, comme en atteste le graphique 34.

Graphique 34. Comparaison des coûts selon les groupes-types de résidents en EHPAD



Source : ATIH

a) Les objectifs

- dans la suite du processus dit d'« humanisation des hospices », il s'agissait de prendre en compte les nouvelles caractéristiques de la population accueillie en maison de retraite ;
- il s'agissait de le faire à la faveur d'un effort d'intégration, incarné notamment par la figure du « médecin coordinateur » ;

²⁰¹ Une bonne partie des 40% d'entrées en EHPAD faites de façon précipitée en 2007

- l'effort d'intégration interne devait s'accompagner d'un effort de rationalisation par rapport à la consommation de soins de ville.

Ce processus a connu une amplification considérable après la canicule de 2003. Il a en outre focalisé les efforts d'aménagement des financements : appréciation de la charge en soin, révision des dotations...

b) Eléments de bilan

À n'en pas douter, le paysage des « maisons de retraite » a été transformé en une vingtaine d'années à coup de créations nouvelles, de restructurations ou d'intégration.

Le rapport du sénateur Bonne décrit le processus de médicalisation croissante des EHPAD comme relevant à la fois de besoins sanitaires en progression mais également comme une logique gestionnaire et bureaucratique. Les EHPAD et les formes intermédiaires de prise en charge ne jouent pas ici à armes égales.

Le bilan pour les médecins coordinateurs est décevant. Les rapports récents ont fait une large place à la discussion de leurs missions. Les difficultés de recrutement et l'importance des vacances de poste posent question. Il n'est pas certain que l'ajout de possibilités de prescrire suffise à restaurer l'attractivité de la fonction.

On ne dispose pas d'analyse poussée sur la question du bilan médico-économique de la médicalisation. Et la balance entre coûts additionnels (au sein des structures) et économies réalisées (sur les soins de ville) a curieusement été occultée au fil du temps, alors qu'elle était très prégnante dans les justifications à l'origine de la médicalisation.

Une meilleure articulation entre l'EHPAD et l'environnement soignant extérieur s'amorce mais on est loin des ambitions d'intégration souvent évoquées. ?

Encadré : La question de la médicalisation dans trois rapports récents²⁰²

Accroître la présence médicale en EHPAD (*Iborra-Fiat, Bonne et Ricordeau*)

Selon les députées Monique Iborra et Caroline Fiat, 60 % des passages aux urgences pourraient être évités si les maladies chroniques étaient correctement prises en charge en EHPAD. Elles font état de la grande difficulté à faire venir les médecins libéraux au sein de l'EHPAD.

Pour le médiateur Pierre Ricordeau, « l'effet combiné de l'augmentation du niveau de besoin de soins des résidents en EHPAD d'un côté et les problèmes de démographie médicale de l'autre, conduit à des situations d'organisation des soins très insatisfaisantes ».

Les propositions des deux rapports parlementaires sont les suivantes :

(i) Renforcer le rôle du médecin coordinateur en EHPAD

Le rapporteur Bernard Bonne propose une refonte des missions du médecin coordinateur. En l'état actuel, les missions qui lui sont confiées ne lui permettent pas de se substituer au médecin traitant dans son action prescriptive. Il considère que cela peut être source d'importantes dérives tarifaires

²⁰² Bernard Bonne (2018), « EHPAD: quels remèdes ? », rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, n°341, enregistré à la Présidence du Sénat le 7 mars 2018 ;

Monique Iborra et Caroline Fiat (2018), « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2018, n°769.

Pierre Ricordeau (2018), « Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendante (EHPAD) », IGAS, n°2018-023R, avril 2018.

(prescriptions d'actes potentiellement identiques ou redondants), en particulier dans le cas du forfait soin global qui couvre également la rémunération ou l'honoraire du médecin traitant. Bernard Bonne note également qu'en l'état actuel du droit, les établissements ne peuvent pas contractualiser avec des médecins libéraux, comme cela est fait avec d'autres professionnels libéraux, pour définir des conditions particulières d'exercice (mode de rémunération par exemple). Il y voit le signe du refus des pouvoirs publics de reconnaître à l'EHPAD « *un statut de lieu de soins, qu'il est pourtant difficile de lui dénier au regard des faits* ». Les limites de ses attributions, son incapacité à prescrire en particulier, sont par ailleurs selon lui la principale raison de la faible attractivité aux fonctions de médecin coordinateur. Le rapport rappelle que 30 % des EHPAD contreviennent à l'obligation légale de disposer d'un médecin coordinateur. La principale cause serait le manque d'attractivité de la fonction.

Face à ces constats, il propose d'accroître les attributions du médecin coordinateur en le dotant d'une capacité de prescription individuelle, de faire prévaloir sa décision en cas d'opposition d'avis avec le médecin traitant et d'inclure les médecins libéraux extérieurs dans le champs des contrats de coordination avec l' EHPAD. Les rapports Iborra-Fiat et Ricordeau proposent également de donner un véritable droit de prescription au médecin coordinateur.

(ii) Généraliser la mutualisation des infirmiers de nuit

Les expérimentations montrent des effets importants de la présence d'infirmiers de nuit sur la réduction des hospitalisations d'urgence. Les deux rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale proposent de pérenniser le financement des expérimentations de mutualisation des infirmiers de nuit sur plusieurs établissements, par l'intermédiaire d'une intégration de leur coût dans le forfait global soins et en privilégiant les partenariats avec les structures sanitaires (établissements de santé ou Ssiad).

(iii) Favoriser la télémédecine en EHPAD

Le sénateur Bernard Bonne propose d'accroître l'implication du médecin coordinateur dans les actes de télémédecine (téléexpertise, téléconsultation), évolution susceptible de générer des économies significatives. Le rapport Iborra et Fiat fait état des bénéfices importants de la télémédecine sur les soins apportés aux résidents, la diffusion de bonnes pratiques et l'attractivité des EHPAD auprès des personnels soignants.

Compte tenu de l'insuffisance des politiques courantes de « médicalisation », un certain nombre d'expérimentations ont pu être conduites dans différentes régions pour pallier les défaillances constatées. Les objectifs sont bien résumés à partir de l'expérience d'Ile-de-France²⁰³

Objectifs stratégiques :

- Fluidifier les prises en charge, dans une logique de parcours, en renforçant l'offre médico-sociale pour éviter des hospitalisations et compenser des dispositifs ou professionnels manquants ;
- démontrer une plus grande efficacité de notre système de santé en agissant sur des modalités de prises en charge ou de tarifications différentes ;
- ambition de rendre l'offre plus souple, mieux adaptée aux souhaits et besoins des personnes.

Objectifs des expérimentations :

- Réduire les hospitalisations et les ré-hospitalisations évitables
- Permettre des retours d'hospitalisation anticipés

²⁰³ Présentation de Marc Bourquin, directeur de l'autonomie de l'ARS Ile-de-France, séance du HCAAM du 22 février 2018

- Retarder l'entrée en établissement
- Améliorer la continuité des soins
- Améliorer la qualité de vie des usagers en perte d'autonomie.

Encadré : Les expérimentations conduites en Ile-de-France

Présence IDE de nuit mutualisée en EHPAD

Expérimentation régionale lancée dès 2013 auprès de 7 des 8 départements franciliens (Paris intégrant une variante du dispositif mi 2015). Exploitation des données réalisée sur 24 EHPAD : 3 EHPAD par département.

Objectifs : améliorer l'orientation des résidents la nuit, la prise en charge des retours d'hospitalisation, la continuité des soins et entre autres les soins palliatifs en EHPAD, en sécurisant les équipes, et démontrer une baisse des hospitalisations évitables.

Modèle testé : mutualisation d'un IDE sur 3-4 EHPAD de proximité, passant chaque nuit dans chacun d'entre eux, mobilisable à tout moment.

Evaluation médico-économique menée par GéronD'If sur tranche 2014-2015 et prévue sur 2016-2017 :

- Réduction significative de la durée des hospitalisations : 4.07 jours d'hospitalisation en moins / résident / an
- Réduction des hospitalisations après un passage aux urgences
- Augmentation des retours à l'EHPAD après un passage aux urgences
- Tendance à plus de décès dans les EHPAD (fin de vie)

Médecins prescripteurs en EHPAD

Objectif : sécuriser le suivi médical dans les EHPAD ne disposant pas de médecins salariés (soit 75 % des EHPAD).

Méthode suivie : appel à candidatures ouvert aux EHPAD en tarif partiel qui rencontrent des difficultés à faire intervenir les médecins traitants dans l'établissement. Financement d'une intervention forfaitaire auprès des résidents pour prévenir les risques épidémiques et iatrogènes et assurer un suivi minimal de tous les résidents.

Critères prioritaires retenus :

- Identification à ce jour des résidents sans médecin traitant, ou sans médecin en possibilité de se déplacer
- Identification d'un médecin potentiellement disponible pour intervenir sur un temps salarié

Mobilisation sur crédits ARS de 700 K€ en 2018 pour financer un temps complémentaire du médecin coordonnateur, ou de salarier un temps de médecin pour déployer cette intervention auprès des résidents.

29 EHPAD retenus, permettant de financer 5,8 ETP de médecins au global et représentant 0,1 à 0,3 par EHPAD

Hébergement Temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation

Déjà testé à Paris 9-10-19^{ème} dans le cadre de l'expérimentation nationale « PAERPA »

Objectif : fluidifier le parcours de soins et de vie de personnes âgées qui, à l'issue d'un séjour hospitalier, ont des difficultés à retourner chez elles malgré un état de santé stabilisé.

Enjeux : réduire les durées d'hospitalisation, lever le frein du reste à charge, assurer un suivi en médico-social tourné vers retour à domicile,

Proposer un HT dont le tarif hébergement est identique au coût du forfait hospitalier (20€), pendant 1 mois

Financements prévus :

- Sur le tarif hébergement : 60€/jour/résident pendant 1 mois, soit près de 900 000€ sur 1 an pour 40 places
- Sur le tarif soins : revalorisation à 15 000€/place/an, conformément aux travaux régionaux de 2014 sur l'hébergement temporaire, soit potentiellement 100 000€

AAC lancé fin 2017 pour autoriser 40 places d'HT en EHPAD en Seine-et-Marne. 2 opérateurs retenus proposant chacun 20 places d'HT, en lien étroit avec des établissements de santé en vue de faciliter les sorties de médecine-chirurgie et de SSR.

EHPAD « hors les murs », une idée d'avenir dont le modèle économique reste à trouver

Appel à projets conjoint ARS-Conseil départemental 92 en 2016, dans le Nord 92

Un opérateur gestionnaire d'ESMS retenu : création de 30 places de SSIAD, 50% de places à l'aide sociale à l'hébergement pour PA à domicile (sans récupération des frais)

Budget global de 700 000 € (Assurance maladie + CD)

Objectif : offrir une palette de services à domicile équivalente à celle proposée en établissement, éviter l'entrée en EHPAD et l'hôpital

Services rendus :

- Un référent unique pour l'utilisateur, avec facture unique
- Un opérateur qui articule l'ensemble des prises en charge au domicile et réévalue régulièrement les besoins
- Sécurisation et adaptation du domicile
- Aides et soins gradués à domicile (repas, loisirs, soins, aides aux actes de la vie quotidienne, nouvelles technologies pour l'organisation des soins)

3) L'organisation en établissement

a) Une logique assez stable

Bien que la réflexion progresse sur la vocation des EHPAD, la logique actuelle des établissements n'a guère évolué : les établissements sont « fermés » sans être intégrés dans leur environnement (notamment dans l'offre de soins).

b) Des taux d'encadrement jugés insuffisants dans les EHPAD

Le taux d'encadrement actuel est de 0,63ETP/résident en augmentation de 10% sur dix ans.

On estime communément que le taux actuel n'est pas suffisant et qu'il convient d'une part, d'effectuer un rebasage et d'autre part, de suivre l'évolution du degré de dépendance qui s'alourdit régulièrement.

Les références dont on dispose sont très disparates et souvent peu documentées²⁰⁴ :

- le rapport du Commissariat au Plan (2006) retenait une cible pour 2015 en ETP/résident de 0,71 et 0,78 en hypothèse haute (maisons de retraite et ULSD, hors foyers-logements)

- le plan de solidarité/grand âge (juin 2006) prévoyait de passer en cinq ans à 0,65 et 1 pour les établissements qui accueillent les résidents les plus dépendants (GMP supérieur à 800) ; soit un objectif global de 0,685ETP/résident (sur la base des effectifs actuels)

- les rapports de Mme Iborra et du CESE retiennent, sur la base des travaux de la Fédération hospitalière de France et le syndicat national de gérontologie clinique de 2009 une norme d'encadrement en personnel « au chevet des résidents (aides-soignantes et infirmiers) » de 0,6ETP ce qui conduirait le taux total à 0,928ETP/résident.

²⁰⁴ Le rapport Ricordeau constate « dans beaucoup d'endroits une tension continue entre les besoins et moyens notamment surtout du cœur de l'accompagnement en soins des médecins, infirmières et aides soignantes »

c) Evolution

L'évolution des besoins entre 2011 et 2015 est mesurée à partir des indicateurs (GMP et GMPS pondérés). L'augmentation du Gir moyen pondéré (qui sert de base à la détermination de la dotation de la section dépendance) est de 3,04%. Celle du GMPS (qui sert à la détermination de la dotation soins) est de 7,7%. L'augmentation pondérée pour les deux sections est de l'ordre de 6,5%. Face à cette augmentation, celle du taux d'encadrement constaté sur la période (ensemble des sections) est un peu plus faible, de l'ordre de 5,5%.

La seule poursuite de la tendance des besoins à l'horizon de cinq ans à partir de l'évolution des GMP et GMPS pondéré conduirait à une augmentation du taux d'encadrement de 4 ETP par EHPAD (6,3% de l'effectif actuel).

d) Des problèmes sur les salaires et conditions de travail et de formation/recrutement

Les difficultés de recrutement²⁰⁵ s'expliquent largement par les conditions de travail et le niveau des salaires.

Il conviendrait d'approfondir l'analyse de la CNSA sur la forte disparité de rémunération du personnel salarié.

e) Les réformes récentes

- La mise en place des équations tarifaires pour définir les dotations est une bonne option même si certains gestionnaires ont une analyse parfois critique de l'échelle Pathos. Encore faut-il que la fréquence des coupes soit soutenue et que la valeur du point évolue de façon cohérente avec l'évolution des coûts qui devrait, en tendance, être nettement supérieure à l'évolution des prix et même sensiblement supérieure à celle du SMPT si on veut améliorer les salaires et les conditions de travail des personnels.

- Les processus de convergence :

* les crédits annoncés (dont la feuille de route récente prévoit l'accélération de mise en œuvre) pour la convergence des sections de soins sont insuffisants pour se rapprocher des indicateurs analysés ci-dessus, *a fortiori* si la progression du GMPS pondéré se poursuit (sur la base de la tendance observée à l'horizon 2022, il faudrait, à ce seul titre, augmenter l'effectif moyen de 6,5%, soit 4 ETP par résidence)

* le processus de convergence départementale de la dotation dépendance va harmoniser les dotations à cette échelle territoriale ; mais il n'implique aucune convergence vers un niveau normé de la valeur du point. Or la variation de la valeur du point entre départements est élevée (on va de 5,68 dans les Alpes-Maritimes à 9,47 en Corse du Sud pour une moyenne nationale de 7,05). Elle est vraisemblablement supérieure à d'éventuels écarts du coût des facteurs.

²⁰⁵ Cf. éléments repris dans le tome 2 de la note Mahel Bazin et Marianne Muller (DREES), 2018, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », Études et Résultats, n°1067, DREES, juin.

4) Des restes à charge contraignants pour certains ménages en établissement

Les restes à charge et taux d'effort doivent laisser aux plus modestes des résidents et à leurs familles des marges raisonnables de revenu et ne doivent pas détourner les prétendants d'une entrée en EHPAD si elle est indiquée ou souhaitée.

Cette question est analysée en détail dans le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 (tomes 2 et 4). On en reprend ici les principales conclusions.

RAC et taux d'effort sont déjà élevés (voir le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 tome 4).

a) Le reste à charge

Quatre constats se dégagent des données souvent anciennes.

a1) Avant prise en compte de l'ASH

- Le niveau moyen du RAC « facial » (dépenses moins ressources) en 2011 est de 1 758€/mois²⁰⁶. Si on soustrait les dépenses de gîte et de couvert que le résident aurait supportées s'il vivait à son domicile, fixées par convention à 720€/mois, les dépenses à la charge des résidents (le « RAC réel ») sont en moyenne égales à 1 038€/mois.
- Ce RAC n'est guère sensible au GIR puisque les tarifs d'hébergement ne varient quasiment pas en moyenne avec le niveau de perte d'autonomie et que la participation financière des résidents au tarif dépendance est très peu sensible au GIR.
- Il croît faiblement avec le revenu : entre les bénéficiaires de l'ASPA et ceux ayant un revenu de 3 500€ par mois, le RAC (avant ASH) varie de 500 euros.
- Les dépenses à la charge des résidents (RAC et dépenses de gîte et de couvert) sont en moyenne supérieures aux ressources des résidents jusqu'à environ 1 800 euros de ressources mensuelles²⁰⁷, soit pour près de trois résidents sur quatre.

Le RAC dépend de façon sensible – mais pas massive – du tarif d'hébergement.

a2) Après prise en compte de l'ASH

Le RAC est ramené à 867€/mois en moyenne. Ajouté aux dépenses de gîte et de couvert, les dépenses à la charge des résidents s'élèvent en moyenne à 1 587€/mois.

Mais une partie des dépenses d'ASH seront à la charge des obligés alimentaires ou des héritiers. Compter l'ASH brute dans les aides est donc discutable.

Etant donné le faible taux de recours à l'ASH, il reste un résident sur deux dont le reste à charge est supérieur aux ressources courantes²⁰⁸.

²⁰⁶ Fizzala, 2016.

²⁰⁷ Fizzala (2016)

²⁰⁸ Fizzala (2016)

b) Le reste à vivre

Le reste à vivre est défini ici comme la différence entre les ressources courantes du résident d'un côté, et la somme de son RAC et de ses dépenses de gîte et de couvert de l'autre :

$$\text{Reste à vivre} = \text{Ressources courantes} - (\text{RAC} + \text{dépenses de gîte et de couvert})$$

Il est en moyenne négatif : -318 €/mois avant prise en compte de l'ASH ; -146 €/mois après prise en compte de l'ASH²⁰⁹.

75% des résidents (soit 420 000 personnes) sont dans l'incapacité de payer leurs frais de séjour avec leurs ressources, avant l'intervention de l'ASH. Il en reste 304 000 après l'ASH, soit 55%.

Avant ASH, le reste à vivre est négatif jusqu'à 1 800€ de ressources mensuelles au sens de l'APA²¹⁰.

c) Taux d'effort après aides

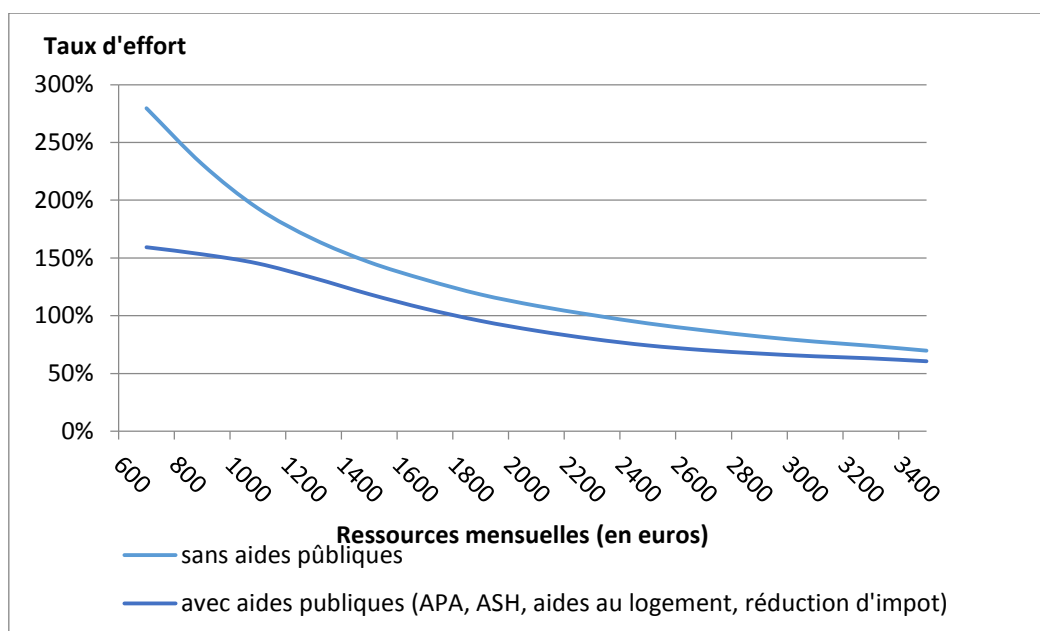
Le taux d'effort est défini ici comme le ratio entre la somme du RAC et des dépenses de gîte et de couvert d'un côté, et les ressources courantes des résidents de l'autre

$$\text{Taux d'effort} = (\text{RAC} + \text{dépenses de gîte et de couvert}) / \text{ressources courantes}$$

Il est très élevé : 110 % en moyenne²¹¹.

Les aides publiques réduisent naturellement le taux d'effort mais il reste cependant supérieur à 100 % pour la majorité des résidents.

Graphique 35. Taux d'effort moyen en fonction du revenu, avant et après aide publique



Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011. Source : modèle *Autonomix* – DREES.

²⁰⁹ Fizzala (2016)

²¹⁰ Mais ce calcul surestime le seuil réel puisque l'assiette APA en 2011 est plus faible que le revenu courant parce qu'elle n'intègre pas les majorations de retraites pour les familles nombreuses.

²¹¹ Fizzala (2016)

d) Evolution

Le reste à charge est appelé à augmenter parce que les coûts en établissement augmenteront avec l'amélioration de leur qualité (accroissement du taux d'encadrement et des coûts de main d'œuvre probablement plus rapide que l'évolution des retraites) et la stagnation probable – à législation constante – des aides publiques (dégradation des aides au logement, indexation du plafond de la réduction d'impôt sur les prix).

D) LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE PAR LE SYSTEME DE SOINS

Les rapports n'ont pas manqué sur le sujet²¹².

Parmi ceux-ci, le HCAAM, en 2010 et 2011, avait conduit des travaux sur le vieillissement²¹³ et la dépendance²¹⁴. Ils avaient permis d'établir, au vu des données disponibles, un diagnostic des besoins en santé des personnes âgées, en particulier des personnes âgées en perte d'autonomie, et des modalités de leur prise en charge.

Sur la base de ce diagnostic, le HCAAM avait formulé un certain nombre de propositions parmi lesquelles la mise en place de parcours coordonnés de soins et d'accompagnement (cf. infra) afin d'éviter des ruptures de prise en charge, le recours aux hospitalisations en urgence et la redondance des examens. Ces parcours coordonnés devaient associer les différents professionnels intervenant auprès des personnes concernées, qu'il s'agisse de professionnels relevant du secteur de la santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, etc.) ou du secteur social (assistantes sociales, auxiliaires de vie, etc.). Il faut en effet souligner la porosité des frontières entre les soins à domicile destinés aux personnes âgées et les aides dont elles bénéficient au titre de la compensation de la perte d'autonomie :

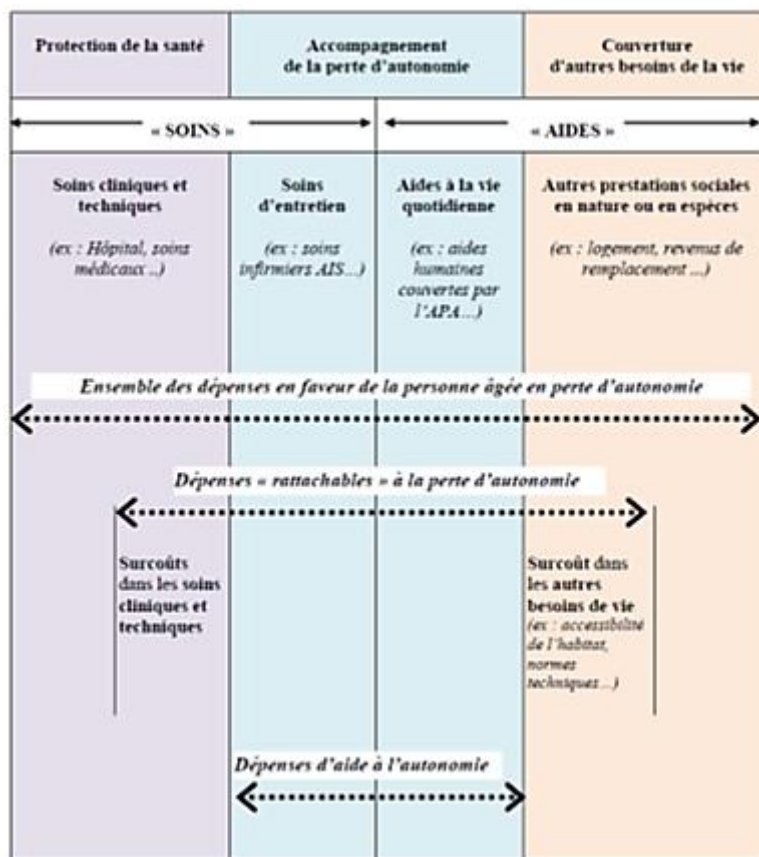
- la frontière entre perte d'autonomie et difficultés de santé est souvent ténue ;
- certaines dépenses de soins sont liées au niveau de dépendance ;
- à domicile, la prise en charge des personnes âgées peut être assurée dans certains cas à la fois par des intervenants du secteur social ou du secteur médical.

²¹² Parmi les travaux récents, on citera notamment l'Avis de mai 2018 du Comité consultatif national d'éthique : « Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées? » (Avis n° 128).

²¹³ Rapport HCAAM, *Vieillesse, longévité et assurance maladie, novembre 2010*

²¹⁴ Rapport HCAAM, *Assurance maladie et perte d'autonomie, Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées*

Dans son rapport de 2011, le HCAAM donnait une représentation de cet ensemble de prestations et de dépenses :



De fait, un certain nombre de problèmes d'action publique ne sont pas spécifiques à la problématique « personnes âgées », ils sont simplement souvent exacerbés dans ce cas.

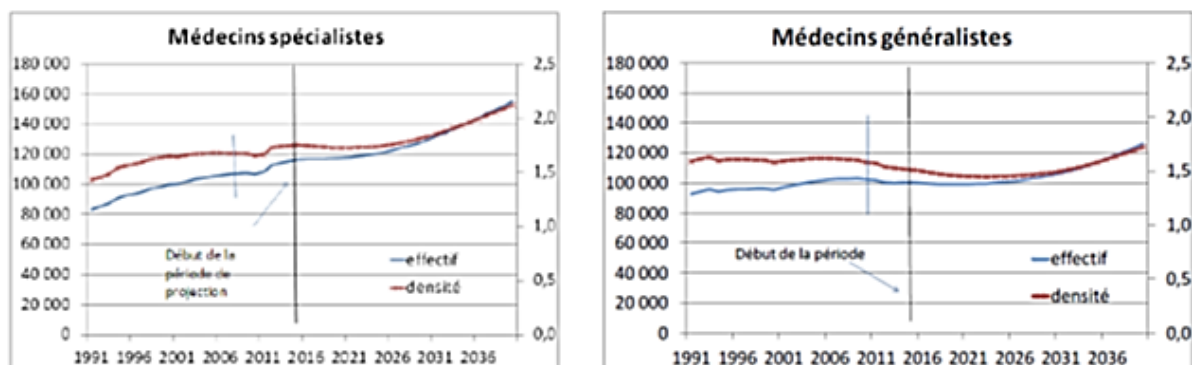
La nécessité de raisonner sur des parcours longs (des « parcours de vie ») est d'autant plus difficile qu'on est dans un champ d'acteurs atomisés, avec des problèmes de disponibilité des personnels pour des métiers courants ou de « nouveaux métiers ». On bute souvent sur des problèmes de qualité des systèmes d'information, d'ingénierie locale et de signalement de la qualité (ou de la non-qualité). Les inégalités géographiques de l'offre sont importantes. Des solutions technologiques, structurantes ou palliatives, multiples sont souvent sous-employées. Le système actuel souffre d'une gouvernance publique dispersée. Enfin le poids des restes à charge peut freiner le recours aux soins.

1) Le vieillissement et la présence territoriale des soignants

On a en France, comme dans bien des pays, un problème global de démographie et de répartition spatiale des soignants, avec une situation dégradée sur certains territoires. S'agissant des personnes âgées, les problématiques d'isolement et de mobilité (ou de défaut de mobilité) exacerbent en effet la prégnance des difficultés.

Les projections disponibles de la DREES²¹⁵ ne confirment pas la perception d'un risque global majeur de pénurie de médecins à moyen terme ni *a fortiori* d'une insuffisance globale future de ressources en professionnels de santé.

Graphiques 36. Effectifs et densité de médecins généralistes et spécialistes à l'horizon 2040



Note: Projections sous les hypothèses du scénario tendanciel.

Champ: France entière, médecins actifs de moins de 70 ans.

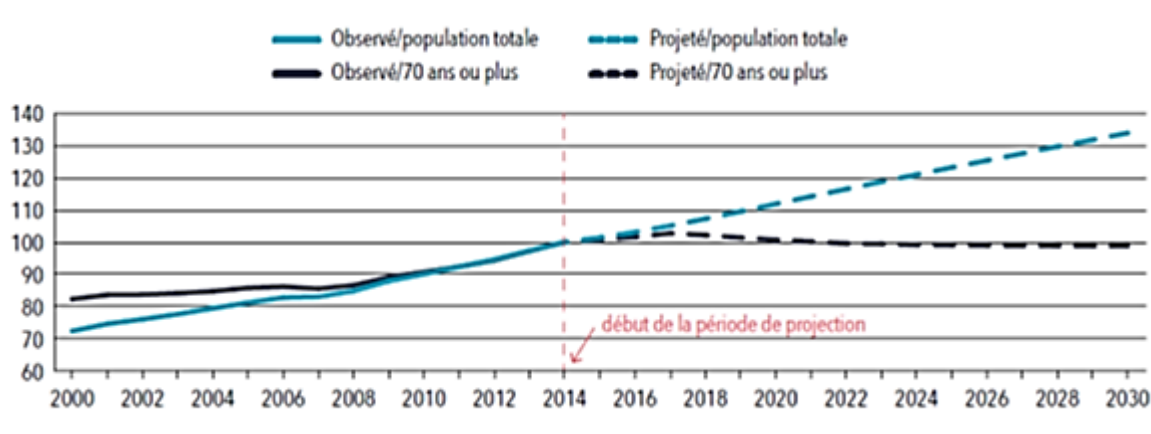
Sources : ADELI, RPPS, Projections DREES 2015.

La consommation de soins de masso-kinésithérapie par les populations âgées rend bien entendu la question de la démographie de cette profession particulièrement sensible. Les effectifs d'ailleurs projetés en valeur et par rapport à la population âgée (de plus de 70 ans), laissant augurer dans le premier cas une forte progression et dans le second une stagnation au niveau de la situation actuelle²¹⁶.

²¹⁵ http://securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_-_dossier_statistique_drees_medecins_specialistes.pdf

²¹⁶ <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>

Graphique 37. Projections de la densité de masseurs-kinésithérapeutes par rapport à la population totale et aux personnes âgées de 70 ans ou plus, base 100 en 2014



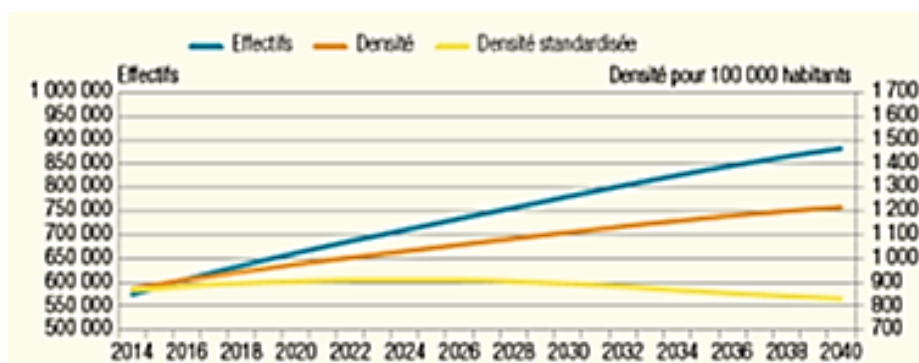
Note : La projection retenue ici correspond au scénario tendanciel.

Champ : France entière.

Sources : ADELI pour l'observé ; calculs DREES ; projections de population INSEE.

Un *Etudes et Résultats* de la DREES publié en mai 2018²¹⁷ se livre au même exercice pour la profession infirmière, avec un résultat comparable : une forte augmentation des effectifs et une quasi-stagnation au niveau actuel pour ce qui est de la densité standardisée.

Graphique 38. Effectifs et densités d'infirmiers en activité selon le scénario tendanciel



Note: La densité standardisée est le rapport entre le nombre de professionnels de santé et le besoin de soins estimé par une population dite standardisée. Cette dernière se calcule ainsi : le nombre de personnes de chaque tranche d'âge quinquennale est multiplié par un poids proportionnel à sa consommation de soins infirmiers. Ainsi, cette méthode corrige la densité des différences de niveaux de recours selon l'âge, et permet d'intégrer la hausse du besoin de soins que génère le vieillissement.

Lecture : Selon le scénario tendanciel, les effectifs d'infirmiers augmenteraient continûment pour atteindre 881 000 en 2040. La densité passerait de 872 en 2014 à 1217 en 2040.

Champ : Ensemble des infirmiers actifs âgés de 18 à 67 ans, France entière (hors Mayotte).

Sources : Recensement de la population : projections DREES et projections de population INSEE (scénario central) 2013-2070.

Le propos sur la démographie professionnelle ne saurait se limiter aux constats sur les effectifs globaux. Il faut aussi bien entendu – et peut être même surtout – considérer la répartition spatiale de ces ressources professionnelles.

²¹⁷ Christelle Millien (DREES), 2018, « 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins », *Études et Résultats*, n°1062, DREES, mai.

La répartition inégale des médecins, notamment des généralistes, est ainsi particulièrement marquée pour les plus jeunes d'entre eux²¹⁸. De façon logique, la tendance à la polarisation du territoire concerne en effet aussi les médecins, réticents à s'installer dans des zones rurales et semi-urbaines et dans les zones urbaines dites « difficiles ». Les établissements hospitaliers situés dans certaines villes moyennes peinent également à attirer des praticiens spécialisés²¹⁹.

Sans idéaliser un âge d'or de la couverture sanitaire du territoire, on avait dans un passé récent une situation sinon satisfaisante, du moins ne suscitant pas trop d'inquiétudes. Le maillage primaire était en effet constitué de toute une gamme d'éléments : autour du triptyque généraliste-pharmacien-infirmier libéral mais aussi d'un tissu dense d'hôpitaux de proximité polyvalents, de logements foyers et de maisons de retraite, de paramédicaux investissant des territoires de plus en plus fins, sans parler de la médecine salariée (centres de santé, scolaire, protection maternelle et infantile...) en meilleure situation qu'aujourd'hui. Ce maillage primaire dense a concerné dans les années 1980-90 des territoires qui n'avaient pas connu jusque-là une telle abondance.

Et puis les choses se sont dégradées sur certains territoires : fermeture des hôpitaux de proximité ou de certains services au sein de ceux-ci, médicalisation et repliement sur lui-même du médico-social, difficultés de la médecine salariée, laissant bien souvent seul au front le triptyque généraliste-pharmacien-infirmier libéral. Sur certains territoires, denses et non délaissés, ce trio fonctionne bien, du moins dans sa capacité à mailler le territoire, d'autant que les effectifs de paramédicaux libéraux (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) sont en croissance continue. Sur d'autres territoires, il suffit que la maille généraliste lâche pour que l'ensemble du tissu se délite.

²¹⁸ Voir le document DREES-IRDES comparant l'accessibilité potentielle localisée des médecins généralistes et des seuls médecins de moins de 40 ans sur le territoire in Muriel Barlet, Magali Coldefy, Clémentine Colin, Véronique Lucas-Gabrielli, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux généralistes libéraux », *Questions d'économie de la santé*, n°174, mars 2012.

²¹⁹ Parmi les spécialités dédiées, on évoquera la médecine gériatrique telle que définie par l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) : « La médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés.

Ce groupe de patients est considéré comme présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale. Les affections peuvent se présenter différemment avec l'âge avancé, et leur diagnostic est souvent difficile, la réponse au traitement retardée et le besoin de soutien médico-social nécessaire.

La médecine gériatrique, dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.

La médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge [des patients pris en charge] mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. La plupart des patients ont plus de 65 ans, mais les principaux défis de la spécialité de médecine gériatrique concernent plus particulièrement le groupe des 80 ans et plus.

Encadré : La question du domicile, au cœur des problématiques de présence professionnelle et de coordination des soins

Une partie de la problématique du soin aux personnes âgées tourne autour de la question du domicile, dans ses multiples dimensions :

- Le domicile en tant que lieu de soin fixe : le domicile comme alternative à l'hôpital, le domicile comme lieu de vie, le domicile comme situé dans un territoire ;
- Le domicile dans une trajectoire de soin : préparation à domicile avant une hospitalisation, préparation de la sortie de l'institution hospitalière, hospitalisation en urgence ;
- Les infrastructures d'une première ligne de prise en charge de qualité : la question numérique, la dispensation des médicaments, la question des déplacements ;
- La prospective :
 - o domicile et aménités géographiques : une géographie de la santé selon l'âge ?
 - o domicile et aménités de proximité : un type d'espace selon l'âge (en particulier en ce qui concerne la proximité des services sanitaires),
 - o le domicile demain, du point de vue des ressources sanitaires : le domicile connecté et la santé connectée à domicile, le domicile transplanté (résidences seniors...) et la question des ressources sanitaires (nouvelles organisations),
 - o le développement des capacités de projection et de coordination à domicile : EHPAD à domicile, quel bilan pour les Equipes spécialisées Alzheimer?
 - o l'adaptation de l'habitat plutôt que du logement ;
- La gradation des services offerts et le financement en conséquence.

On évoquera infra la question des moyens de l'aide à domicile. D'autres carences sont bien connues :

- diversité des interventions et défaut de coordination ;
- carences dans la mesure de la qualité des interventions ;
- nécessité d'adapter le domicile, parfois dans l'urgence ;
- soutenabilité en termes de bien-être et en termes financiers.

Les tendances à l'œuvre concourent à accentuer les difficultés de la population âgée :

- Dé-densification de la présence médicale sur le territoire, pour les généralistes comme pour les spécialistes et recul de la visite à domicile ;
- Difficultés à pérenniser le tissu hospitalier de proximité ;
- Evolution du réseau officinal.

A contrario, croissance des effectifs de paramédicaux, avec une implantation territoriale de proximité relativement plus favorable : quid de l'évolution des tâches pour utiliser au mieux ce potentiel ?

Les priorités de l'action publique en matière de démographie professionnelle et de formation sont claires ; elles sont particulièrement sensibles face aux enjeux de la prise en charge sanitaire des personnes âgées :

- o il y a tout d'abord la nécessité d'**organiser des ressources professionnelles diversifiées mais coordonnées auprès des usagers** : développement des pathologies chroniques, vieillissement, besoin de démultiplier les interventions en prévention et promotion de la santé auprès de la population, y compris auprès de la population âgée, d'un côté, division du travail toujours plus poussée, chez les professionnels de santé, médecins et non médecins, et les travailleurs sociaux ;
- o il y a ensuite la nécessité de **pallier des déséquilibres territoriaux de proximité** : on connaît l'histoire heurtée du *numerus clausus* des médecins ; on a moins spontanément

conscience du déséquilibre croissant médecins généralistes / spécialistes (cf. les graphiques supra) ; à cela s'ajoute la diversification de l'offre médicale, qui s'est spécialisée, voire « hyperspécialisée » ; les déséquilibres territoriaux sont donc potentiellement plus nombreux, au niveau national comme à un niveau infra-territorial ; l'offre médicale plus spécialement dédiée aux soins primaires et à la prise en charge du vieillissement n'est donc pas en expansion ; à cela s'ajoute l'évolution des formes de l'exercice médical et en particulier la rétraction de la visite à domicile, dimension essentielle de la prise en charge des personnes âgées.

L'évolution de l'offre paramédicale présente on l'a dit des caractéristiques intéressantes eu égard à l'évolution potentielle des besoins de la population âgée. Encore faut-il que la répartition de ces ressources sur le territoire et l'évolution de cette répartition soient appropriées. La DREES a ainsi mesuré les choses pour la profession infirmière.

Figures 3. Densité régionale des infirmiers en 2014 et en 2040, selon le scénario tendanciel



Champ : Ensemble des infirmiers actifs âgés de 18 à 67 ans, France entière (hors Mayotte).

Sources : Recensement de la population : projections DREES et projections de population INSEE (scénario central) 2013-2070.

La diversité de l'offre professionnelle fournit en outre un potentiel de substitution des ressources entre elles qu'il convient d'évaluer ; **les besoins à ce niveau sont fondamentalement des besoins de régulation, en vue de fabriquer de nouveaux équilibres professionnels sur le territoire.** De ce point de vue, la mise en œuvre des pratiques avancées (dans le champ des soins infirmiers) constitue un progrès mais révèle aussi la lenteur des ajustements en la matière. La filière visuelle – particulièrement sensible en termes de couverture des besoins de la population âgée – est un autre exemple, où l'on considérera, selon le point de vue, les progrès intervenus... ou la lenteur de ceux-ci ;

- **sensibilité de l'organisation de l'offre de formation** : l'importance attachée aux stages des étudiants en médecine en dehors des CHU, pour diversifier l'approche des conditions d'exercice, ainsi que l'intérêt exprimé pour les formes plus collectives d'exercice ont fait prendre conscience du rôle majeur des différentes structures de soin dans la construction des parcours de formation et de carrière des médecins.

Il en va de même pour les professionnels paramédicaux : la dissémination des instituts de formation sur le territoire (pour ce qui est des infirmiers-ères et des aides-soignants en particulier) est considérée comme un gage essentiel de la présence professionnelle sur le terrain et les tutelles (ministère de la Santé et régions) y sont particulièrement attachées. Les services de soins aux personnes âgées (à l'hôpital ou en maison de retraite) bénéficient d'ailleurs grandement de l'apport des professionnels en formation ;

- autre enjeu, qui n'est pas sanitaire celui-là : **l'attractivité du territoire**. L'infrastructure sanitaire fait partie des aménités d'un territoire, voire même de la couverture des besoins essentiels, quand elle vient à manquer, au même titre que l'accès à l'éducation, à la culture, la garantie de sécurité ou les possibilités liées à la mobilité. Cette attractivité est aussi croisée : les professionnels de santé seront sensibles à la présence des autres caractéristiques de l'attractivité des territoires, ce qui peut aboutir à des phénomènes d'homogénéisation sociale, de « gentrification » pas forcément désirables en eux-mêmes ou du point de vue sanitaire. Le vieillissement de certains territoires, au sens de la progression de la population âgée, peut créer un effet de ciseau délétère : augmentation des besoins d'un côté, perte d'attractivité pour les jeunes professionnels d'un autre côté.

Face à ces difficultés, les solutions palliatives ou les innovations ne manquent pas...

De quoi a-t-on besoin pour refaire ou consolider le tissu sur les différents territoires ?

- Là où la couverture est dense, on a besoin de mettre en réseau les acteurs, de les faire dialoguer, en limitant les coûts de transaction (d'où l'importance du système d'information). La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est une solution intégrée (sur le modèle de la firme en tant que celle-ci limite les coûts de transaction) mais il y en a bien d'autres, virtuelles, numériques...
- Là où la couverture est faible, il peut être pertinent de préserver le maillon faible (le dernier médecin ou le pharmacien) ; on peut aussi essayer de reconstituer un tissu complet (à partir de la MSP) ; on peut encore mettre en place des solutions palliatives virtuelles : téléconsultation, délivrance des médicaments à distance... Dans certains cas, ces solutions virtuelles seront plus efficaces et rationnelles que les solutions « en dur » (MSP ou autre).
- Là où la couverture est devenue inexistante, il faut examiner les raisons (déshérence démographique notamment) avant de mettre en place le « traitement ».

Les MSP sont aujourd'hui assez largement plébiscitées parce qu'elles sont censées régler trois problèmes en un : la raréfaction des professionnels sur certains territoires, le besoin de coordination et l'évolution des aspirations des médecins. A l'évidence, elles rendent également compte, dans certains cas, de la concurrence entre territoires et collectivités.

De fait, la problématique du vieillissement permet de pointer un certain nombre de questions, voire de contradictions quant aux évolutions de notre système de santé :

- En matière d'organisation des soins primaires : dans quelle mesure les nouvelles organisations de la production de soin (type MSP) rendent-elles compte, véritablement, des besoins des personnes âgées (en particulier si on considère la problématique de l'isolement et le défaut de mobilité) ?
- Les professions de santé et le vieillissement : spécialisation croissante, voire hyperspécialisation, difficultés des spécialités dédiées, montée en charge des paramédicaux mais en même temps lenteur des ajustements de compétences... Il ne semble qu'on ait pas toujours pris la mesure de la problématique du vieillissement dans l'évolution des métiers et des effectifs ;
- Développement de la e-santé : à l'évidence, il y a des solutions de e-santé à promouvoir pour gérer mieux certaines problématiques d'isolement, de faible densité professionnelle ou pour éviter aux personnes âgées de subir des déplacements évitables ou de payer un trop lourd tribut aux défaillances de la coordination des

acteurs. En même temps, comment veiller à ne pas aggraver la fracture numérique au détriment de la population âgée ?

D’où une conclusion en forme de paradoxe : la problématique « personne âgée » résume assez bien les maux du système mais les solutions apportées sont-elles vraiment appropriées et à la hauteur des enjeux ?

Objectifs	Ressources
Eviter le recours inapproprié aux urgences pour les personnes âgées	<p><i>Génériques</i></p> <p>Organiser une permanence des soins performante</p> <p>Mettre en place un dispositif sas en amont de l’hôpital</p> <p><i>Spécifiques</i></p> <p>Organiser une réponse au sein des établissements de type EHPAD</p> <p>Améliorer l’accueil des personnes âgées au sein des services</p>
Faciliter les sorties d’hospitalisation	<p>« Equiper » le domicile et renforcer la présence soignante</p> <p>Mieux organiser les parcours entre les services MCO, les SSR, l’EHPAD en accueil temporaire</p>
Fournir des réponses professionnelles appropriées	<p>Faire face à telle ou telle pénurie en élaborant des solutions innovantes (délégation de tâches...)</p> <p>Développement les solutions à distance (téléconsultation...)</p> <p>Organiser la mixité : partage des professionnels (médicaux et paramédicaux) entre plusieurs types d’établissement ou d’exercice</p> <p>Organiser les solutions à temps partagé face aux pénuries de spécialité dans les solutions à faible densité professionnelle</p>

2) La question de la coordination et des parcours

Dans son rapport de 2011, le HCAAM évoquait déjà la nécessité de bien identifier la palette d’outils à disposition pour assurer un accompagnement global de la personne et l’optimisation des moyens, ainsi que l’intérêt qui s’attache à un raisonnement en termes de parcours.

Au-delà des solutions ponctuelles, notamment destinées à faire face à telle ou telle difficulté spécifique d’accès aux ressources professionnelles, la question du vieillissement amène à considérer plus globalement les caractéristiques de la prise en charge et l’organisation même du système.

Encadré : Extrait du rapport de 2011 du HCAAM, Assurance maladie et perte d'autonomie

La perte d'autonomie est un risque « au milieu » des autres, qui oblige en conséquence à raisonner en termes de cohérence de « parcours » pour les personnes très âgées.

La nécessaire distinction entre l'accompagnement de l'autonomie et la protection de la santé n'exonère pas de la nécessité d'une vision cohérente de la personne et de son accompagnement global. [...]

La question posée sera donc *in fine* celle d'organiser une vision de la protection sociale autour de la personne, en partant du fait générateur premier de son état de vie – et non pas en réalité de son âge. Une telle vision permet notamment de comprendre que la spécificité de la perte d'autonomie, c'est d'être un risque « au milieu », et non pas un risque « en plus ». C'est un « à côté » des frais d'hébergement, de la santé, de l'accessibilité générale de l'espace public et des services d'intérêt général. Mais un « à côté » à organiser, pour rendre la vie « plus fluide », à la fois pour la personne elle-même et pour ses proches aidants familiaux (ou « naturels »), qui sont fortement acteurs de l'accompagnement de l'autonomie.

Dès lors, deux objectifs qualitatifs se dégagent :

- le premier objectif est de savoir très bien identifier pour les mobiliser une palette de réponses possibles, en « piochant » dans un référentiel, pour beaucoup déjà existant, de biens, de services, et de prestations financières appropriées. Avant de raisonner en coût supplémentaire, il convient de poser les jalons d'une optimisation de l'existant ;
- et le second objectif qui s'impose tout autant est de penser en termes de parcours de soins et d'accompagnement, en veillant non seulement à l'exigence de qualité de chacune des interventions professionnelles mais tout autant à la nécessaire coordination entre ces interventions. En bref, si chacun doit veiller à bien faire ce qu'il doit faire, chacun doit tout autant se soucier de ce qui se fait avant et après lui.

La Haute Autorité de Santé, de son côté, est à de nombreuses reprises revenue sur les spécificités de la prise en charge des personnes âgées.

[La polypathologie] « complique la pratique des professionnels de santé et retentit sur l'organisation des soins en raison :

- d'une incertitude diagnostique. Les diagnostics des pathologies chroniques sont parfois insuffisamment étayés, exposant au risque d'un traitement des seuls symptômes ;
- d'une polymédication (en moyenne 8 à 10 médicaments) qui accroît les risques d'interactions médicamenteuses, de mauvaise observance, d'événements indésirables et d'hospitalisations en partie évitables ;
- des risques liés aux prescripteurs multiples :
 - fragmentation des soins, et messages contradictoires ;
 - stress et ruptures lors des transitions sanitaires programmées ou non ;
 - addition des recommandations dédiées à chaque maladie ;
- d'une augmentation du recours aux soins et des coûts liés à la consommation médicamenteuse et aux hospitalisations.²²⁰ » ;

²²⁰ HAS, Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, Fiche points clés organisation des parcours mars 2015

« D’où l’importance de faire évoluer l’organisation des soins primaires :

- rendre accessibles les moyens d’échange et de partage de l’information entre professionnels : messageries sécurisées de santé, dossier médical partagé (DMP) ;
- systématiser le repérage des patients cibles dans les logiciels métier de médecins généralistes ;
- améliorer la coopération entre équipes de soins primaires et spécialistes de recours au niveau des territoires de santé :
 - établir localement des protocoles pluriprofessionnels sur la prise en charge des patients âgés polypathologiques ;
 - aider à la reconnaissance des différents acteurs entre eux et à la définition de leurs responsabilités respectives ;
 - développer les échanges avant une consultation de spécialité pour clarifier les besoins.²²¹».

HAS, Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?, Fiche points clés organisation des parcours, décembre 2013

L’évaluation et le suivi pluriprofessionnels des personnes âgées fragiles peuvent réduire leurs risques de dépendance, d’hospitalisation et d’admission en EHPAD lorsqu’ils sont réalisés dans certaines conditions (cf. note méthodologique et de synthèse documentaire page 9).

- Le bénéfice sur la prévention de la dépendance a surtout été montré chez les personnes ayant une fragilité débutante ou ayant fait une chute récente ou 2 chutes depuis 1 an. L’effet est moindre chez les personnes ayant déjà une dépendance partielle pour les activités de la vie quotidienne. Cela incite à repérer la fragilité le plus tôt possible.
- Il est essentiel d’expliquer à la personne les raisons et bénéfices attendus de la prise en charge.
- L’efficacité tient au caractère complet de l’évaluation, à la priorisation des interventions, à la régularité du suivi et à la coordination des acteurs.
- Parmi les autres facteurs de faisabilité et de succès, l’intervention d’infirmières expérimentées en gériatrie et la mobilisation des prestations proposées par les acteurs sociaux et les services d’aide à la personne sont à considérer prioritairement.
- Il revient au médecin traitant d’initier et de conduire cette démarche, avec l’appui des autres professionnels de santé primaire et en

HAS, Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, Fiche points clés organisation des parcours mars 2015

- La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l’allongement de l’espérance de vie. À partir de 75 ans, la présence simultanée d’au moins 2 maladies chroniques est très fréquente. Aux risques liés à la polypathologie, s’ajoutent ceux liés à la polymédication et à la multiplicité de prescripteurs.
- La prise en charge des patients atteints de plusieurs maladies chroniques est un processus continu : identification des patients, information, dialogue et évaluation, planification des soins, suivi et réajustement avec le patient et son entourage.
- Les approches les plus efficaces associent la prise en charge des pathologies chroniques à celle des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques. Elles doivent être hiérarchisées en fonction de la gravité des maladies et des priorités des patients.
- La prise en charge est pluriprofessionnelle : elle fait appel à la concertation entre professionnels et à la délivrance au patient de messages clés harmonisés.
- Elle met en exergue la responsabilité du médecin traitant pour coordonner le parcours, organiser les interventions des différents acteurs et gérer les médicaments multiples.
- Elle nécessite d’impliquer le patient en l’informant, en lui proposant si besoin une

²²¹ Idem

<p>lien avec une expertise gériatrique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation de la fragilité est une démarche multidimensionnelle et pluriprofessionnelle. Elle peut être réalisée dans différents contextes : soins ambulatoires, hôpital de jour, etc. • Un plan personnalisé de santé (PPS) peut être élaboré pour coordonner la prévention. Celle-ci vise à réduire les déterminants médicaux et sociaux de la fragilité. Les principaux axes médicaux portent sur : <ul style="list-style-type: none"> ○ la promotion d'une activité physique adaptée pour lutter contre la sédentarité ; ○ le conseil d'une alimentation adaptée aux besoins de la personne âgée ; ○ la réduction du risque iatrogène lié aux médicaments ; ○ l'adaptation des prises en charge en cas d'hospitalisation pour prévenir la dépendance liée à l'hospitalisation. 	<p>éducation thérapeutique, et en l'associant au suivi des décisions thérapeutiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le suivi des patients doit être renforcé dans les périodes à risque de rupture du parcours, en particulier après une hospitalisation, afin de prévenir le risque de réadmission non programmée. • Lorsque la situation du patient nécessite un travail formalisé à plusieurs professionnels, un <u>plan personnalisé de santé</u> (PPS) doit être envisagé.
--	---

La thématique du parcours a fait florès depuis un certain nombre d'années, dans le champ des soins de santé comme dans celui de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Dans son avis récent de contribution à la *Stratégie de transformation du système de santé*²²², le HCAAM précise les choses en ce qui concerne l'inclusion et la participation des usagers et des patients :

- « le premier axe consiste à garantir l'accès de la population aux informations générales sur la santé et les services accessibles en donnant au Service Public d'information en santé (SPIS) prévu en 2016 des moyens et une visibilité à la hauteur des ambitions affichées.[...] Des propositions adaptées devraient être conçues pour, et avec, les populations ayant des besoins d'informations spécifiques (personnes en situation de handicap, vulnérables, étrangères, de grand âge, etc.) ;
- le deuxième axe consiste à mettre en place des outils d'information des patients sur leur processus de prise en charge. La réforme de la procédure d'ALD²²³ a laissé ouverte la question des modalités d'information des patients atteints d'ALD et, plus généralement, de l'ensemble des patients chroniques. Investir dans cette question doit être une priorité des pouvoirs public [...] ;
- le troisième axe consiste à mettre en place des outils d'implication des citoyens, des patients et de leur entourage dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques qui les concernent. Pour cela des modèles existent de « décision partagée en soins de santé » qui seraient à prévoir dans la ligne éditoriale du SPIS. Quant à la formation des professionnels, la généralisation d'enseignements sur la décision partagée et la communication auprès des patients est indispensable ;

²²² [http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_hcaam - 24_mai_2018.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_hcaam_-_24_mai_2018.pdf)

²²³ De façon heureuse, le dispositif des ALD a été simplifié et le protocole délivré antérieurement à l'assuré supprimé, mettant fin à une certaine confusion qui existait entre l'identification des actes et produits ayant vocation à être pris en charge à 100% et la séquence des soins ou examens qui devaient être réalisés.

- *le quatrième axe concerne l'orientation des usagers dans le système. Le HCAAM souhaite que les usagers aient un accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent [...]».*

La question de l'information sur les prestations, les droits, les établissements et les services disponibles est un leitmotiv des rapports sur le système de santé comme sur la perte d'autonomie. Nombre de ces derniers ont appelé de leurs vœux un renforcement de l'information sur les dispositifs et leur qualité, mais aussi sur les prix et les reste-à-charge et une rationalisation des dispositifs d'accès à l'information.

La Fondation Médéric Alzheimer a recensé ceux-ci, fournissant un panorama édifiant du foisonnement des structures d'information et de coordination, de la dispersion des organisations dédiées, des disparités territoriales en la matière.

Encadré : Les lieux d'information ou de coordination gérontologique²²⁴

En 2015, 1 123 lieux d'information ou de coordination gérontologique ont été dénombrés sur l'ensemble du territoire national. Ces dispositifs ont pour mission d'apporter des informations aux personnes âgées. Ils participent à la coordination des actions d'accompagnement et de prise en charge gérontologique.

La couverture nationale est en moyenne de 19 lieux d'information ou de coordination gérontologique hors MAIA pour 100 000 personnes de 75 ans ou plus. Cependant, il existe de fortes variations géographiques entre les départements, certains semblant mieux dotés que d'autres. Ces variations sont représentatives des politiques que mène chaque conseil départemental en faveur des personnes âgées. En effet, la loi du 13 août 2004 met fin au co-pilotage État/département du dispositif CLIC, le président du conseil départemental devenant le pilote unique de la coordination gérontologique. L'application de cette loi, prenant effet le 1er janvier 2005, a induit une restructuration des services dans les départements. Certains conseils départementaux ont opté pour une centralisation des lieux d'information à destination des personnes âgées en mettant en place un numéro d'appel unique, accessible en tout point du département ; d'autres ont conservé les CLIC existants en continuant à les financer sans changer leur statut associatif. Enfin, d'autres les ont intégrés à leur découpage des territoires d'action sociale, leur donnant ainsi divers noms, selon qu'il s'agit de structures spécialisées dans les actions destinées aux personnes âgées (« espaces seniors ») ou aux personnes âgées ou handicapées (« maisons départementales de l'autonomie », « unités des personnes âgées / personnes handicapées »...), ou bien de structures polyvalentes dont le champ d'action est élargi aux autres compétences des départements comme l'accompagnement des familles, la protection de l'enfance et la lutte contre la précarité (« maison des solidarités », « maison du département »...). Dans ce dernier cas de figure, les lieux d'information peuvent être très nombreux (plus d'une vingtaine dans certains départements). Par conséquent, le nombre de lieux d'information implantés sur un territoire départemental n'est plus représentatif du niveau de couverture de la population.

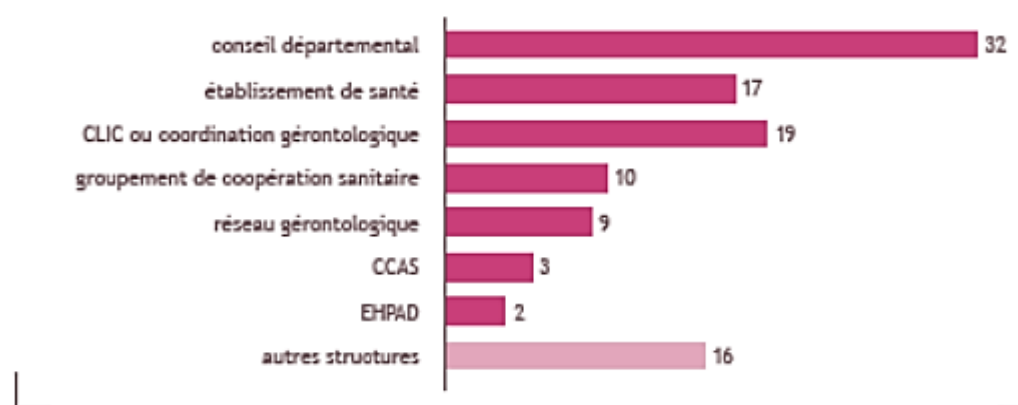
Ces lieux d'information ou de coordination gérontologique correspondent à différents types de structures, sachant qu'une même entité peut remplir deux fonctions (CLIC et réseau). En 2015, l'enquête a permis de recenser 651 CLIC (centres locaux d'information et de coordination) ou leurs antennes, ou autres coordinations gérontologiques, 136 réseaux, 179 « maisons de l'autonomie » (vocabulaire générique utilisé pour désigner les lieux d'information à destination des personnes âgées et/ou handicapées dépendant des conseils départementaux) et 182 « maisons de la solidarité » (désignant les structures polyvalentes des conseils départementaux). 19 % de ces lieux d'information sont porteurs d'un dispositif MAIA.

²²⁴ *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, septembre 2016 numéro double 43-44

Le dispositif MAIA a représenté de ce point de vue un effort d'intégration²²⁵ intéressant. Créé par le 3^{ème} Plan Alzheimer 2008-2012 en vue d'améliorer l'accueil et l'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie, de façon à leur apporter une prise en charge suffisamment coordonnée, le dispositif a été confirmé par les pouvoirs publics, d'abord à travers sa généralisation en 2011 (après une période expérimentale), ensuite à travers sa reprise dans le *Plan maladies neuro-dégénératives* 2014-2019, enfin à travers la consécration législative par la *Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement* (article 77), qui a transformé la signification de l'acronyme « MAIA » de « *maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer* » en « *méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* ».

Le dispositif a été déployé sur la base d'un cahier des charges, grâce à l'impulsion continue des pouvoirs publics et de la CNSA au fil des ans et en faisant fi de la diversité institutionnelle des structures porteuses.

Graphique 39 : Répartition des dispositifs MAIA selon le type de structure porteuse (% des dispositifs MAIA ayant répondu à la question)



Source : Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2015

Selon que l'on observe les dispositifs courants d'information ou les MAIA, on a donc deux images de l'action publique en la matière.

Il en va de même lorsqu'on s'intéresse à la coordination des acteurs auprès des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie, de la plus grande dispersion d'acteurs atomisés à l'intégration des parcours, à travers le dispositif PAERPA par exemple.

²²⁵ Comme l'écrit Joël Ankri, « Les liens avec les politiques vieillesse concernent en premier lieu la coordination gérontologique. Depuis 1962 et le rapport Laroque, ce point est revenu régulièrement dans les actions publiques. La plupart des auteurs dans ce champ ont conclu à la fragmentation du système et appelé de leurs vœux une coordination digne de ce nom. C'est ainsi que de nombreuses expériences ont eu lieu au cours des trois dernières décennies, mais n'ont pas emporté la conviction de tous les acteurs. Au cours du troisième plan Alzheimer, c'est la notion d'intégration qui a supplanté celle de coordination, avec la mise en place des MAIA (à l'origine, acronyme de maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer et qui est devenu méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie...). L'intégration se définit à partir d'un territoire, sur plusieurs niveaux d'implication (niveau de la direction des services, de délivrance des soins et de l'aide, du financement et de la régulation), de façon intersectorielle (sanitaire, médico-social, social), avec un partage obligatoire de responsabilité sur le budget alloué et le projet mené, une remise en cause du fonctionnement interne des partenaires (outils utilisés, procédures, moyens, mode d'orientation et missions) et un partage d'outils de gestion et de données afin d'assurer une responsabilité conjointe sur la réponse aux besoins de la population ciblée. Ce système intégré cherche à apporter des solutions aux conséquences de la fragmentation. » Joël Ankri, « Alzheimer : vieillissement ou maladie ? Politique sociale ou spécifique ? », *Vie sociale* 2016/3 (n° 15), p. 149-158.

L'IRDES²²⁶ a mené une évaluation des résultats économiques et médicaux des projets pilotes, à partir d'indicateurs de recours hospitalier, notamment la durée cumulée de séjours et la ré-hospitalisation, et de soins primaires. L'analyse de l'écart entre les résultats des 9 territoires PAERPA et 12 régions non concernées par PAERPA ne permet pas de conclure à un impact de PAERPA. L'absence d'effet moyen significatif propre à Paerpa sur les données de 2015 et de 2016 correspondant à la montée en charge des expérimentations conduit l'IRDES à des conclusions prudentes en l'attente d'une période d'observation plus longue.

Encadré : Extrait de l'Évaluation qualitative PAERPA²²⁷

La coordination territoriale d'appui (CTA) apparaît comme un organe de décloisonnement entre le médecin traitant, les autres professionnels de santé libéraux, dans une certaine mesure le monde hospitalier, les EHPAD et des structures sociales. L'apport de la CTA repose beaucoup sur la réactivité et la capacité à offrir des services répondant aux besoins des médecins généralistes libéraux. L'ébauche ainsi engagée nous semble devoir être préservée et renforcée. La capacité de la CTA à s'adapter à la variété des demandes est un élément important de son insertion positive sur le territoire couvert.

La mobilisation des professionnels libéraux dans le cadre des expérimentations Paerpa gagne à ne pas être exclusivement ciblée sur les Unions régionales de professionnels de santé (URPS) et leurs représentants, ou inversement sur des "leaders proactifs locaux" et leurs réseaux. En termes de gestion de projet, un certain pragmatisme doit prévaloir, chaque type de mobilisation présentant des avantages et des inconvénients. Un point très important est de viser une mobilisation raisonnable d'acteurs très pris par ailleurs et surtout de les mobiliser lorsque le projet est mûre pour leur être utile, soit en phase de conception sur des actions spécifiques, soit en phase de déploiement lorsque les outils et les services sont prêts à être employés.

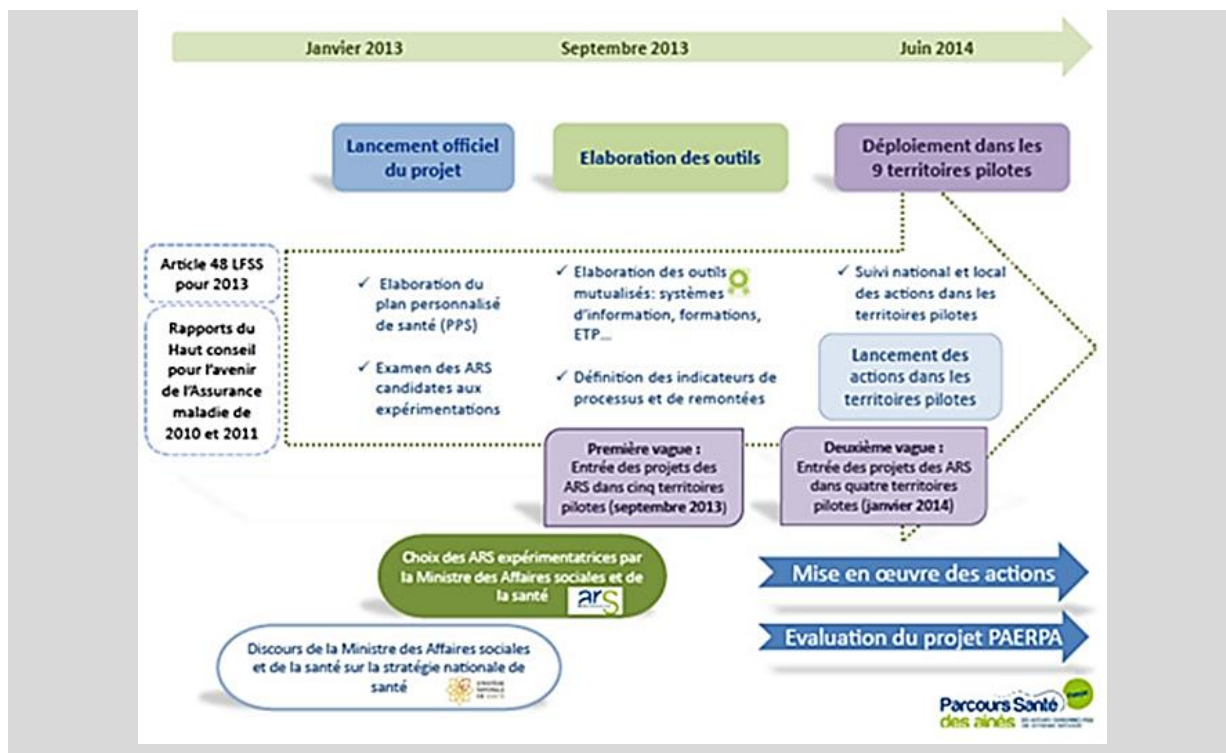
Le champ hospitalier semble résister à une mobilisation dans le programme Paerpa au-delà de la gériatrie et des urgences. Les équipes mobiles de gériatrie intra- et extra-hospitalières confirment leur intérêt mais ne suffisent pas à décloisonner des services qui restent autonomes par ailleurs. Une réflexion sur l'insertion de Paerpa dans des programmes stratégiques de transformation hospitalière est à instruire, tout comme une éventuelle adaptation de la durée moyenne de séjour pour la population âgée fragile, en échange d'un décloisonnement entre la gériatrie et les services concernés.

Plusieurs dispositifs interstitiels autour de la sortie d'hospitalisation sont en cours d'expérimentation. Que ce soit vers les EHPAD en hébergement temporaire ou vers le domicile par un renforcement des services de SAAD ou de SSIAD, ces services semblent bien répondre à des besoins mais demandent des efforts d'ingénierie initiaux et de suivi pour travailler les critères d'inclusion et les procédures d'articulation entre des acteurs aux temporalités et aux cultures différentes qui sont alors amenés à se coordonner.

Les systèmes d'information collaboratifs représentent un pan budgétaire important et mobilisent beaucoup les acteurs projets. Ils sont apparus indispensables mais les délais très longs, et les résultats parfois encore insatisfaisants, ont pesé sur la montée en puissance de plusieurs actions, de la CTA et de la mobilisation des professionnels de santé libéraux.

²²⁶ Source : *Question d'économie de la santé n°235, 2018, IRDES.*

²²⁷ Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut, Évaluation qualitative PAERPA, Rapport final, DREES, Document de travail, Série Etudes et recherche n°135, mai 2017



Les thématiques de la coordination et de l'intégration sont un autre leitmotiv de tous les rapports sur la perte d'autonomie comme d'ailleurs sur la prise en charge des maladies chroniques. On a résumé quelques-uns des objectifs et des ressources dans le tableau ci-dessous.

A cette thématique courante de la coordination des acteurs s'ajoute dans le cas des personnes âgées fragiles le risque spécifique lié à l'hospitalisation.

La prise en charge des personnes âgées est de fait un enjeu en soi pour les établissements de santé, dont les objectifs ont pu être résumés de la façon suivante²²⁸ :

- réduire le taux d'hospitalisations « évitables » ;
- optimiser le parcours intra-hospitalier (efficacité médico-économique) ;
- prévenir et réduire le risque de la dépendance « iatrogène » ;
- améliorer la gestion de la sortie et du RMVA (domicile/EHPAD) ;
- réduire le taux de ré-hospitalisations précoces (15 %).

La prévention du risque iatrogène lié à l'hospitalisation figure de fait comme un enjeu de la politique de santé.

²²⁸ Extrait de la présentation de Claude Jeandel (CNP), Gaëtan Gavazzi (CNEG) et Olivier Guérin (SFGG) devant l'ONDPS, 21 février 2018

Encadré : HAS Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Fiche points clés organisation des parcours, septembre 2017

En France, près de 3 millions de personnes âgées de 70 ans et plus sont hospitalisées une ou plusieurs fois en services de soins aigus chaque année. Ces personnes âgées représentent près de 5,4 millions de séjours hospitaliers par an.

Lors de ces hospitalisations, ces personnes peuvent perdre leur autonomie dans les activités de base de la vie quotidienne, on parle alors de dépendance liée à l'hospitalisation. Cette perte d'autonomie peut être due à plusieurs facteurs intriqués : certains sont liés au patient (sa pathologie et son état de santé avant l'hospitalisation) ; d'autres sont liés aux modalités de soins et à l'environnement hospitaliers. Dans ce dernier cas, on parle de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, un phénomène en grande partie évitable qui concerne près de 10 % des personnes hospitalisées.

Ce travail décrit les modalités de soins, les environnements et les organisations nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques des patients âgés hospitalisés et lutter efficacement contre cette dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.

Il a été réalisé en coproduction par la Haute Autorité de Santé et le Collège national professionnel de gériatrie (CNPG).

Points clés :

- Mettre en place dans l'ensemble des services hospitaliers recevant des personnes âgées de 70 ans et plus : le dépistage, la prévention, le suivi et le traitement des 6 causes principales de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments.
- Organiser dans l'établissement le recours à une expertise gériatrique pour les services hospitaliers recevant des personnes âgées, en particulier par le développement des équipes mobiles gériatriques hospitalières.
- Adapter l'environnement et les équipements du service aux besoins spécifiques des personnes âgées.
- Améliorer l'interface ville/ hôpital, à l'admission et en sortie d'hospitalisation.
- Adapter l'organisation du service pour répondre à ces enjeux.

Ces mesures doivent s'inscrire dans le projet d'établissement et supposent une organisation ad hoc du fonctionnement des services, une démarche d'amélioration continue de la qualité, et la formation et l'accompagnement des personnels à tous les niveaux de l'organisation hospitalière (administrative, médicale et paramédicale), afin de mettre en place et de soutenir le changement des pratiques sur le long terme.

La dispersion des intervenants et des règles d'intervention, des financements, des formes de tarification, des tutelles, des périmètres d'action géographiques, mais aussi la concurrence, ont fabriqué des espaces cloisonnés de toutes parts : hôpital *versus* domicile, hôpital *vs* EHPAD, EHPAD *vs* domicile, cure *vs* care, exercice libéral *vs* exercice organisé...

L'histoire de la coordination et de l'intégration gérontologiques est la chronique des tentatives pour pallier cette infinie dispersion :

- en permettant des interventions conjointes ou coordonnées : SSIAD – SAD, HAD – SSIAD ;
- en diversifiant les lieux d'intervention, au sein des EHPAD par exemple pour la HAD ;
- en diversifiant les prestations des opérateurs : pouvoir intervenir à domicile quand on est un EHPAD par exemple ;

- en considérant le rôle organisateur sur le territoire de telle ou telle structure : hôpital local, EHPAD (successivement on a parlé d'« EHPAD plateforme de services » ou d'« EHPAD hors les murs ») ;
- en déployant des conventions entre les opérateurs établissements / services ou en organisant des interventions coordonnées.

Au fil des ans et des rapports, on a pu envisager différentes formes d'intégration, en unifiant les autorisations et/ou le financement, en confiant en 2004 la responsabilité de la coordination gérontologique au département, en tant que chef de file de l'action médico-sociale et sociale, etc.

Objectifs	Ressources
Organiser l'information des usagers sur les solutions de prise en charge	Supports d'information Accompagnement des parcours
Elaborer des parcours coordonnés pour les personnes malades ou fragiles	Protocoles Réunion physique entre les acteurs Systèmes d'information et de messagerie performants entre les acteurs du soin quels que soient leur statut ou leur établissement/service
Faciliter les interventions à domicile et le retour à domicile	Capacités de « projection » à domicile (HAD notamment) Tarification adaptée Dispositifs de liaison
Eviter le passage par les urgences en cas de problème aigu	Convention / accord entre les structures d'hébergement et d'aigu Médicalisation adaptée des structures d'hébergement
Déployer des ressources d'intervention en population	Responsabilité territoriale en prévention et promotion de la santé avec financements appropriés (dépistage organisé ou opportuniste, vaccination)
Déployer des solutions de prise en charge adaptées	Hébergement / domicile / solutions intermédiaires

3) L'accessibilité financière

Les données qui suivent portent sur la population âgée et non sur les seules personnes en perte d'autonomie.

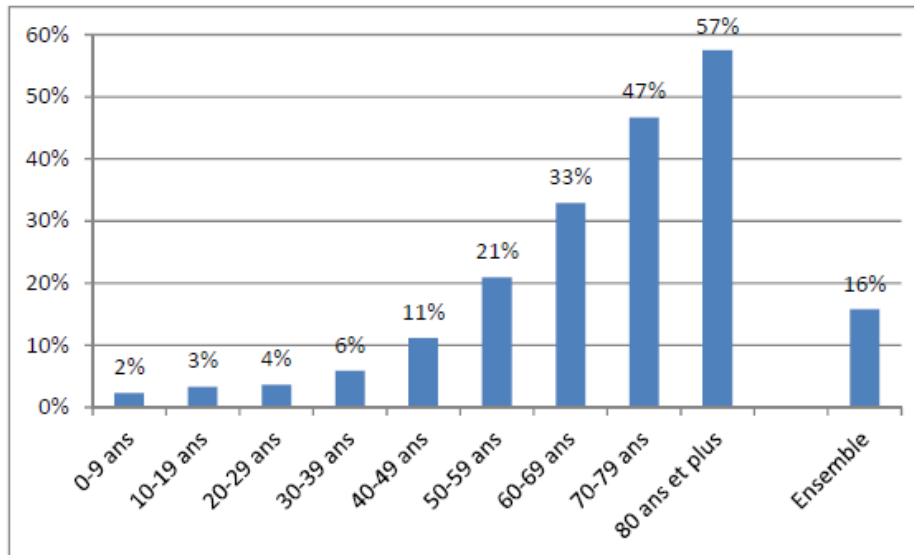
a) La couverture par l'assurance maladie obligatoire (AMO)

La dépense de soins prise en charge par le régime de base est élevée parce que les dépenses brutes sont fortes et que le taux de prise en charge est important.

En raison de leur consommation particulière, davantage tournée vers les soins les mieux remboursés, et du fait qu'une part plus importante d'individus bénéficient du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée, le taux de prise en charge de

l'assurance maladie obligatoire est plus élevée chez les plus âgés : alors qu'il est en moyenne de 76% pour l'ensemble de la population, il monte à 79% chez les 60-69 ans, à 82% chez les 70-79 ans et à 85% chez les 80 ans et plus.

Graphique 40. Part d'assurés du régime général bénéficiaires du motif d'exonération pour affection de longue durée, par tranche d'âge 2013 (extrait de Jess et alii, 2015)



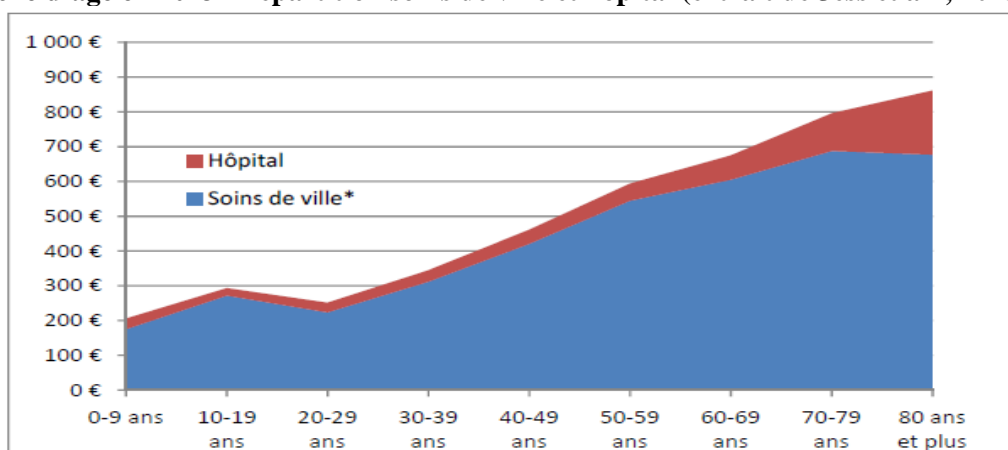
Source : EGB, édition 2013, Calculs DREES

Champ : Assurés du régime général hors SLM, AME et migrants (532 963 bénéficiaires).

Note de lecture : en 2013, 57,5 % des assurés du régime général âgés de 80 ans et plus étaient en ALD contre 6 % des assurés du régime général de 30 à 39 ans).

Finalement, même si le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire reste lié à l'âge, il n'augmente pas de façon radicale : il est en moyenne de 450 euros (tous âges confondus), 675 euros chez les 60-69 ans, 800 euros chez les 70-79 ans et 860 euros chez les 80 ans et plus (graphique 41).

Graphique 41. Reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire moyen par tranche d'âge en 2013 – répartition soins de ville et hôpital (extrait de Jess et alii, 2015)



* Y compris les actes et consultations externes

Sources : EGB, PMSI MCO, RIM-P, PMSI SSR, éditions 2013. Calculs DREES

Champ : assurés du régime général hors SLM, AME et migrants (532 963 bénéficiaires). Séjours en MCO uniquement pour les hôpitaux publics, séjours en MCO, en psychiatrie et en SSR pour les cliniques privées.

Note de lecture : En 2013, le reste à charge moyen, après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, des assurés du régime général âgés de 80 ans et plus est estimé à 862 euros, dont 677 euros pour les soins de ville et 185 euros pour les séjours à l'hôpital.

Encadré : Deux étapes d'extension du tiers payant au 1^{er} juillet et au 31 décembre 2016

Depuis le 1^{er} juillet 2016, en application de la loi de modernisation de notre système de santé, les professionnels de santé peuvent proposer la dispense d'avance de frais aux personnes atteintes d'une affection de longue durée (et aux femmes enceintes) pour les soins pris en charge à 100%, soit près de 11 millions de nouvelles personnes concernées au total. Cette dispense d'avance de frais devient un droit pour ces patients au 1 janvier 2017.

b) La prise en charge par les couvertures complémentaires pour les ménages hors CMUC et ACS

b1) Le taux de couverture²²⁹

Il est élevé : 95%, soit un taux voisin du taux de l'ensemble des ménages. Les ménages non couverts sont très modestes.

b2) Les dépenses prises en charge par les complémentaires

Elles se situent à un niveau relativement élevé en prenant en charge un pourcentage élevé du reste à charge (RAC après AMO). Le coût du risque pour les 14,2 millions de mutualistes²³⁰ est en 2015 de 602€ pour les personnes de 60 à 69 ans et de 852€ au-delà de 69 ans.

Les frais d'optique et de soins dentaires représentent environ le quart des dépenses des complémentaires. Le bloc « hospitalisation et chambres particulières » augmente avec l'âge (125€ avant 69 ans ; 308€ après).

²²⁹ Pourcentage de ménages détenteurs d'un contrat de complémentaire santé sur le total des ménages hors CMU-C.

²³⁰ Source : FNMF.

b3) Les contrats

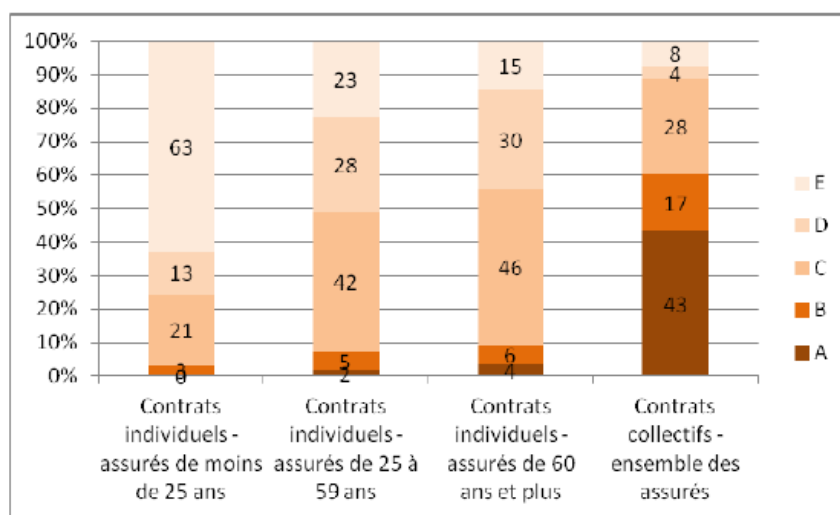
Il s'agit de contrats individuels dont la cotisation incombe entièrement aux personnes âgées alors que les contrats des actifs sont largement aidés par des mécanismes d'exonérations sociales et fiscales d'une part, et une participation importante de l'employeur (au minimum de 50% dans les contrats collectifs couverts par l'accord national interprofessionnel –ANI-) d'autre part.

Le niveau des cotisations des personnes âgées dépend pour l'essentiel²³¹ :

- du RAC après AMO dont on a dit plus haut qu'il augmentait avec l'âge ;
- du niveau des garanties. La DREES classe les contrats en cinq classes en fonction des taux de prise en charge des soins et prestations. Le niveau des garanties varie sensiblement avec le revenu. La fréquence des contrats de classes D et E est élevée chez les personnes âgées.

Graphique 42 : Répartition par niveau de garantie et par âge des bénéficiaires de contrats individuels

En pourcentage des assurés (ouvrants droits)



Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013

Lecture : 63 % des assurés d'un contrat individuel âgés de moins de 25 ans sont couverts par un contrat de classe E.

Pour un niveau donné de garantie, la cotisation ne dépend pas du revenu pour la grande majorité des contrats.

b4) Le reste à charge final

Les dépenses des personnes âgées qui sont à leur charge comprennent donc le reste à charge (dépenses de soins non remboursées) d'une part, la cotisation de complémentaire d'autre part. Selon la DREES, ce « RAC total » s'élevait en 2012 à 1 860€ pour un ménage de retraités (dont 75% de cotisations).

²³¹ La Loi Evin qui diminue la cotisation des salariés partant en retraite n'a qu'une portée limitée.

b5) Le taux d'effort des personnes âgées²³²

Il est plus important que pour les actifs et augmente avec l'âge.

Il est de 4,5% pour les personnes âgées de 55 à 65 ans et de 6,6% pour les 76 ans et plus. Le taux varie de façon quasi directe avec le revenu, s'établissant à 13,3% pour les 20% de ménages les plus modestes (non couverts par la CMU-C et l'ACS) à 3% pour les ménages les plus aisés.

b6) Dans ce contexte, les débats portaient jusqu'à ces derniers mois sur

- l'importance du renoncement aux soins qu'entraîne l'absence de couverture complémentaire ou la médiocrité des garanties (ce semble être le cas des prothèses auditives, ce qui expliquerait la faiblesse du taux d'équipement des personnes âgées) ;
- les moyens de contenir ce renoncement en pesant sur le coût des complémentaires ;
- la revendication d'une aide générale aux contrats de complémentaire des personnes âgées pour diminuer leur taux d'effort. On évoque parfois un rééquilibrage entre les contrats collectifs (qui concernent les actifs) et les contrats individuels (qui concernent notamment les personnes âgées) avec le projet de redéployer pour partie les aides financières jugées « trop généreuses » dont les premiers bénéficient vers les seconds qui ne sont aidés que de façon marginale ;
- la mise en place d'une aide pour les ménages les plus modestes. On l'étudie *infra* au 3) ;
- l'encadrement des contrats de couverture complémentaire des personnes âgées. Le projet en cours de discussion subordonne l'octroi d'un crédit d'impôt au respect par les gestionnaires de couvertures complémentaires de règles sur le niveau de garanties minimales et le cantonnement des dépassements d'honoraires.

Deux réformes importantes sont récemment intervenues :

- * la mise en place du système rétro restes à charge
- * la réforme de l'ACS

b7) Perspectives offertes par le « RAC zéro »

La réforme du « reste à charge zéro » doit permettre d'ici à 2021, le remboursement intégral de certaines lunettes, prothèses dentaires et auditives, pour améliorer le recours à ces soins onéreux.

Il convient de souligner l'importance du progrès réalisé dans ce domaine dont on a dit plus haut que l'importance du reste à charge contribuait au sous-équipement prononcé des personnes âgées, notamment en ce qui concerne les audio prothèses.

L'incidence de la réforme sur les cotisations fait l'objet d'appréciations divergentes sur la probabilité et le niveau de leur augmentation.

²³² Reste à charge total rapporté au revenu.

c) L'aide à la couverture complémentaire des ménages modestes : CMU-C et ACS ; liens avec l'ASH

c1) CMUC et ACS

Les deux dispositifs mis en place sont réservés aux ménages modestes.

Tableau 36. Points de sortie de la CMUC, de l'ACS et montants de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

	Plafond mensuel de ressources pour l'attribution de la CMU-C	Plafond mensuel de ressources pour l'attribution de l'ACS	Plafond mensuel de ressources pour l'attribution de l'ASPA (pour les personnes de 65 ans ou plus)
Célibataire sans enfant	727€ (810 dans les DOM)	991€ (1 110 dans les DOM)	833€
Couple sans enfant	1 090€ (1214 dans les DOM)	1 460€ (17840 et 19856)	1 294€

Les effets de seuil (montant monétaire de l'avantage rapporté au plafond d'exclusion) sont significatifs : de 5% pour un célibataire au plafond de l'ACS par exemple.

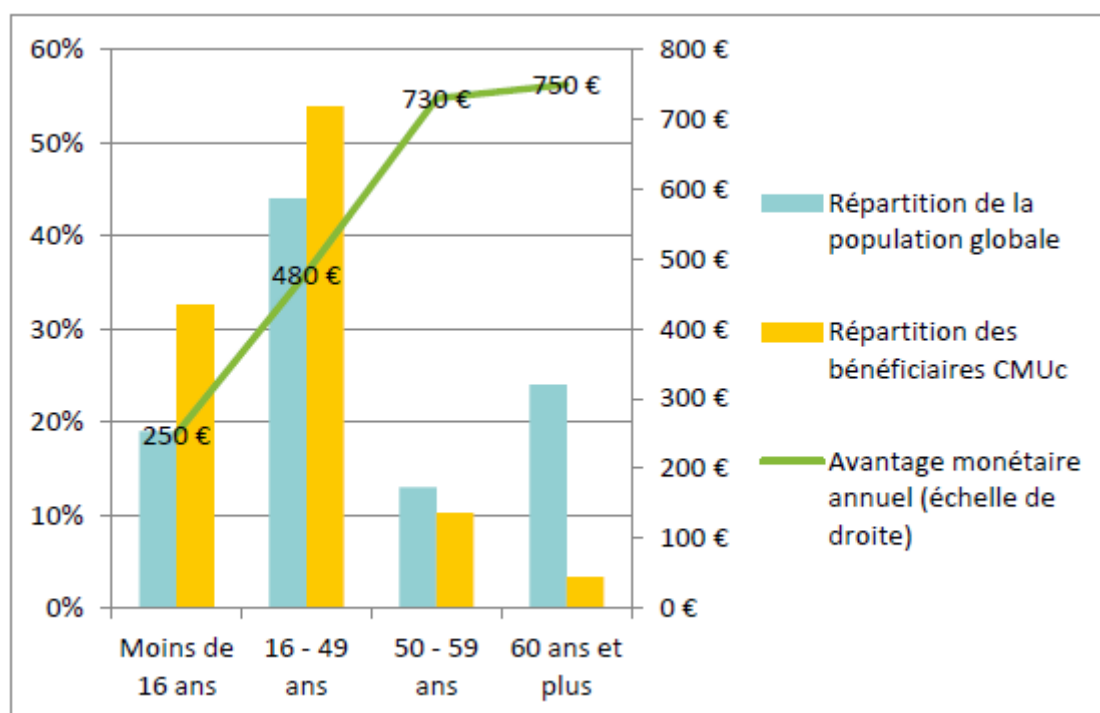
La CMU-C

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) offre une couverture complémentaire santé gratuite aux personnes ayant les revenus les plus faibles. Elle emporte interdiction des dépassements.

3% seulement des personnes âgées bénéficient de la CMU-C. Le plafond d'exclusion est en effet inférieur au montant du minimum vieillesse.

L'avantage monétaire tiré de la CMU-C pour les bénéficiaires de plus de 60 ans, peu différent de celui des 50-59, se situe autour de 750€.

Graphique 43. Répartition des bénéficiaires CMU-C par âge et montants estimés des avantages monétaires correspondants



Note: Les répartitions par âge sont issues du modèle de microsimulation INES et peuvent différer de celles fournies par le Fonds CMU.

Note de lecture : 33 % des bénéficiaires CMU-C (c'est-à-dire des personnes supposées recourir à la CMU-C d'après le modèle INES) ont moins de 16 ans, pour un avantage monétaire estimé en moyenne à 250€ par an.

Champ: France métropolitaine, individus vivant en ménages ordinaires.

Sources :ERFS 2012, modèle INES 2014 (INSEE-DREES) ; Sireyjol (2016).

L'aide à la couverture santé : l'ACS

- la situation actuelle

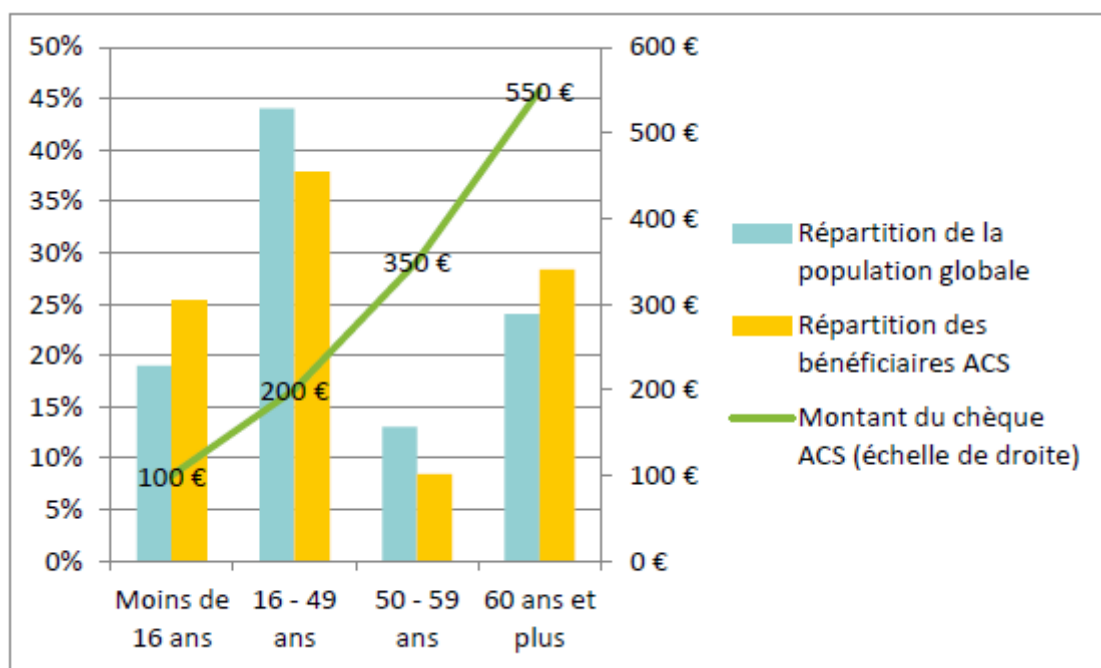
L'ACS est un dispositif de portée générale. On attribue aux personnes dont les revenus²³³ se situent entre une fois et 1,35 fois le plafond de la CMU-C, un « chèque santé » permettant de diminuer la cotisation de couverture complémentaire. Les contrats pour lesquels les bénéficiaires utilisent ce chèque ont fait l'objet d'un encadrement (c'est à cette condition que ces contrats bénéficient d'un statut fiscal préférentiel). Ils comportent des avantages connexes (pas de dépassement d'honoraires si l'assuré est « dans le parcours de soins » ; exonération de la participation d'1€ et des franchises médicales)²³⁴.

Le montant du chèque augmente avec l'âge, solution logique compte tenu de la croissance du reste à charge après AMO. Pour les personnes âgées, il couvre environ 50% de la cotisation moyenne.

²³³ Majorés pour la plupart des ménages d'un forfait logement

²³⁴ Le bénéfice de l'ACS emporte des réductions sur les factures de gaz et d'électricité.

Graphique 44. Répartition des bénéficiaires ACS et des montants de chèques perçus par âge



Note : les répartitions par âge sont issues du modèle de microsimulation et peuvent différer de celles fournies par le Fonds CMU.

Note de lecture : 25 % des bénéficiaires d'un chèque ACS ont moins de 16 ans. Le montant de leur chèque est de 100€.

Champ: France métropolitaine, individus vivant en ménages ordinaires.

Sources : ERFS 2012, modèle INES 2014 (INSEE-DREES) ; Sireyjol (2016).

Malgré les efforts entrepris ces dernières années qui expliquent l'augmentation des effectifs, le taux de non recours reste élevé. Le non-recours s'explique plus par la méconnaissance ou l'incompréhension du dispositif que par le refus d'utiliser le chèque accordé parce que la cotisation résiduelle serait jugée trop élevée (le taux d'utilisation du chèque dépasse 80%).

Quel que soit le type de complémentaire (aucune, CMU-C, ACS, autres), le taux d'effort final augmente avec l'âge et baisse avec le niveau de vie. Il dépasse notamment 10% pour les personnes faisant partie des 20% de retraités²³⁵ les moins aisés mais ne bénéficiant ni de la CMU-C ni de l'ACS.

- la réforme de l'ACS

* Le champ des bénéficiaires reste inchangé. Sont éligibles les ménages dont le revenu d'assiette est compris entre le plafond de la CMUC et 135% de ce plafond.

On ne connaît pas avec précision la population âgée de plus de 60 ans éligible.

* on abandonne le système du « chèque santé ». Désormais les allocataires auront accès au panier de biens de la CMUC moyennant le paiement d'une cotisation minimale (croissante avec l'âge et dans la limite de 30€/mois pour une personne seule) à un organisme de protection complémentaire ou à la caisse primaire d'assurance maladie. On attend de cette modification une augmentation du taux de recours.

²³⁵ de plus de 55 ans.

* Pour les bénéficiaires âgés couverts par le nouveau régime, le bénéfice est double :

- ils ont l'assurance d'accéder sans frais à un panier de biens de bonne qualité.
- éventuellement une réduction de leur cotisation. Actuellement, cette cotisation varie avec la qualité de leur contrat ; le chèque santé de 600€ vient en déduction de la cotisation. A l'avenir leur cotisation sera de 30€/mois.

S'agissant des allocataires de l'APA, l'effectif éligible à la CMUC contributive serait élevé compte tenu de la modestie de leurs ressources.

c2) La prise en charge de la cotisation de complémentaire dans l'ASH

72% des départements prennent à leur charge la cotisation de complémentaire des résidents en EHPAD qui ont recours à l'ASH. On suppose qu'ils vérifient leurs droits à l'ACS et qu'ils la comptent dans les ressources qu'ils récupèrent.

E) MOBILITE GEOGRAPHIQUE ET DISPARITES TERRITORIALES

1) Mobilité résidentielle et répartition géographique des personnes âgées

a) La mobilité résidentielle des personnes âgées et ses facteurs

En comparaison des groupes d'âge actif, la mobilité résidentielle des seniors est faible, de l'ordre d'un peu plus de 2% par an²³⁶. Mais elle pourrait être amenée à augmenter, les générations des Baby-Boomers désormais aux âges de la retraite ayant été habituées à davantage de mobilité²³⁷

La mobilité décroît avec l'âge. Elle est plus importante aux âges du passage à la retraite mais reste non négligeable au-delà de 80 ans²³⁸.

On distingue trois logiques principales de mobilité résidentielle des seniors, non exclusives l'une de l'autre : une logique « d'épanouissement » (préférence pour des lieux qui permettent de maintenir leur réseau social et certaines de leurs activités), une logique de rapprochement de leur famille ou de retour sur un territoire antérieur de socialisation, et une logique de « sécurisation de soi » (mobilité vers un habitat plus adapté au vieillissement...) ²³⁹.

Les raisons liées à la vie de famille sont les motifs de déménagement évoqués les plus fréquemment par les personnes de 55 ans ou plus²⁴⁰. Il peut s'agir d'un souhait d'un

²³⁶ Laferrère A., Angelini V., 2009, « La mobilité résidentielle des seniors en Europe », *Retraite et Société*, n° 58. Driant J.C., 2010, « La mobilité résidentielle des ménages âgés », in *Changer de résidence ? Changer de pays ? Les comportements résidentiels des retraités*, Actes de Colloque, Plan urbanisme construction architecture (PUCA).

²³⁷ C. Bonvalet, J. Ogg, 2009, *Les Baby-boomers : une génération mobile*. Paris, Co-Editions de l'Aube et de l'INED, 253 pages.

²³⁸ On observerait même un petit rebond de la mobilité à ces âges élevés, en particulier en lien avec l'entrée en maison de retraite (Laferrère A., Angelini V., 2009, op. cité), ainsi qu'avec le décès du conjoint ou l'hébergement par la famille (Christel V., 2006, « Trajectoires résidentielles des personnes âgées », *Données Sociales – La Société française*, Insee).

²³⁹ Novik L., Thalineau A. (2010), « La mobilité résidentielle au milieu de la retraite : un cadre spatial structurant lié à des configurations sociales », *Espace, Populations et Société*, 2010, n°1, pp. 41-51.

²⁴⁰ Sabrina Aouici, Célia Broussard, Rémi Gallou et Jim Ogg, *Le logement des retraités : mobilité et adaptation au vieillissement*, note CNAV n°2015-057/DSPR pour le COR, octobre 2015

rapprochement familial ou d'une modification de la taille de la famille, via le départ d'un enfant notamment ou suite à un divorce/séparation ou un veuvage. Bonnet et alii (2010)²⁴¹ attribuent notamment la mobilité résidentielle après un veuvage à la nécessité pour le survivant d'ajuster son logement à ses nouvelles ressources, à ses nouveaux besoins ou à l'anticipation d'un besoin de soins en l'absence de conjoint. Les veuves cherchent en particulier à se rapprocher des villes et de leurs enfants.

Parmi les raisons à la mobilité résidentielle invoquées figure aussi l'état de santé.

Cette mobilité des personnes âgées va avoir un effet sur le vieillissement des territoires. En effet, si un peu moins de 2% des retraités ont changé de commune de résidence entre 2001 et 2006, près de la moitié ont changé de département²⁴². Certaines régions apparaissent plus attractives (le Sud, l'Ouest), par exemple en raison d'un climat plus favorable mais aussi par la fourniture de services²⁴³. L'entrée en institution peut aussi donner lieu à une migration résidentielle. Fin 2007, 15% des résidents en EHPA sont hébergés en dehors de leur département d'origine²⁴⁴, la moitié d'entre eux dans un département voisin²⁴⁵.

b) Répartition géographique des personnes âgées

La part des personnes de 65 ans et plus est très variable sur le territoire. Elle est particulièrement importante dans les espaces ruraux (26% en 2013) et sur les littoraux (figure 4)²⁴⁶.

²⁴¹ Bonnet C., Gobillon L., Laferrère A. (2010), « The effect of Widowhood on Housing and Location Choices », *Journal of Housing Economics*, 19, p. 106-120.

²⁴² Davezies L., Talandier M., 2014, « Les migrations résidentielles de retraités », in L'émergence de systèmes productivo-résidentiels : territoires productifs, territoires résidentiels, quelles interactions ? », Travaux n°19, CGET.

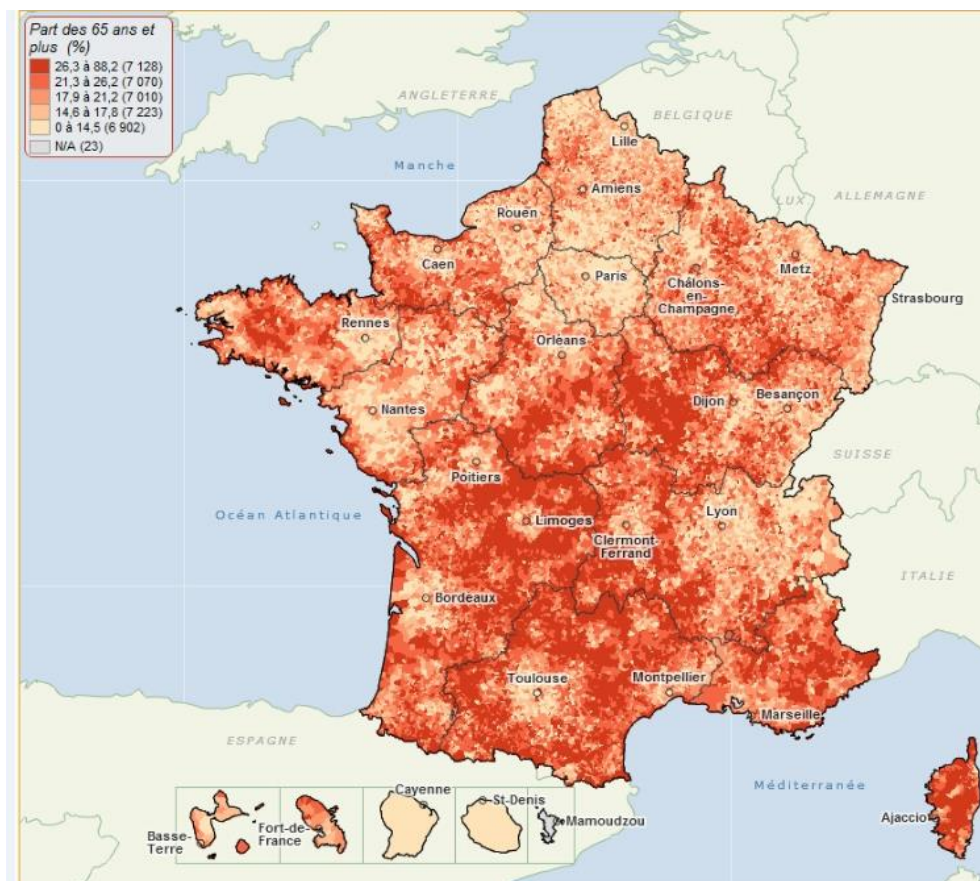
²⁴³ Schaffar A., Dimou M., Mouhoud E.M., 2018, "The determinants of elderly migration in France", Papers in Regional Science, first online, Mai.

²⁴⁴ Le département d'origine correspond au lieu de vie précédent de la personne, que ce lieu ait été le domicile ou un établissement médico-social ou sanitaire.

²⁴⁵ Ramos-Gorand M., 2013a, « Migrations des personnes âgées entrées en institution », Dossier Solidarité Santé, n°36. Il faut noter cependant que cette mobilité reflète en grande partie le comportement des parisiens et des franciliens (p. 39)

²⁴⁶ CGET, 2018, Le vieillissement de la population et ses enjeux, Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires.

Figure 4. Part des 65 ans et plus sur le territoire



Source : INSEE, RP, carte issue du site du CGET, l'Observatoire des Territoires.

L'évolution démographique des départements résulte des comportements de fécondité, de la mortalité et des migrations. Une part importante d'habitants de 65 ans et plus peut ainsi résulter de plusieurs phénomènes, selon les départements. Certains départements voient leur population vieillir sur place, phénomène auquel se combine le départ des jeunes actifs (Limousin par exemple²⁴⁷) et une moindre fécondité. D'autres départements « vieillissent » sous l'effet de l'arrivée d'une population nouvelle aux âges de la retraite.

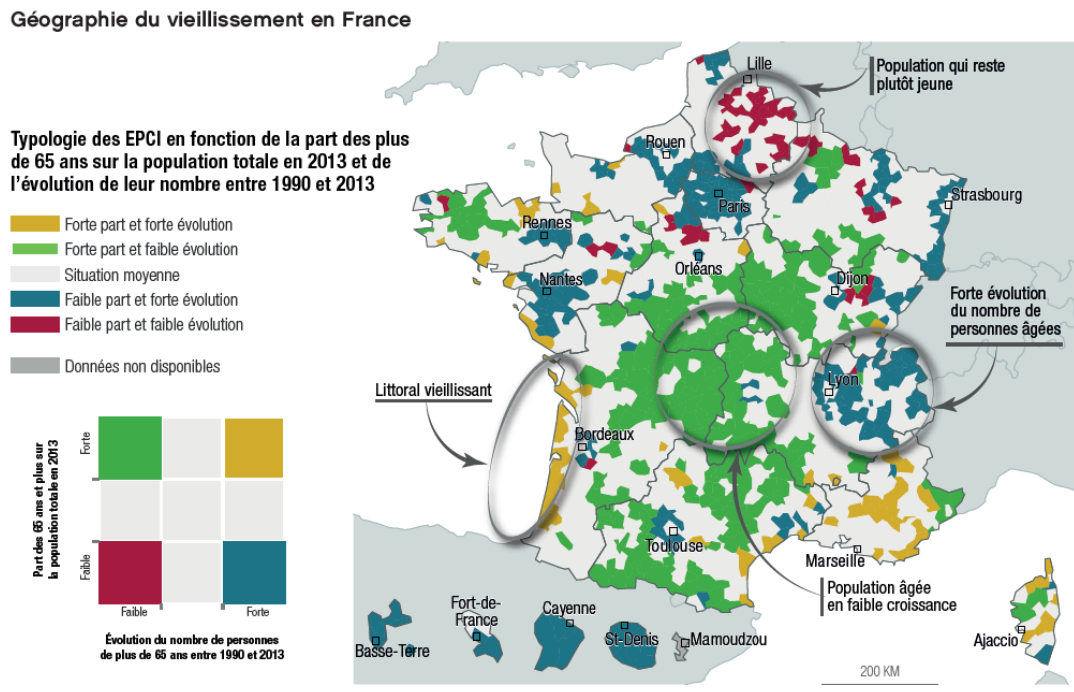
Le CGET met ainsi en évidence un vieillissement différencié des territoires, qui nécessitera des réponses différentes, et les territoires qui ont connu sur la période récente une hausse importante de la population âgée de 65 ans et plus (figure 5). « Si la part de personnes âgées est importante en milieu rural, c'est dans les pôles urbains de taille petite et moyenne que la part de personnes âgées a le plus augmenté au cours des dernières années (de 16,5 % en 1990 à 23,7 % en 2013 dans les pôles moyens). Il en est de même pour les communes littorales : la part de personnes âgées y a nettement crû entre 1990 et 2013, notamment en PACA, dans le Languedoc, et sur l'ensemble du littoral atlantique (25 % de 65 ans et plus dans les communes du littoral breton) »²⁴⁸.

²⁴⁷ Desplanques G., 2012, « Vieillissement démographique et territoires : les personnes âgées à travers la France, aujourd'hui et à 2040 », Territoires 2040, n°5, CGET (ex-DATAR), 2012

²⁴⁸ CGET, 2018, op. cité

A la part des 65 ans et plus dans la population, indicateur de vieillissement usuel, le CGET ajoute l'évolution des effectifs des 65 ans et plus, indispensable pour l'évaluation des besoins de cette population sur le territoire (par exemple en places en institution).

Figure 5. Part des 65 ans et plus dans la population en 2013 et évolution des effectifs depuis 1990



Source : CGET, 2018, *Le vieillissement de la population et ses enjeux*, Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires.

Il distingue alors quatre grands espaces sur le territoire (figure 5)²⁴⁹ :

- dans les territoires ruraux, la part des 65 ans et plus est élevée mais les effectifs sont en faible évolution. Les classes nombreuses des 60-64 ans vont vieillir mais les classes d'âge qui les suivent ne sont plus aussi nombreuses. Les migrations de retour au moment de la retraite ne compensent pas ces évolutions ;
- au Nord, la part des 65 ans est plus faible et on observe une faible évolution des effectifs. La fécondité reste élevée et le solde migratoire des personnes âgées est légèrement négatif. Peu de personnes âgées migrent vers ces territoires à la retraite et peu de personnes les quittent à ces âges ;
- sur le littoral méditerranéen et atlantique, la part des 65 ans et plus est élevée et on enregistre une accélération du vieillissement, sous l'effet de migrations de personnes aux âges de la retraite vers ces territoires attractifs ;
- dans les grandes métropoles et le périurbain de province, la part des 65 ans et plus est faible mais les effectifs augmentent de manière importante. Les jeunes ménages qui se sont installés lors des périodes de forte croissance périurbaine vieillissent et alimentent les effectifs de

²⁴⁹ CGET, 2018, op. cité

personnes de 65 ans et plus. Si beaucoup déménagent, cela ne suffit pas à compenser la croissance des effectifs.

Dans les DOM, les trajectoires de vieillissement sont différenciées. Le vieillissement est important en Martinique et Guadeloupe, sous les effets combinés de l'allongement de la durée de vie, de la diminution des naissances et de l'émigration des jeunes actifs, la part des personnes âgées y est désormais proche de celle de la Métropole. Des phénomènes similaires s'observent à la Réunion mais la hausse de la part de personnes âgées a été moins marquée. Enfin, la Guyane fait exception, avec une part de personnes âgées qui reste faible, sous le double effet d'une fécondité qui demeure forte et d'une immigration importante²⁵⁰.

L'amélioration de ces données sur l'environnement et le type d'habitat dans lesquels les personnes âgées vont vieillir est très importante pour réfléchir à l'évolution de leur prise en charge, notamment en termes d'accessibilité, de mobilité et d'adaptation du logement (avec le vieillissement important à venir dans le périurbain).

2) Des inégalités territoriales dans l'offre consolidée domicile/établissement ?

Pour apprécier d'éventuelles disparités dans la couverture territoriale des besoins, il faut au préalable : recenser les besoins ; recenser l'offre dans l'ensemble de ses dimensions ; mettre en regard les deux afin d'identifier d'éventuelles inégalités territoriales²⁵¹.

Par ailleurs, apprécier les inégalités territoriales suppose en amont de définir l'unité territoriale considérée. On retient ici principalement le département mais des éléments permettant une analyse en infra départemental sont parfois donnés.

a) Couverture territoriale actuelle des besoins

On présente ici la répartition de l'offre de prise en charge pour les personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire, composante par composante (établissement, services d'aide à domicile, infirmiers libéraux). Il est en effet indispensable de décrire l'offre de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans son ensemble pour appréhender l'intervention publique.

a1) Définition des besoins

Définir la population potentiellement en perte d'autonomie, et donc pouvant avoir des besoins, peut se faire de plusieurs manières. La plus simple consiste à l'approcher par la population des 75 ans et plus. C'est ce qui est couramment fait quand on calcule par exemple des taux d'équipement en EHPAD, en rapportant le nombre de places disponibles à la population des 75 ans et plus²⁵². C'est un indicateur simple à calculer et à actualiser.

²⁵⁰ Breton D., Condon S., Marie C-V., Temporal F., 2009, Les départements d'Outre-Mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations, Population et Sociétés, n° 460.

²⁵¹ On rappelle que l'article L116-2 code de l'Action Sociale et des Familles indique que « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire ».

²⁵² Le choix de la borne des 75 ans est arbitraire. On pourrait choisir un âge plus élevé mais les différences départementales sont relativement peu sensibles à ce choix. Il faut cependant noter qu'en termes de niveau, le

Cependant, on peut souhaiter affiner la géographie des besoins, en tenant compte par exemple de l'âge de manière plus détaillée, du sexe ou du fait de vivre seul. La perte d'autonomie augmente en effet avec l'âge et est également plus forte (à domicile²⁵³) chez les femmes que chez les hommes à âge égal²⁵⁴.

Ces critères démographiques ont l'avantage d'être aisés à identifier mais ils peuvent apparaître limités pour cerner la population potentiellement en perte d'autonomie, afin d'évaluer les besoins. On sait en effet que les disparités territoriales de santé sont importantes.

On peut les approcher de plusieurs manières. Le taux de mortalité en est une et est réputé être un indicateur robuste et synthétique de l'état de santé de la population²⁵⁵. Le Nord, la Bretagne et l'Est de la France affichent des niveaux de mortalité plus élevés qu'ailleurs (figure 6).

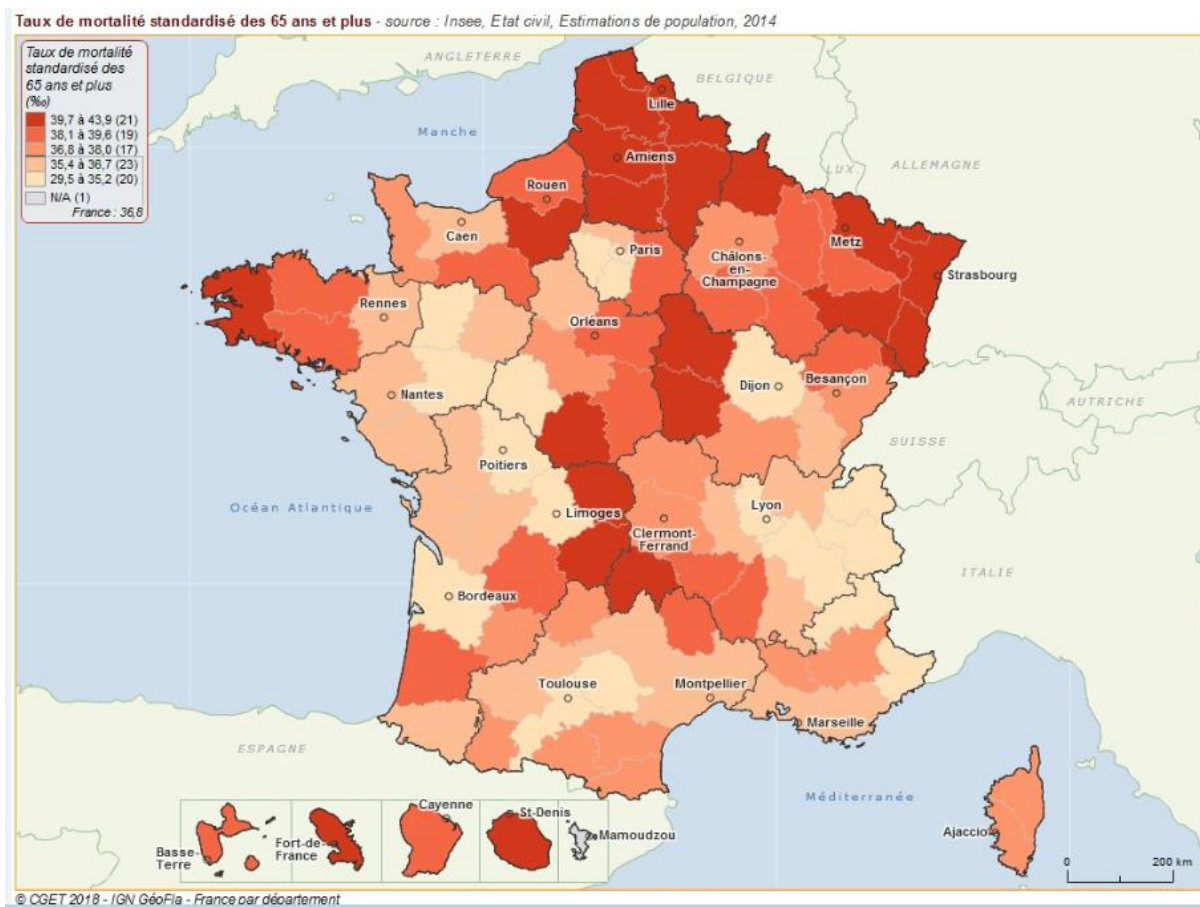
choix de la borne des 75 ans va avoir des implications plus importantes dans les années à venir en raison de l'arrivée des générations nombreuses du Baby-Boom à ces âges (la génération 1946 aura 75 ans en 2021). Ce phénomène va conduire à une hausse importante du dénominateur et ainsi, à une baisse du taux d'équipement sans que cela reflète réellement une baisse de l'offre disponible.

²⁵³ Brunel M., Carrère A., 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 - Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 », Les Dossiers de la DREES n° 13, Mars.

²⁵⁴ Concernant le sexe et l'âge, l'INSEE indique en fait que les différences entre départements sont assez peu marquées, même si effectivement, « certaines régions ont une structure par sexe et âge différente de la moyenne métropolitaine, ce qui peut contribuer à expliquer une partie des écarts de niveau d'autonomie » (Michel (2018), « La part de seniors à domicile en situation de perte d'autonomie varie d'une région à l'autre », INSEE Focus, n°115).

²⁵⁵ Source : S. Rican, É. Jouglu, Z. Vaillant, G. Salem, 2013, Les inégalités territoriales de santé, in Vers l'égalité des territoires Dynamiques, mesures, politiques, rapport.

Figure 6. Taux de mortalité standardisé des 65 ans et plus, 2014



Source : INSEE, Indicateurs régionaux et départementaux de développement durable ; carte issue du site du CGET, l'Observatoire des Territoires.

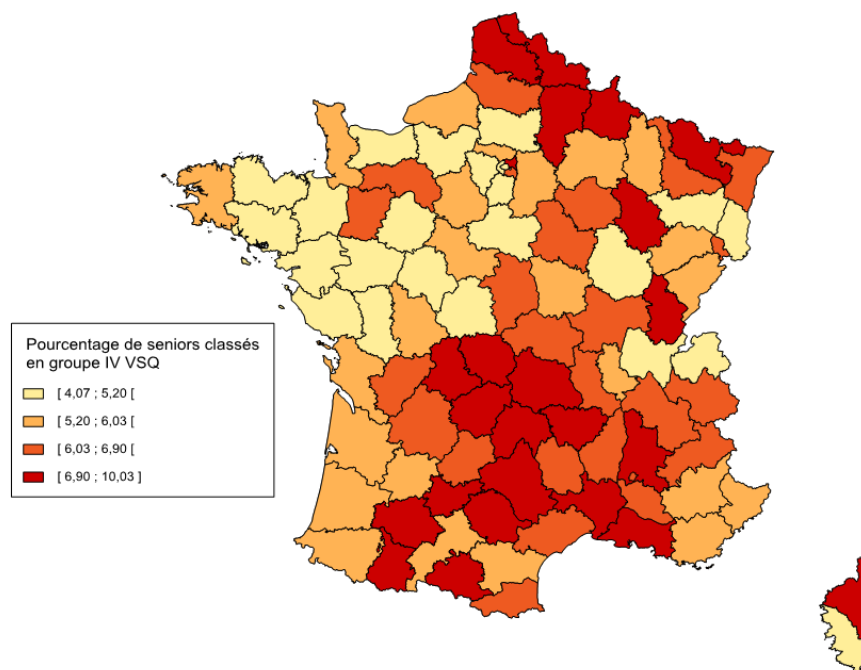
Une autre manière d'apprécier les besoins au niveau départemental consiste à appréhender la prévalence de la dépendance. C'est ce que fait la DREES, en s'appuyant sur la dernière enquête Vie Quotidienne et Santé (2014), qui porte sur les individus à domicile. Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer la dépendance. La DREES en retient trois²⁵⁶ : le score VQS²⁵⁷, le GALI²⁵⁸ et la déclaration d'au moins une limitation physique, sensorielle, cognitive. Le classement des départements diffère selon l'indicateur retenu, mais certains sont systématiquement aux extrêmes de la distribution. Quel que soit l'indicateur retenu, le Nord/Nord-Est, le Massif Central et sa frange Sud, les DOM comportent une part de « seniors » en perte d'autonomie plus importante qu'ailleurs (cf. figure 7).

²⁵⁶ « Disparités de dépendance, disparités d'APA à domicile », travaux DREES en cours.

²⁵⁷ Le score VQS est un indicateur synthétique de la dépendance, calculé grâce à différentes questions du questionnaire VQS. Ce score permet de classer les individus en 4 groupes de dépendance : le groupe VQS. Une personne classée en groupe I est considérée comme totalement autonome (elle déclare n'avoir aucune difficulté) alors qu'une personne classée en groupe IV est dépendante (elle déclare avoir de nombreuses difficultés).

²⁵⁸ GALI : Global Activity Limitation Indicator ou « indicateur de limitations d'activité générales ». Il est calculé à partir de la Réponse à la question « êtes-vous limité, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement? »

Figure 7. Prévalence de la dépendance au sens du Groupe IV VQS⁽¹⁾, à domicile



(1) Note : un individu classé en groupe VQS IV est en perte d'autonomie.

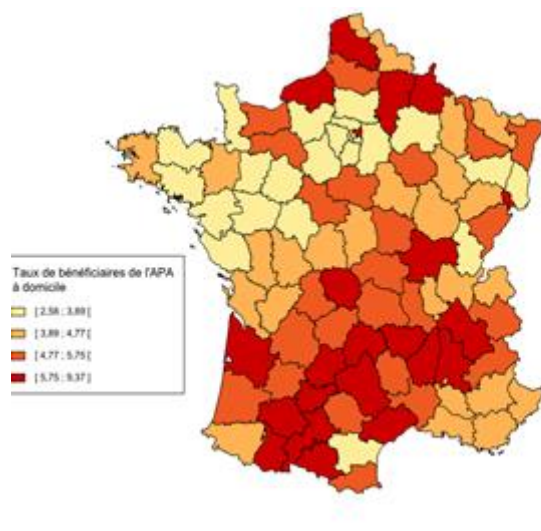
Champ : Individus de 60 ans ou plus, résidant à domicile, France métropolitaine.

Sources : DREES, 2018, travaux en cours ; Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014, DREES.

Une limite de cet indicateur est liée au fait qu'il repose sur les déclarations des individus.

Une dernière manière d'appréhender les besoins au niveau départemental consiste à retenir les bénéficiaires de l'APA (figure 8), dont la répartition entre départements varie fortement.

Figure 8. Taux de bénéficiaires de l'APA parmi les personnes vivant à domicile



Source : DREES, Enquête Aide Sociale 2014.

La mise en regard de la répartition des bénéficiaires de l'APA parmi les individus vivant à domicile (figure 8) avec la répartition selon le score VQS (figure 7) fait apparaître les mêmes zones à fort besoin : le Nord, le Massif Central et sa frange Sud. Cet indicateur présente plusieurs limites : il repose sur des besoins administrativement reconnus, à domicile, donc conditionnellement au taux d'institutionnalisation²⁵⁹.

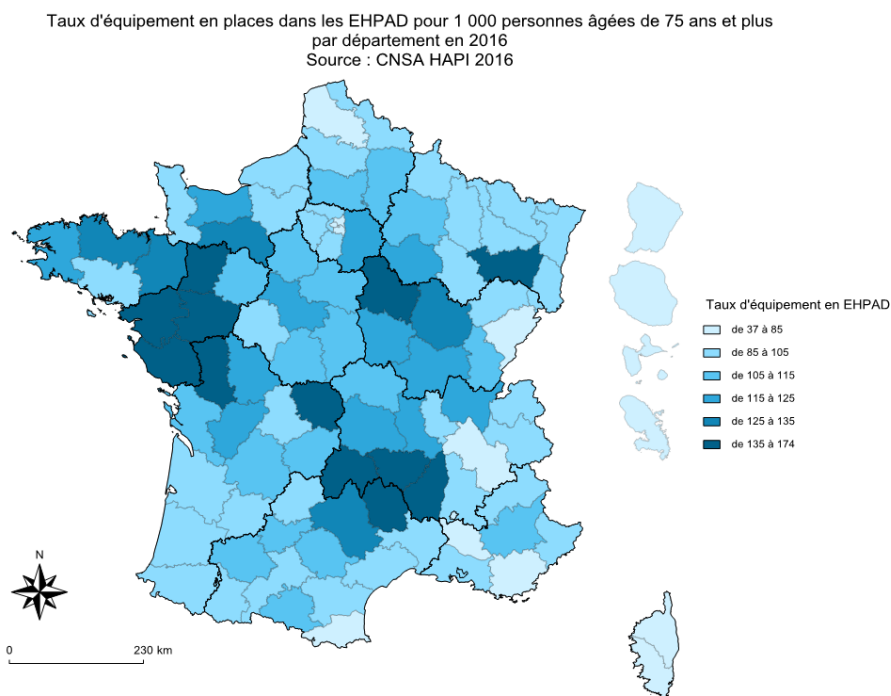
Si le choix d'un indicateur pour définir les besoins parmi la population âgée ne conduit pas à la même hiérarchisation des départements, cela permet néanmoins d'identifier les zones dans lesquelles les besoins semblent plus importants que la moyenne.

a2) L'offre en établissement

Des taux d'équipement en EHPAD différents selon les départements

On calcule le taux d'équipement en EHPAD comme le nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Le taux d'équipement est de 99,3 places au 31 décembre 2016 en France (100,4 places en France métropolitaine)²⁶⁰. Il varie selon les départements, de 36 (la Guadeloupe) à 177 places (Lozère). Un peu moins de la moitié des départements ont un taux d'équipement compris entre 90 et 110 places. Près des trois quarts entre 80 et 120 places. Aux extrêmes, on trouve l'ensemble des DOM, très peu équipé, autour de 40 places, ce qui peut poser question car le vieillissement y sera rapide et important, mais aussi Paris, la Corse et le littoral méditerranéen (figure 9 et graphique 45). Les taux d'équipement les plus élevés se retrouvent dans les pays de la Loire et le Massif Central.

Figure 9. Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, par département, en 2016²⁶¹.



Source : CNSA (2017a)

²⁵⁹ Cet indicateur peut aussi être affecté par le non-recours.

²⁶⁰ Statiss 2017, Panorama statistique. Les régions françaises. 2017 et Insee, estimations de populations au 1^{er} janvier (arrêtés fin 2017). On inclut les places d'hébergement temporaire.

²⁶¹ CNSA (2017a), La situation des EHPAD en 2016, p. 13-15.

En incluant les places en soins de longue durée, le taux d'équipement en lits médicalisés atteint 105,5 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en France métropolitaine et 104,4 si on considère France entière (hors Mayotte). On inclut dans ce calcul les accueils de jour. Si on les exclut, le taux d'équipement est alors respectivement de 103,6 (France métropolitaine) et 102,3 (France entière).

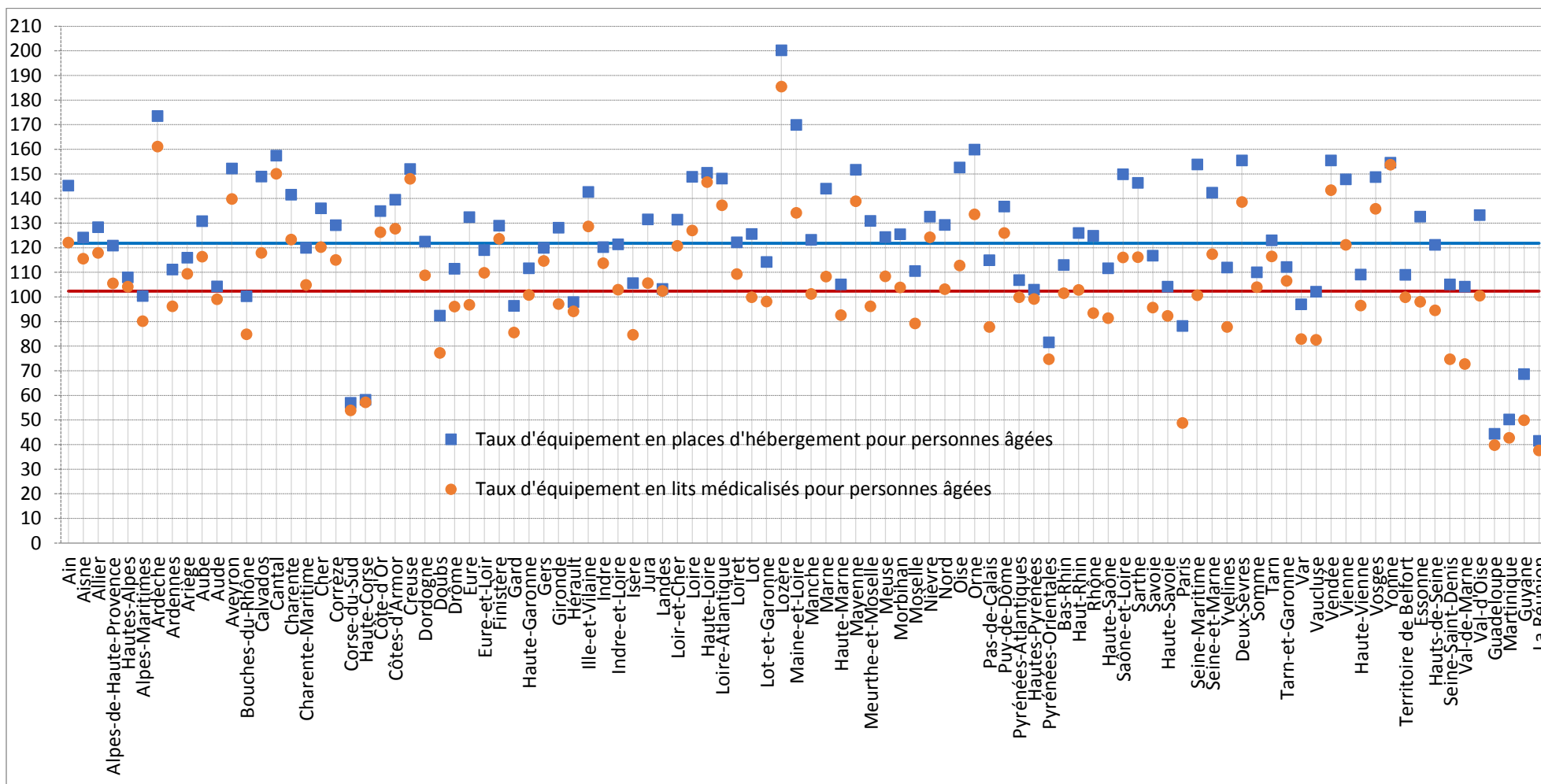
Des taux d'équipement en EHPA différents selon les départements

Le taux d'équipement en France atteint 124 places si on tient aussi compte des autres types d'hébergement pour personnes âgées (places en maison de retraite non EHPAD, minoritaires, et logements en résidence autonomie, y compris accueil de jour²⁶²). Cela modifie peu la répartition territoriale obtenue sur la base du seul taux d'équipement en EHPAD. On peut cependant noter des différences. Par exemple, la Seine-Maritime affiche un taux d'équipement en lits médicalisés proche de la moyenne nationale mais un taux d'équipement en place d'hébergement bien plus élevé que la moyenne, sous l'effet des places en résidence autonomie (graphique 45). Les disparités, mesurées par le coefficient de variation, sont un peu plus faibles que celles résultant du seul taux d'équipement en EHPAD²⁶³.

²⁶² De même que précédemment, si on exclut les accueils de jour, le taux d'équipement en places d'hébergement est alors de 123,3 en France métropolitaine et 121,9 en France entière.

²⁶³ Le coefficient de variation est égal au ratio entre l'écart-type et la moyenne, exprimé en pourcentage. Il est calculé sur les départements.

Graphique 45. Taux d'équipement en lits médicalisés et en places d'hébergement pour personnes âgées (pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus) par département en 2016.



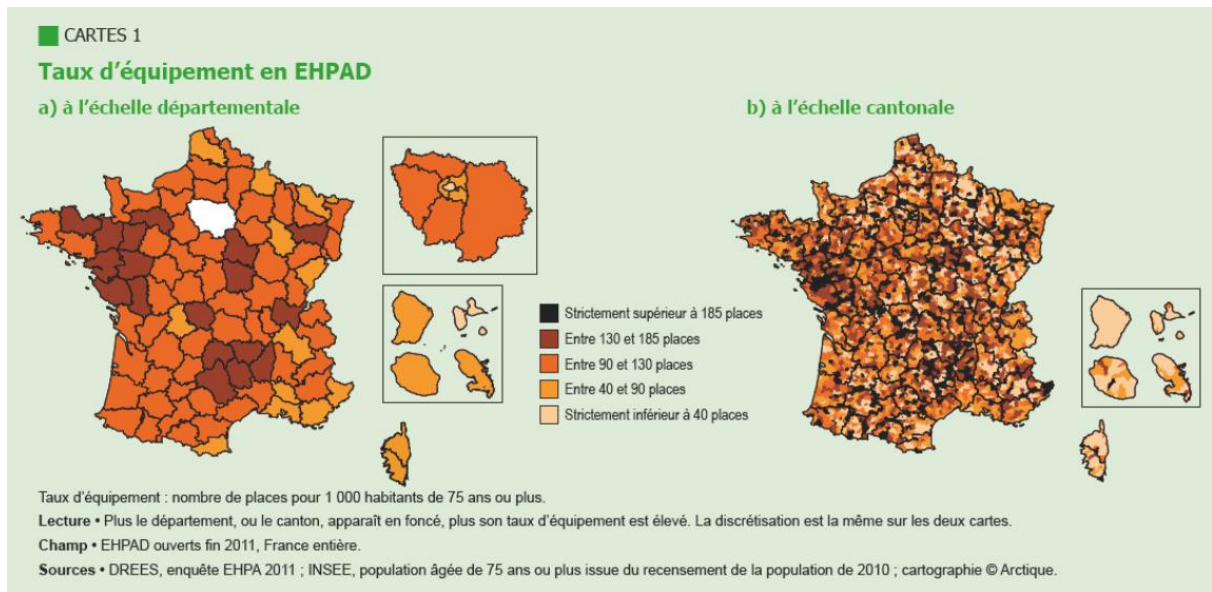
Note : Les lits médicalisés correspondent aux places en EHPAD et en ESLD (hors accueil de jour). Les places d'hébergement incluent ces dernières auxquelles on ajoute les places en EHPA non EHPAD, les places en hébergement temporaire et les places en résidences autonomie.

Les lignes continues bleue et rouge indiquent la moyenne pour France entière.

Source : DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier.

Il est aussi possible de calculer ces taux d'équipement à une échelle plus fine, tel le canton (figure 9).

Figure 9. Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, échelle départementale et cantonale



Source : Ramos-Gorand M., Volant S., 2014, « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », *Études et Résultats*, n°891.

Une part importante des personnes de 75 ans et plus a un EHPAD à proximité

Fin 2007, 87 % des 3 646 pseudo-cantons²⁶⁴ français disposent d'au moins un établissement pour personnes âgées, ces pseudos-cantons abritant 97 % de la population âgée de 75 ans et plus. 75 % de la population âgée est située à 5 kms²⁶⁵ ou moins du premier EHPAD non rattaché à un hôpital et à 15 kms ou moins du premier EHPAD rattaché à un hôpital²⁶⁶.

Ce raisonnement en termes de proximité géographique se base sur l'hypothèse que les personnes âgées auraient une préférence à demeurer dans leur environnement géographique. D'autres facteurs pourraient aussi jouer un rôle, qu'ils relèvent de l'offre ou de la demande. Du côté de la demande, on peut se demander si la distance géographique à prendre en compte ne serait pas plutôt celle entre l'établissement et les proches. Mais on ne dispose pas d'éléments sur ce point²⁶⁷. Du côté de l'offre, l'accessibilité ne se résume pas à la distance

²⁶⁴ Les pseudo-cantons sont une construction de l'INSEE. A la différence du canton, le « pseudo-canton » est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières.

²⁶⁵ Il s'agit de la distance de commune à commune.

²⁶⁶ Ramos-Gorand M. 2013b, Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux, Dossiers Solidarité et Santé, DREES, n° 36.

²⁶⁷ On ne dispose pas d'éléments détaillés sur ce point mais plusieurs éléments laissent à penser que c'est une dimension importante du choix de localisation : selon l'enquête Résidents 2007 (enquête DREES), le choix de l'établissement est effectivement fait souvent de concert avec les proches (ce qui ne signifie pas que l'établissement choisi soit à proximité du domicile d'un proche), l'enquête Résidents indique aussi que 95 % des résidents entretiennent des relations régulières avec des membres de leur famille ou des amis (« La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », Dossiers Solidarité et Santé, n°18, 2011). Enfin, le fait que la personne soit sous tutelle et que la tutelle soit assurée par la

géographique, d'autres éléments entrent en jeu. Le premier est d'ordre financier, l'EHPAD le plus proche pouvant pratiquer des tarifs trop élevés pour l'individu. Par ailleurs, que l'EHPAD soit proche ne signifie pas que des places sont disponibles²⁶⁸. Enfin, si la qualité des EHPAD s'est globalement améliorée, l'analyse de la proximité géographique n'intègre pas la qualité de l'établissement le plus proche.

30% des résidents en EHPAD résident en 2011 dans un établissement de la commune où ils résidaient précédemment (tableau 37)²⁶⁹ alors que 76 % d'entre eux vivaient dans une commune équipée. Ils sont 38 % à avoir intégré l'EHPAD de leur commune ou de la commune équipée la plus proche.

Tableau 37. Répartition des résidents selon le choix géographique de l'établissement et le statut juridique

Statut juridique de l'établissement où la personne est accueillie	Part des résidents pour lesquels la commune de leur précédent lieu de vie est équipée	Part des résidents qui ont intégré un établissement de la commune de leur précédent lieu de vie	Part des résidents qui ont intégré un établissement de leur commune ou de la commune équipée la plus proche de leur précédent lieu de vie
Public non hospitalier	72 %	26 %	35 %
Public hospitalier	74 %	43 %	55 %
Privé associatif	77 %	28 %	34 %
Privé commercial	82 %	21 %	25 %
Ensemble des EHPAD	76 %	30 %	38 %

Lecture : 72 % des personnes hébergées dans un EHPAD public non hospitalier à la fin 2011 disposaient d'un EHPAD dans la commune de leur précédent lieu de vie, tous statuts juridiques confondus. 26 % des personnes hébergées dans un EHPAD public non hospitalier à la fin 2011 ont rejoint un établissement de leur commune. 35 % des résidents à la fin 2011 ont rejoint un établissement de la commune équipée la plus proche de leur précédent lieu de vie. Champ :

Résidents en EHPAD à la fin 2011.

Sources : DREES (EHPA 2011), INSEE (Code officiel géographique), distancier INRA (Odomatrix).

famille majeure la probabilité de migration lors de l'entrée en EHPAD, confirmant que des situations de rapprochement avec la famille existent.

²⁶⁸ Ramos-Gorand (2013b, op. cité) intègre ces deux critères (aspect financier et liste d'attente/nombre de places) dans une analyse plus globale de l'accessibilité, en particulier par une distinction du statut de l'EHPAD (public, privé). Pour l'ensemble des établissements, l'accessibilité est peu influencée par la capacité d'accueil. Elle l'est beaucoup plus fortement si on considère uniquement les logements-foyers, les EHPAD rattachés à un hôpital et les USLD. L'accessibilité est aussi influencée par la prise en compte des critères financiers. Les distances minimales pour rejoindre l'EHPAD le plus proche non rattaché à un hôpital (champ retenu pour l'étude, le secteur privé commercial étant peu présent dans les logements-foyers, les EHPAD rattachés aux hôpitaux et les USLD) augmentent quand on exclut de l'analyse les établissements privés commerciaux.

²⁶⁹ Ramos-Gorand M., 2015, Accompagnement de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine, Thèse de doctorat.

La moitié des résidents en EHPAD fin 2011 ont parcouru au maximum 7 kms pour rejoindre l'établissement dans lequel ils résident, les trois quarts d'entre eux moins de 19 kms²⁷⁰.

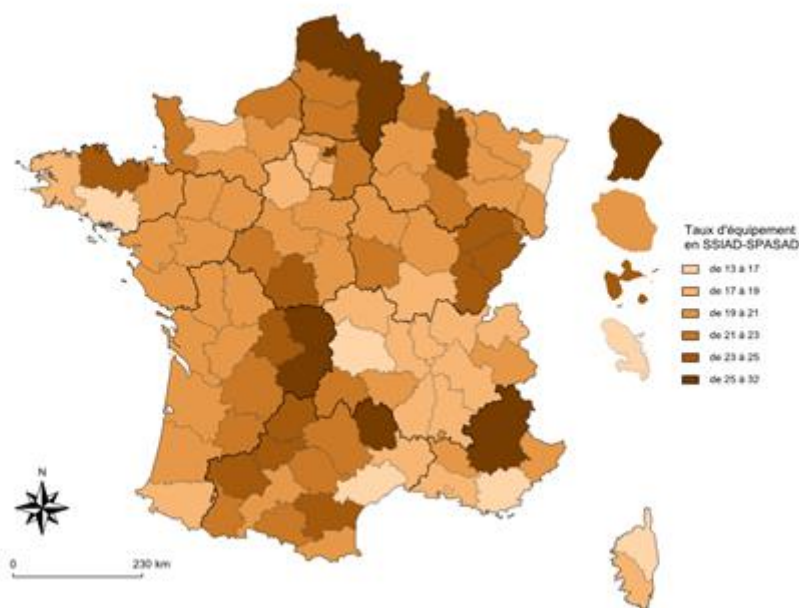
Cette densité d'équipement en EHPAD sur le territoire facilite l'accessibilité. Elle est aussi vue par certains comme un atout dans le cadre des réflexions sur « l'EHPAD à domicile » ou sur « l'EHPAD plate-forme » (EHPAD ressources).

a3) L'offre en services d'aides à domicile et infirmiers libéraux

L'offre médico-sociale permettant la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ne se limite pas aux établissements. Il faut aussi considérer les services d'aide à domicile et les infirmiers libéraux (Figures 10 et 11), qui jouent un rôle déterminant dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie à domicile.

Le taux d'équipement en places dans les SSIAD-SPASAD diffère aussi selon le département. Il s'établit à 20,5 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus France entière. Il varie selon les départements de 13 (Martinique, Haute-Corse) à 32 à Paris et en Lozère.

Figure 10. Taux d'équipement en places dans les SSIAD-SPASAD²⁷¹ pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus par département en 2016



Source : CNSA (2017a)

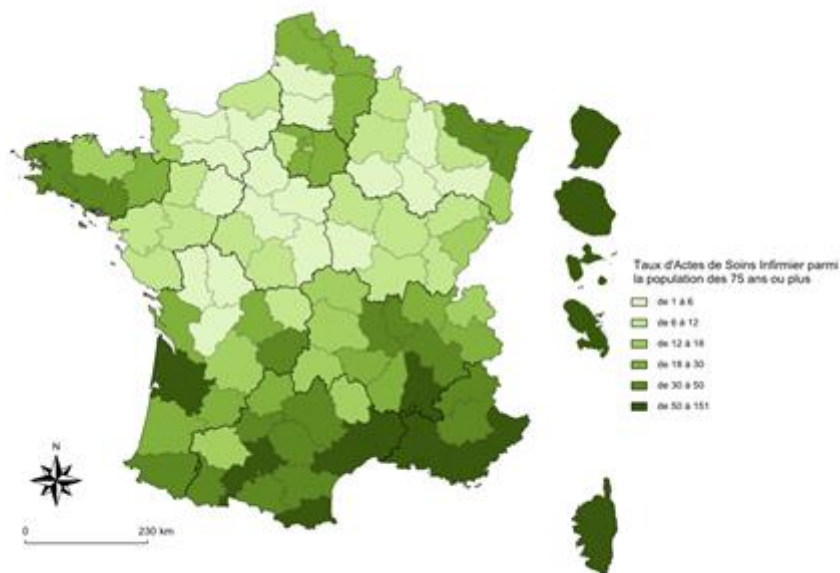
Enfin, une dernière composante de l'offre de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile est l'activité des infirmiers libéraux. Le nombre d'Actes Infirmiers de Soins (AIS) (pour 1000 personnes de 75 ans et plus) est très inégalement réparti sur le territoire (et corrélé à la densité d'infirmiers libéraux). Il est particulièrement élevé en Corse, dans les DOM, où il dépasse 100, en région PACA et anciennement Languedoc-Roussillon.

²⁷⁰ Ramos-Gorand M., 2015, op. cité, tab. 34

²⁷¹ SSIAD - Services de Soins Infirmiers à Domicile et SPASAD – Service Polyvalent de Soins et d'Aide à Domicile.

(Figure 11). Il est particulièrement faible en région Centre-Val de Loire, dans laquelle il s'établit de 2 à 8 dans les différents départements.

Figure 11. Nombre d'actes infirmiers de soins pour 1000 personnes de 75 ans et plus, par département, en 2016



Source : CNAMTS – INSEE 2016 ; CNSA (2017a)

a4) Des disparités départementales dans l'attribution de l'APA ?

Au-delà de l'offre de services, la question des disparités territoriales renvoie aussi aux différences dans l'attribution de l'APA, et ce, dans plusieurs dimensions : éligibilité, montant des plans, révisions, tarification. Le rapport de décembre 2017²⁷² avait documenté plusieurs de ces disparités. La première renvoyait à l'éligibilité à l'APA, la part de bénéficiaires de l'allocation variant de manière importante selon les départements. Il est évident que les différences entre départements, en particulier en termes d'état de santé expliquent une partie de ces différences (voir ci-dessous).

D'autres différences entre départements avaient été mises en évidence. Ainsi, à l'aide d'une typologie de départements - ces derniers étant regroupés selon leur proximité en termes démographiques et socio-économiques - ²⁷³, la DREES mentionnait l'octroi plus fréquent des plans d'aide maximaux dans certains départements. Plusieurs raisons pourraient expliquer ces différences : la manière différente de tenir compte de l'aide familiale²⁷⁴ ; la volonté de

²⁷² HCFEA, 2017, La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants, rapport.

²⁷³ Fizzala A., 2016, Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ?, *Les dossiers de la DREES*. Mars 2016

²⁷⁴ Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes : dimensions territoriales de l'action publique », Rapport final réalisé pour la MIRE/DREES, p. 57.

certaines départements de recentrer les plans sur l'aide à la personne en limitant le nombre d'heures pour les tâches ménagères, en particulier pour les GIR4²⁷⁵.

Enfin, les différences de tarification entre département et des reste-à-charge qui peuvent en résulter pour les usagers relèvent aussi de ces différences départementales.

b) Répondre à la question : existe-t-il des disparités territoriales dans la couverture des besoins ?

C'est une question à laquelle il est difficile de répondre pour deux raisons principales. La première tient au manque d'informations (ou l'absence de remontées statistiques) sur les besoins au niveau local, qui rend difficile une réponse tranchée à la question sur une éventuelle iniquité territoriale de la prise en charge. La deuxième raison tient à la manière dont on peut « consolider » les différentes offres disponibles, exercice qu'il est cependant nécessaire de mener, la considération d'un seul segment de l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie étant réducteur et pouvant conduire à un constat d'inégalités plus marqué qu'en réalité. Peu de travaux sont cependant disponibles pour répondre à cette question.

La CNSA²⁷⁶ indique, en confrontant la couverture territoriale des différentes offres (EHPAD, places en SSIAD, AIS), que « chaque département est correctement équipé pour prendre en charge les personnes âgées ». Si des taux d'équipement en SSIAD-SPASAD ou en EHPAD sont relativement peu élevés pour certains départements (comme le Var), la part des actes d'infirmiers réalisés auprès de personnes de 75 ans et plus viendrait atténuer ce constat.

La DREES dans un exercice en cours²⁷⁷ de mise en relation des disparités de prévalence de la perte d'autonomie et de bénéficiaire de l'APA indique que la majeure partie des disparités dans l'APA s'explique par des différences de prévalence de la perte d'autonomie, même si une partie des écarts demeure inexpliquée. Elle précise cependant qu'à ce stade il est difficile d'évaluer la part des écarts restante attribuable à des pratiques différenciées des départements dans la mise en œuvre de l'APA et celle qui proviendrait de caractéristiques des individus (ou des départements) non encore prises en compte²⁷⁸.

En 2006, le rapport du Commissariat Général au Plan²⁷⁹ a mis en relation les taux d'équipement observés par département à des taux théoriques, calculés en appliquant à la structure démographique du département (âge et sexe) les taux de prise en charge en institution observés au niveau national, et en tenant compte de la part des bénéficiaires de l'APA et de la proportion de ménages isolés (populations plus souvent accueillies en

²⁷⁵ CNSA, 2015, Rapport APA. Compréhension de la disparité, Décembre 2014, Version actualisée en mars 2015, p. 67 et Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), op. cité

²⁷⁶ CNSA 2017a, op. cité.

²⁷⁷ « Disparités de dépendance, disparités d'APA à domicile », travaux DREES en cours.

Une étude de la DREES en 2005 concluait que 60 % des écarts dans le nombre de bénéficiaires de l'APA s'expliquaient par la structure sociodémographique des départements (part de la population rurale, part des personnes âgées à faibles ressources (minimum vieillesse), part des ouvriers dans la population active, part des agriculteurs dans la population active, espérance de vie des femmes et des hommes) et que 30% des écarts entre départements restaient inexpliqués. Une limite importante était alors la non prise en compte de l'état de santé (F. Jeger, 2005, « L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003 », Études et résultats n° 372).

²⁷⁸ Un exercice de même type a été mené par l'IAU et l'ORS Île-de-France (Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Ile de France). Les auteurs concluent à une part inexpliquée importante de la variabilité entre départements (environ 30 à 40 % si on considère les bénéficiaires de l'APA en établissement ou à domicile).

²⁷⁹ Le Boulter S. (2006), Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix (Tome I).

établissement). Le rapport étudiait ensuite si l'écart entre les taux théoriques et les taux observés (qualifié de sous ou sur-équipement) pouvait s'expliquer par d'autres facteurs au niveau départemental. Il mettait en évidence que l'écart est influencé par la part de bénéficiaires du minimum vieillesse et de la CMU, corrélé à un sous-équipement. Les départements « pauvres » seraient ainsi sous-équipés. La part de personnes venant d'autres départements est elle corrélée à un suréquipement. La conclusion était qu'une partie importante de la variabilité reste inexpliquée. Cette dernière peut provenir de variables non prises en compte (tel l'état de santé) ou encore de politiques différenciées des départements.

Le seul travail récent à notre connaissance qui essaie, dans une approche globale, d'évaluer les besoins au niveau local et de les rapporter à l'offre est celui de Ramos-Gorand (2015²⁸⁰). Elle a mis en regard le nombre d'heures effectuées par l'ensemble des professionnels de la prise en charge de la perte d'autonomie²⁸¹ au nombre d'heures nécessaire aux individus en raison de leur niveau de dépendance. Elle identifie les besoins de dépendance par le GIR et attribue à chaque GIR un nombre d'heures de besoin d'aide²⁸². C'est un exercice à prendre avec précaution, en raison des nombreuses hypothèses nécessaires à son élaboration, mais qui mériterait d'être reconduit.

L'auteur indique qu'au niveau national, 58 % des besoins administrativement reconnus seraient couverts par l'intervention de professionnels (EHPAD, infirmiers libéraux, aides à domicile)²⁸³ et que la couverture territoriale des besoins est relativement équilibrée. De nombreux départements affichent des taux de couverture des besoins entre 50 et 65% (Figures 12). Cette fourchette peut paraître large mais les hypothèses nécessaires au calcul du taux de couverture²⁸⁴ ne permettent pas de hiérarchiser finement les départements. Il demeure que certains départements affichent une couverture des besoins faible, tels les Ardennes, l'Aisne et la Seine-Saint-Denis (moins de 40 %). D'autres en revanche, ont des taux de couverture de besoins très élevés : 70 % pour le Finistère, le Morbihan ou les Alpes-Maritimes.

²⁸⁰ Ramos-Gorand M., 2015, op. cité.

²⁸¹ Sont considérés comme acteurs de l'accompagnement de la perte d'autonomie : les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale, les SSIAD, l'offre en infirmiers libéraux (en se restreignant aux Actes Infirmiers de Soins), les professionnels en EHPAD.

²⁸² Ramos-Gorand (2013) retient un équivalent-temps plein (ETP) pour un GIR1 et utilise les coefficients de pondération retenus dans le calcul du GIR Moyen Pondéré (GMP) pour déterminer le nombre d'heures nécessaires pour les autres GIR. Un individu affecté au GIR 2 requiert 84 % de la charge en soins d'un individu du GIR 1. Le coefficient est de 66% pour un GIR3, 42% pour un GIR4. Les besoins estimés à 1 ETP pour un GIR1 sont issus du plan Solidarité - Grand Âge qui indique que « pour les maisons de retraite qui accueillent les résidents les plus dépendants (ie GMP supérieur à 800), il faut assurer la présence d'1 professionnel pour 1 résident ».

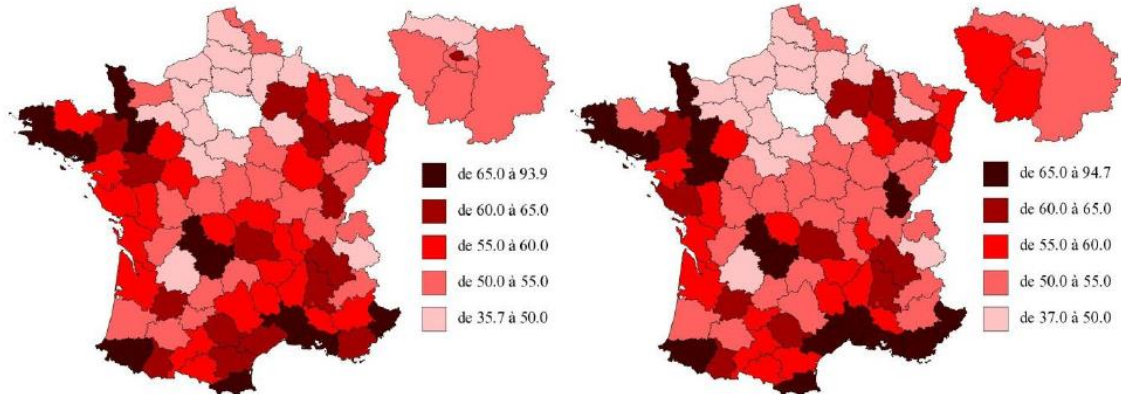
²⁸³ Une partie des besoins non couverts par l'aide professionnelle l'est très certainement par l'aide informelle.

²⁸⁴ Reconstitution de l'ensemble des heures fournies par les professionnels, évaluation des besoins...

Figures 12. Taux de couverture des besoins de prise en charge de la perte d'autonomie recensés (ratio entre besoins recensés et nombre d'heures d'accompagnement professionnel), 2011

En fonction du département d'accueil

En fonction du département d'origine²⁸⁵



Lecture : Dans le Pas-de-Calais, l'intervention des professionnels couvre moins de 50 % des besoins des personnes âgées, que l'on considère l'activité dans le département ou auprès des personnes âgées dont le département est le domicile de secours. **Champ :** Ensemble des heures à destination de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine, en 2011. **Sources :** Insee (recensement de la population, 2010), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM). **Source cartographique :** Arctique.

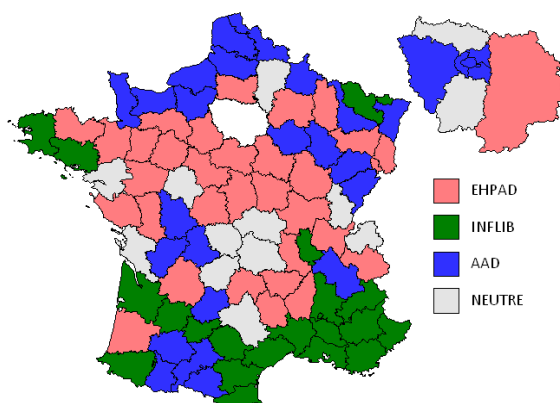
Si on considère chaque composante séparément, les inégalités sont plus fortes, en particulier pour les infirmiers libéraux qui représentent le segment de l'offre le plus inégalement réparti sur le territoire. Considérer l'offre dans son ensemble conduit à une évaluation de l'inégalité dans l'offre moindre, avec cependant le constat d'une prise en charge de la perte d'autonomie spatialement différenciée (Figure 13)²⁸⁶.

²⁸⁵ La distinction entre le département d'accueil et le département d'origine permet à l'auteur d'analyser non seulement l'offre disponible sur un territoire donné mais aussi l'offre à laquelle a eu recours la personne âgée d'un territoire, que cette dernière soit située dans ou hors de son département d'origine.

²⁸⁶ Ramos-Gorand M., 2013, op. cité

Figure 13. Systèmes spatialement différenciés d'accompagnement de la dépendance

Habitants du département en 2011



Lecture : Les infirmiers libéraux et SSIAD apparaissent en vert dans les Bouches-du-Rhône, car ils y représentent un acteur qui intervient davantage que dans les autres départements (le « davantage » correspond à une part des heures réalisées par l'acteur considéré auprès de la population du département supérieure à la moyenne, d'au moins la moitié d'un écart-type).

Champ : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par professionnels d'EHPAD et besoins de la population administrativement reconnue dépendante.

Sources : INSEE (recensement de la population, 2010), DREES (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : INSEE (DADS 2011, SIASP 2011), DREES (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

En considérant les différentes composantes de l'offre, il est possible d'identifier des territoires qui sont bien ou mal dotés dans l'ensemble des dimensions (par rapport à la moyenne nationale par exemple au vu de leur population des 75 ans et plus). Quand un territoire est plutôt bien doté dans un type d'offre mais moins bien dans un autre, il devient plus difficile de faire la comparaison. En effet, cela amènerait à faire l'hypothèse d'une substituabilité des différentes structures pour la prise en charge. Or, il faudrait évaluer dans quelle mesure c'est le cas. Au niveau du « payeur » (département, assurance-maladie, reste-à-charge pour les individus) par exemple, le recours accru à l'un ou l'autre des dispositifs a des implications différentes. La Seine-Saint-Denis par exemple est le département dans lequel la densité d'infirmiers libéraux est la plus faible²⁸⁷, faisant reposer la prise en charge de la perte d'autonomie principalement sur l'APA²⁸⁸.

c) Evolution de la couverture territoriale et de ses déterminants

c1) Une augmentation du nombre de places

Quatre plans gouvernementaux ont été déployés pour permettre le développement d'une offre adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes sur l'ensemble du territoire français : deux plans généraux : le plan Vieillesse et Solidarités (2004-2007)²⁸⁹ et le Plan Solidarité

²⁸⁷ Source : DREES, répertoire Adeli; INSEE, estimations de population au 01/01/2016

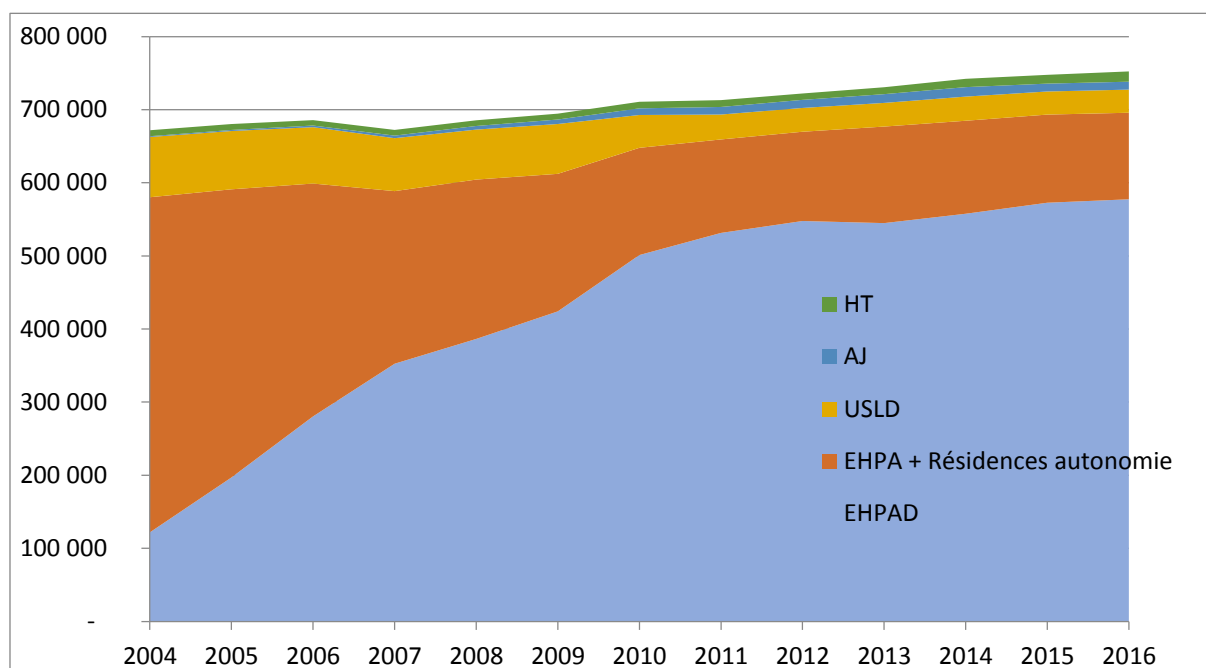
²⁸⁸ Les Actes Infirmiers de Soins (AIS) sont financés par l'assurance-maladie.

²⁸⁹ Le plan Vieillesse et Solidarités prévoyait notamment la création de 10 000 nouvelles places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, 17 000 places supplémentaires de SSIAD et 13 000 nouvelles places d'accueil temporaire. En termes de réalisation, sur 2004 - 2005 - 2006, le plan « Vieillesse et solidarité » a permis la création de 14 260 places de SSIAD, 4 140 places d'accueil de jour, 1 837 places d'hébergement temporaire et 14 399 places en EHPAD (Vasselle A., 2008, Rapport au nom de la mission

Grand Age (PSGA) (2007-2012)²⁹⁰ et deux plans spécifiques : le Plan Alzheimer (2008-2012) et le Plan Maladies Neurodégénératives (2014-2019). Ces plans prévoient des objectifs importants de création de places nouvelles d'établissements ainsi que de services afin de développer l'offre d'accompagnement à domicile. Le PSGA prévoyait également le renforcement de la médicalisation des EHPAD.

Sur la période 2005-2016, le volume global d'hébergement (ESLD, EHPAD, EHPA non EHPAD et résidence autonomie, accueil de jour et hébergement temporaire) a progressé de 10% (graphique 46).

Graphique 46. Evolution du nombre de places installées (hébergement), établissements publics ou privés et services, 2004-2016



Source : Statiss 2004-2016. De 2004 à 2009, il s'agit des places installées au 1er janvier de l'année (N-1) et non N.

Une partie de l'offre d'hébergement a été médicalisée pour se transformer en EHPAD. Ceci explique la forte hausse du nombre de places pour personnes âgées en établissements et services médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, accueil de jour et hébergement temporaire, donc hors résidences autonomie et EHPA non EHPAD) indiqué par la CNSA²⁹¹ (+87 % entre 2005 et 2016). Fin 2016, on dénombrait plus de 724 600 places en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en France (CNSA, 2017b).

commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Rapport d'information du Sénat, n°447).

²⁹⁰ Le Plan Solidarité Grand Age pour la période 2007-2012 prévoyait la création de 90 500 places, dont 41% ce nouvelles places en EHPAD et 59 % de places en faveur du maintien à domicile (places en SSIAD, Accueil de jour et hébergement temporaire).

²⁹¹ CNSA, (2017b), Accueil et accompagnement des personnes âgées - Bilan des réalisations au 31/12/2016 et programmation du développement de l'offre entre 2017 et 2021.

Le nombre de places en SSIAD a fortement augmenté sur la période (+ 50 %), de même que le nombre de places d'accueil de jour (multiplication par près de 5).

Cependant, l'objectif initial du PSGA de favoriser la création de places permettant le maintien à domicile, en particulier de places en SSIAD, n'a pas été atteint. Le nombre de places d'hébergement permanent en EHPAD a dépassé l'objectif initial alors que le nombre de places installées en SSIAD n'atteint que les deux tiers de l'objectif initial. A ce jour, les places installées en accueil de jour ou en hébergement temporaire atteignent respectivement 65 % et 73% du nombre de places initialement prévues dans le PSGA.

c2) Une diminution des inégalités de taux d'équipement en établissement ?

Sur longue période 1968-2008, la répartition spatiale de l'offre en EHPA est devenue plus homogène. L'indice de Gini, qui mesure la concentration de l'offre, a été divisé par deux entre 1968 et 2008, qu'on considère l'échelle départementale ou cantonale. A l'échelle départementale, il s'établissait à 0.30 en 1968²⁹² et il a atteint 0.13 en 2007²⁹³. On ne dispose pas d'une telle mesure au niveau agrégé sur la période récente.

Les départements connaissent des évolutions différentes. Concernant les taux d'équipement en EHPAD et USLD, la FMA²⁹⁴ note que, sur la période 2003-2011, « les départements du littoral méditerranéen figurant en 2003 parmi les moins équipés, le sont toujours en 2011, et sont rejoints en 2006 et 2011 par la plupart des départements situés au Sud de la Garonne, formant un ensemble de départements « sous-équipés » dans tout le Sud de la France métropolitaine. Parallèlement, un ensemble de départements localisés au centre de la France évolue peu, débutant la période 2003-2011 avec des taux déjà peu élevés (Centre, Auvergne, Limousin). On observe également que des zones géographiques relativement bien équipées en 2003 ont complètement perdu cet avantage en 2011 : c'est le cas en Haute-Normandie, aux confins de la Bretagne, de la Basse-Normandie et des Pays-de-la-Loire. Plus récemment, en 2017, la FMA²⁹⁵ indique que « la répartition géographique [des EHPAD et ELSD] est proche de celle observée les années précédentes ». La réduction des inégalités territoriales dans l'offre en lits médicalisés (EHPAD et ELSD) sur la période récente semble donc limitée.

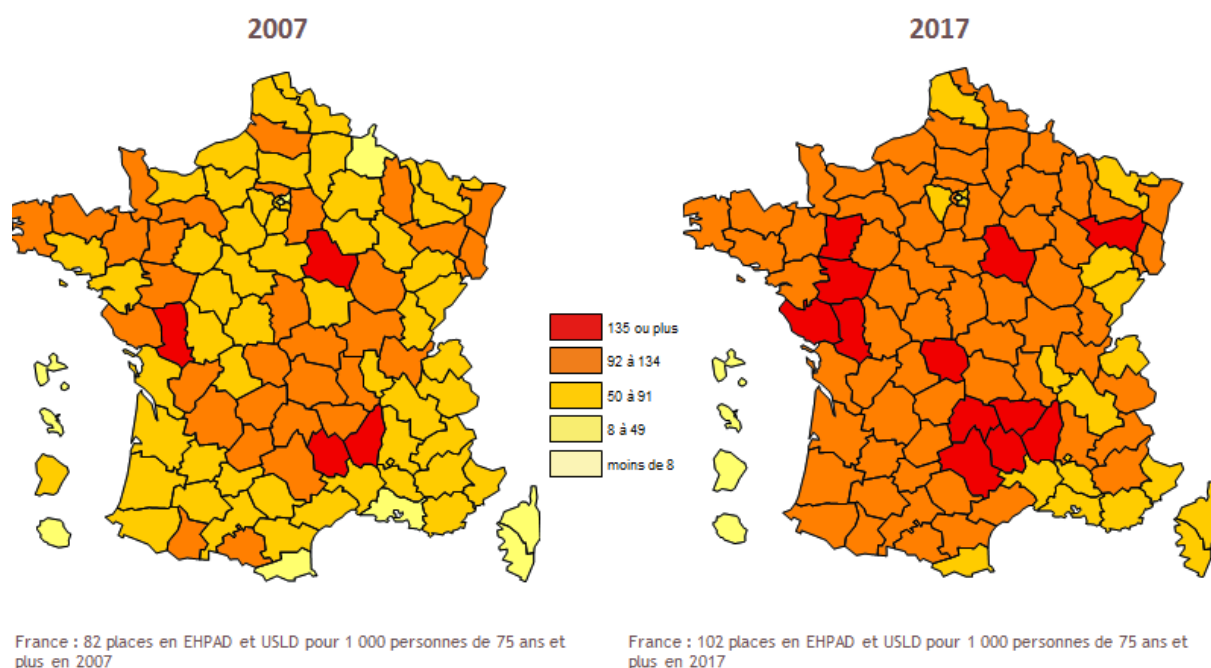
²⁹² On rappelle que l'indice de Gini est égal à 1 si la concentration est maximale (tous les établissements seraient dans la même unité spatiale) et à 0 si la répartition de l'offre est uniforme sur le territoire.

²⁹³ Ramos-Gorand M., 2015, op. cité

²⁹⁴ Fédération Médéric Alzheimer, 2012, Accompagnement et prise en charge de la maladie d'Alzheimer : évolution et adaptation des dispositifs depuis dix ans, Rapport d'étude, n°2

²⁹⁵ Fédération Médéric Alzheimer, 2018, La lettre de l'Observatoire, n° 49-50.

Figure 14. Taux d'équipement en EHPAD et USLD en 2007 et 2017



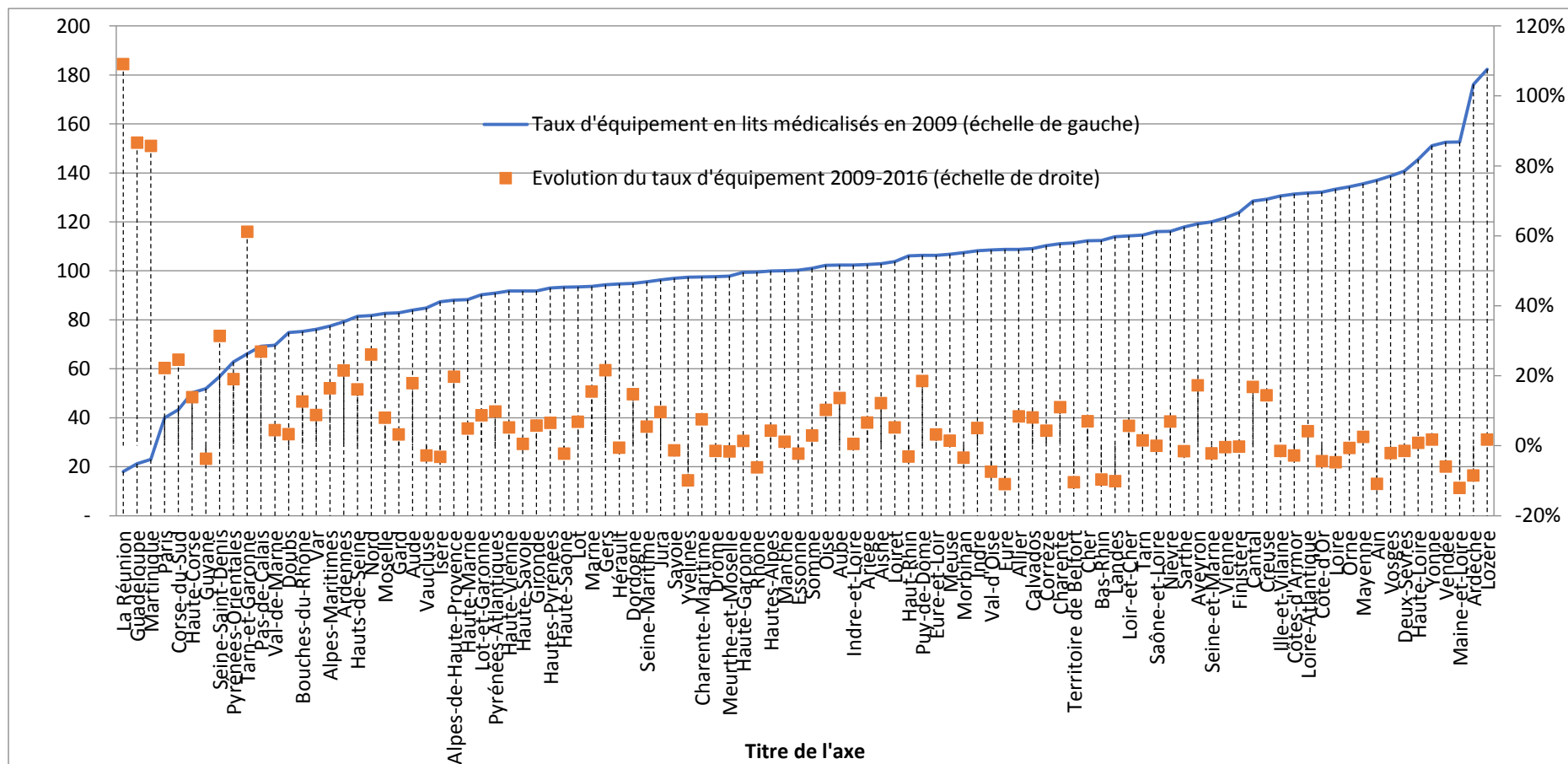
Source : Fédération Médéric Alzheimer.

Si on considère l'évolution sur la période 2009-2016 du taux d'équipements en lits médicalisés (graphique 47), on observe une corrélation négative entre le niveau du taux d'équipement en 2009 et l'évolution sur la période. Les départements qui affichaient des taux d'équipement très bas en 2009 (les DOM, la Corse, ...) ont connu une hausse de ce dernier importante²⁹⁶. La dispersion de ces taux d'équipement, mesurée par le coefficient de variation, a légèrement baissé sur la période²⁹⁷ mais d'importants écarts demeurent.

²⁹⁶ Il faudrait distinguer dans les évolutions du taux d'équipement ce qui relève de l'évolution de la population des 75 ans et plus de l'évolution du nombre de places.

²⁹⁷ Le coefficient de variation a diminué de 28,7% en 2009 à 24,2 % en 2016.

Graphique 47. Taux d'équipements en lits médicalisés en 2009 et évolution entre 2009 et 2016

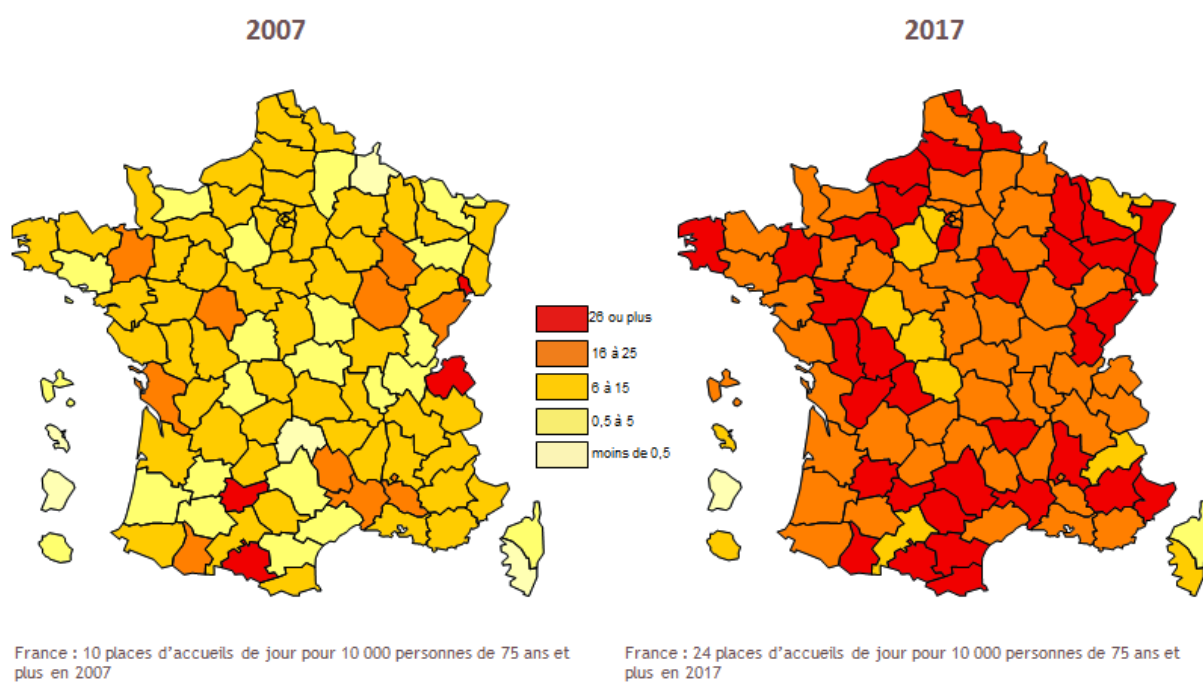


Note : Les lits médicalisés correspondent aux places en EHPAD et en USLD, (hors accueil de jour). Les places d'hébergement incluent ces dernières auxquelles on ajoute les places en EHPA non EHPAD, les places en hébergement temporaire et les places en résidences autonomie.

Source : DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et INSEE, estimations de population au 1er janvier.

Une diminution des inégalités s’observe cependant pour des dispositifs spécifiques, tels l’accueil de jour (figures 15). La CNSA²⁹⁸ mentionne ainsi une amélioration de la couverture territoriale dans l’accueil de jour. La quasi-totalité des communes (99,4%) sont au 1^{er} janvier 2017 situées à moins de 35 kms d’un accueil de jour. Elles étaient 95,4% en 2008, avec en outre des départements très peu couverts.

Figures 15. Taux d’équipement en accueils de jour, 2007-2017



Source : Fédération Médéric Alzheimer.

Au-delà des établissements et afin de considérer l’offre départementale de prise en charge des personnes en perte d’autonomie de manière large, on peut aussi considérer les SSIAD. Ainsi, en considérant l’ensemble de l’offre (EHPAD, ESLD, Accueil de jour, Hébergement temporaire, SSIAD), la CNSA²⁹⁹ note une diminution des disparités entre départements et entre régions sur la période 2006-2016. Ainsi, l’écart départemental³⁰⁰ s’établissait à 23,2 % en 2006, il est de 17,8 % en 2016 (tableau 38).

²⁹⁸ CNSA, (2017b), Accueil et accompagnement des personnes âgées - Bilan des réalisations au 31/12/2016 et programmation du développement de l’offre entre 2017 et 2021.

²⁹⁹ Indicateur n°3-1 : Écarts d’équipements interrégionaux et interdépartementaux en nombre de places, in « Programme de qualité et d’efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, dépendance », PLFSS 2018.

³⁰⁰ Les disparités sont mesurées à l’aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). Plus le coefficient de variation est élevé, plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne.

Tableau 38. Ecarts d'équipements en capacité d'accueil pour 1000 personnes âgées

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Objectif
Écart interdépartemental	23,2 %	24,4 %	23,2 %	22,4 %	21,6 %	19,9 %	19,3 %	18,9 %	18,6%	17,9%	17,8%	Réduction des écarts
Écart interrégional	17,9 %	19,6 %	17,3 %	16,5 %	15,9 %	14,4 %	13,6 %	13,6 %	13,3%	13,6%	14,6%*	
Médiane des départements	132,0	129,6	127,8	131,1	132,9	133,1	131,9	132,6	132,5	131,9	132,8	
Médiane des régions	131,9	130,5	129,8	130,5	131,5	130,7	129,7	129,5	129,3	128,5	132,1*	
Moyenne nationale	125,9	124,1	125,3	126,3	127,3	128,1	127,3	128,0	128,0	128,2	128,7	

* : valeur de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale

Note de lecture : en 2016, on compte en moyenne sur la France métropolitaine 128,2 places en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; la moitié des départements dispose d'au moins 132,8 places pour 1 000 personnes âgées. On observe pour les régions une dispersion des taux d'équipement de 14,5 % autour de la moyenne nationale. Si l'on considère les départements, la dispersion est de 17,8 % autour de la moyenne nationale.

Champ: France métropolitaine.

Source: traitement CNSA sur données DREES (FINESS).

c3) Quels effets de politiques de régulation sur les disparités territoriales ?

Comme le soulignent Ratte et Imbaud (2011)³⁰¹, « *les inégalités territoriales sont le fruit de l'histoire, des différences socio démographiques, culturelles et économiques sans oublier l'existence ou non d'autres modes de prise en charge (hôpital, médecins généralistes, infirmières libérales...) et de modes d'organisation familiales qui conduisent à des effets de substitution parfois importants* ». La localisation des EHPAD par exemple est très liée à l'existence de longue date d'établissements sur le territoire³⁰².

La programmation de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées se fait dans le cadre du programme régional de santé³⁰³ (PRS) via le schéma d'organisation médico-sociale (SROMS) et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Les objectifs stratégiques sont définis dans le PRS et leur opérationnalisation dans le SROMS. Le PRIAC s'inscrit dans le prolongement de ce dernier en prévoyant les réalisations et les moyens financiers consacrés à la mise en œuvre des SROMS. C'est un outil de programmation financière. Un certain nombre de départements ont par ailleurs un schéma de l'autonomie³⁰⁴, élaboré en cohérence avec les objectifs et les orientations du PRS et des schémas régionaux de l'organisation médico-sociale.

En pratique, les Agences régionales de Santé lancent des appels à projets, préalable à toute création, transformation ou extension d'établissement ou de service social ou médico-social. La procédure d'appel à projets a été introduite par la loi HPST du 21 juillet 2009.

³⁰¹ Ratte E., Imbaud D. 2011, Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, rapport du groupe de travail n°3 sur la prise en charge de la dépendance de 2011.

³⁰² Ramos-Gorand M., 2015, op. cité

³⁰³ Créé par la loi Hôpital, Santé, Patients Territoire (HSPT) du 21 juillet 2009. Le PRS concerne l'ensemble de la politique de santé. La loi de modernisation du système de santé de 2016 a réformé ce projet régional de santé, avec une généralisation de cette nouvelle formule au 1^{er} janvier 2018.

³⁰⁴ Il était auparavant souvent distingué un schéma dans le champ du handicap et un dans le champ du vieillissement.

« La publication d'un calendrier prévisionnel des appels à projets (AAP), annuel, voire plurianuel, permet d'éclairer l'ensemble des parties prenantes sur les besoins priorités à satisfaire en concordance avec les schémas régionaux de santé et le PRIAC pour le secteur médico-social. La sélection des projets est réalisée dans le cadre de la procédure d'AAP lancée sur la base d'un cahier des charges réalisé par les autorités compétentes. Les promoteurs déposent leurs projets dans les délais fixés par l'avis d'AAP et sont auditionnés par la commission de sélection, afin de compléter leur projet et de répondre aux questions complémentaires des décideurs. La décision d'autorisation est rendue par la ou les autorité(s) compétente(s) après classement des projets par une commission d'information et de sélection des AAP, placée auprès de chaque autorité. »³⁰⁵.

Assurer une offre diversifiée sur l'ensemble du territoire pour répondre à des besoins différents, tendre vers une répartition plus équitable des ressources sur le territoire et une réduction des disparités inter et infra-régionales sont des objectifs affichés par les PRS.

Il est cependant difficile de trouver une information synthétique à la fois sur les objectifs des PRS des différentes régions, sur leur déclinaison opérationnelle ainsi que sur le suivi de leurs réalisations, ce qui permettrait d'étudier la manière dont ils contribuent à la réduction des disparités territoriales³⁰⁶. Une étude de comparaison des politiques sociales et médico-sociales et de planification en faveur des personnes âgées à partir des SROMS et des schémas départementaux d'organisation médico-sociale³⁰⁷ met cependant en évidence les disparités dans les méthodes, les sources et les données utilisées, aussi bien pour établir un état des lieux que pour la planification. L'étude relève, du moins en 2013, la faible fréquence d'évaluation du schéma précédent, en particulier d'un point de vue quantitatif³⁰⁸, avec une comparaison du prévisionnel et du réalisé.

Il est donc nécessaire de poursuivre les travaux dans ce domaine afin de rendre compte des disparités et des dynamiques territoriales en termes d'offre et de mouvements de population afin de mieux appréhender d'éventuelles inégalités territoriales dans la prise en charge de la perte d'autonomie.

³⁰⁵ Extrait de CNSA (2018), Bilan 2016 des appels à projets et des appels à candidatures médico-sociaux des ARS.

³⁰⁶ Des éléments communs apparaissent : la difficulté de bien appréhender les besoins au niveau local, la question de l'infra-territorialité : maillage territorial des dispositifs tels les UHR, les MAIA ou les PASA, zones blanches non desservies par un SSIAD (l'Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne indique ainsi que « 16,6% des bénéficiaires de l'APA à domicile de la région se trouvaient dans des communes non desservies par un SSIAD en 2014 », ORS Auvergne (2015), « Analyse de la répartition des SSIAD en Auvergne en vue d'une meilleure adéquation territoriale de ces services », l'accès financier aux EHPAD (Le SROM Aquitaine 2012-2016 relève, dans la partie sur l'identification des besoins, que « des délais d'admission très longs sont observés pour les places habilités à l'aide sociale, ce qui a parfois pour effet un maintien à domicile dans un état de dépendance avancé ».

³⁰⁷ Association Nationale des CREAI, 2013, « Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale ».

³⁰⁸ « Seulement la moitié des schémas en cours ont effectué un bilan du schéma précédent (41 sur 81 vérifiables) et il s'agit le plus souvent de bilans qualitatifs sans reprise point par point des orientations et des actions prévues aux schémas », Association Nationale des CREAI, 2013, op. cité.

F) LA GOUVERNANCE DU SYSTEME

Les problèmes sont légion ; ils sont identifiés de longue date. Les rapports parlementaires récents y sont revenus.

Efforçons-nous de résumer les termes du débat :

- il y a un problème de construction budgétaire globale, pointé notamment par le rapport du sénateur Bonne : avec une enveloppe fermée votée au Parlement (l'ONDAM médico-social), des dépenses fiscales (fonction des comportements des usagers), des dépenses contingentées, plus ou moins régulables, telles qu'elles résultent des budgets départementaux, une participation des usagers, qui sert bien souvent de variable d'ajustement ;
- il y a un problème de dilution de la responsabilité en matière de financement et d'autorisation des établissements médicalisés, avec d'un côté les ARS, d'un autre côté les conseils départementaux, ce qui a retenti sur la dynamique de constitution de places nouvelles ou de médicalisation et ce qui est au cœur des difficultés des réformes récentes en matière de tarification ;
- les va-et-vient en matière de planification et de programmation ont alimenté la décennie 2000 ; les choses se sont figées au moment de la création des ARS ; elles ne sont pas stabilisées pour autant ;
- côté aide à domicile, le schéma de régulation n'est pas clarifié avec des départements en charge de l'autorisation mais aussi *de facto* responsables en dernier ressort par leur politique tarifaire ;
- en dehors du médico-social, prospère une offre – à travers les résidences services – dont les caractéristiques ne sont pas forcément très éloignées de celle soumise à autorisation et qui dans une certaine mesure peut viser les mêmes publics ;
- la mobilisation des autres politiques en faveur de *l'adaptation de la société au vieillissement* pour reprendre le libellé de la loi de 2015, progresse cahin-caha, malgré les prescriptions faites en matière d'habitat et d'urbanisme ;
- les politiques en matière de formation et de ressources humaines sont plus ou moins articulées avec les besoins en professionnels liés au vieillissement...

Quelles sont aujourd'hui les principales défaillances ?

- à partir d'intentions louables, les réformes de la tarification – soin et dépendance – viennent de démontrer, si besoin était, la nécessité d'articuler les outils (CPOM et réformes tarifaires) et de conduire des études d'impact robustes ;
- ces difficultés démontrent aussi plus fondamentalement, comme l'ont dit les rapports parlementaires, qu'il nous faut repenser tout à la fois, le modèle de prise en charge en établissement, son financement et la question globale de la prise en charge de la perte d'autonomie : les réformes paramétriques ont montré leurs limites ; il faut reconstruire un cadre d'action cohérent ;
- ce cadre d'action cohérent aujourd'hui n'existe pas : au niveau central, les administrations sont dispersées, la CNSA a un rôle éminent mais on n'a jamais tranché le débat originel caisse / agence (cf. encadré) ; au niveau décentralisé, l'action concrète est dépendante de la mobilisation respective de l'ARS et des départements, de leur action conjointe, et des relais de proximité qu'ils trouvent ; faute de ligne d'action cohérente, faute de responsabilités assumées, cela

entretient la dispersion des acteurs, les opérateurs de coordination plus ou moins utiles et une forme d'invisibilité sur les performances ;

- les règles d'autorisation et de financement, combinées avec la dispersion de la gouvernance et des tutelles, concourent à figer les prises en charge : on finance les structures et chaque structure n'a d'autre ambition que de persévérer dans son être, avec l'appui de sa tutelle ;
- les outils de pilotage des politiques publiques font en partie défaut, en particulier en ce qui concerne certaines caractéristiques de l'aide à domicile ou encore l'appréciation des disparités sur le territoire.

Un autre cadre est nécessaire, un autre schéma d'action est possible, ne serait-ce que pour affronter les défis liés à l'amplification considérable des besoins dans les années à venir et à la nécessaire diversification de l'offre.

Encadré : Le rapport du sénateur Bonne et les questions globales d'organisation de la prise en charge

S'il resitue bien les enjeux des réformes de la tarification, le rapport ne s'arrête pas là et s'attelle à la question de la tripartition tarifaire et plus largement encore aux principes de financement et de gouvernance de la dépendance.

S'agissant de la dotation soin, le rapport pose plusieurs questions essentielles en termes de régulation :

- quant au privilège donné aux formes d'hébergement permanent, disposant de formes de financement plus simples et plus sûres ;
- quant à l'articulation entre dépenses sous forfait global et autres dépenses de ville (médicament notamment) ;
- quant à l'articulation entre enveloppe fermée (Ondam médico-social) dont la part dans le financement du soin est de plus en plus importante et enveloppes dépendance et hébergement, avec un risque fort de déport sur ces dernières ;
- quant aux obstacles à la fongibilité entre les enveloppes et donc à une meilleure prise en compte des besoins réels en personnels au sein des établissements.

Par ailleurs, les textes ont cherché à stimuler les formes d'intégration entre les EHPAD et d'autres services mais ces efforts sont encore trop limités et sont souvent contredits par d'autres textes. Autrement dit, il faut pour lui inverser la vapeur et faire leur place aux formes intermédiaires de prise en charge et raisonner parcours de la personne plutôt que places.

Ce changement de paradigme appelé de ses vœux par le rapport consiste en partie à revenir à la philosophie d'origine de certains dispositifs, dont en particulier l'APA, philosophie individuelle oubliée au profit de la simplicité gestionnaire.

Le rapport lie ce financement à la personne plutôt qu'à la structure à la réforme de la répartition des rôles entre Etat/assurance maladie et département, le premier se recentrant sur le pouvoir tarifaire et le financement de l'allocation (ré)individualisée, le second abandonnant le pouvoir tarifaire au profit d'un rôle renforcé de planification et de coordination gériatrique.

Le rapport Bonne traite à part les cas de dépendance les plus lourds, ceux qui relèvent

normalement des USLD, d'une logique de prise en charge sanitaire pour ne pas dire hospitalière. Pour le reste, il convient de bâtir des solutions intégrées qui peuvent varier suivant les territoires et suivant les individus.

ANNEXES

ANNEXE 1 LETTRE DE SAISINE



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le **13 OCT. 2017**

Madame la Présidente, Monsieur le Président,

Les projections démographiques à moyen et long termes de l'INSEE indiquent une nette croissance de la population âgée : d'ici 2040, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de l'espérance de vie. A cette date, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus (contre 18 % en 2013). En particulier, la population âgée de 75 ans et plus augmentera rapidement passant de 9 millions en 2013 à 14,6 millions en 2040.

Cette évolution aura des incidences sur les dépenses projetées en matière de retraite et de santé mais aussi sur la prise en charge de la perte d'autonomie.

Dès lors, il m'apparaît indispensable d'en anticiper les conséquences sur l'offre sanitaire et médico-sociale proposée à la population âgée, afin de mieux répondre aux enjeux de la perte d'autonomie, et de bâtir des parcours de vie et de prise en charge adaptés aux aspirations de la majorité des personnes âgées en matière de maintien à domicile.

À cette fin, je souhaite que vous meniez des travaux pour déterminer, sur la base des projections démographiques et des connaissances épidémiologiques disponibles, notamment en ce qui concerne la prévalence des maladies neuro-dégénératives et des polyopathologies, et de scénarios d'évolution des prises en charge, les besoins en termes quantitatifs et qualitatifs, dans le champ médico-social comme dans le champ sanitaire, à horizon 2030.

Vous travaillerez sur les parcours de soins, notamment en envisageant le domicile en tant que lieu de soins de la personne âgée dans le cadre du « virage ambulatoire ». En suivant le parcours de vie des personnes âgées, vous veillerez tout particulièrement à étudier les différentes modalités de prise en charge existantes, tant à domicile (SSIAD, SPASAD, HAD...) qu'en établissement selon leur degré de médicalisation.

Madame Anne-Marie BROCAS
Présidente du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

Monsieur Bertrand FRAGONARD
Président du Conseil de l'Age

14, AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉL. : 01.40.56.60.00

ANNEXE 2

MALADIES NEURODEGENERATIVES (MND) : TROIS GRANDS TYPES DE TABLEAUX CLINIQUES³⁰⁹

Démence liée à une altération des fonctions cérébrales supérieures

La maladie d'Alzheimer (MA), première cause de MND (environ 900 000 cas), responsable de plus de la moitié des cas de démence de la personne âgée. La dégénérescence fronto-temporale (DFT) se caractérise par des troubles comportementaux relativement précoces (entre 50 et 60 ans). La plus classique des DFT est la maladie de Pick. Dans certains cas familiaux, les troubles comportementaux sont associés à un syndrome parkinsonien.

Démence où l'atteinte motrice est au premier plan

La maladie de Parkinson est la deuxième cause de MND (environ 150 000 personnes traitées en 2010). Elle touche plus de 2 % des sujets de plus de 65 ans, et on dénombre en France plus de 10 000 nouveaux cas par an. Le tableau clinique caractéristique associe un tremblement de repos, une hypertonie (rigidité), une akinésie (difficulté à initier ou à exécuter des mouvements) aboutissant à des troubles de la marche et de la posture.

La sclérose latérale amyotrophique est due à une atteinte dégénérative des neurones moteurs, entraînant une perte progressive des fonctions motrices. Les premiers signes cliniques apparaissent en général entre 50 et 60 ans, avec une prévalence de 4 à 6 pour 100 000 habitants. Le tableau clinique associe une amyotrophie (fonte musculaire), un déficit moteur, des crampes, des fasciculations (contractions brèves des faisceaux musculaires), une atteinte des nerfs crâniens.

Démence progressive associée à des anomalies neurologiques

La chorée de Huntington (CH), ou danse de Saint-Guy, qui touche moins de 1 personne sur 5 000, est une maladie héréditaire caractérisée par l'association d'une démence progressive et de mouvements anormaux choréiques (mouvements brusques et imprévisibles) et athétosiques (mouvements lents de torsion et d'ondulation des membres). Les premiers signes apparaissent entre 30 et 50 ans.

La démence à corps de Lewy est une maladie intermédiaire entre la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson, conjuguant les signes cliniques de ces deux pathologies. Le début est un peu plus précoce que dans la MA, l'évolution peut être plus rapide.

La maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) est une maladie rare, due à l'accumulation dans le cerveau d'une forme anormale de la protéine prion. La maladie touche l'adulte de 50 à 75 ans, et débute par des troubles psychiatriques évoluant rapidement vers la démence. L'évolution vers l'état grabataire et le décès est rapide. La MCJ est dans 85% des cas sporadique, 10 à 15% des cas génétique et dans moins de 5% des cas, est transmise par consommation de viande de bovins atteints par l'encéphalopathie spongiforme bovine ou par inoculation de produits humains contaminés ; elle peut alors toucher des patients beaucoup plus jeunes.

³⁰⁹ Nathalie CARTIER-LACAVE, directeur de recherche à l'I.N.S.E.R.M, Caroline SEVIN, auteur, « MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES », Encyclopædia Universalis 2018

ANNEXE 3

LE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE DES MAMA

Les estimations de fréquence des MAMA proviennent essentiellement de l'étude de cohorte longitudinale Paquid. Cette étude a débuté en 1988 et a inclus 3 777 personnes âgées de 65 ans et plus, résidant à domicile dans les départements de Gironde ou de Dordogne. Le suivi permet de produire des estimations de prévalence, sur les facteurs de risque de MAMA, l'évolution des performances cognitives et fonctionnelles des sujets et leur pronostic de survie. Cette cohorte est vieillissante et les autres cohortes, notamment celle des Trois-Cités (10 000 sujets âgés de plus de 65 ans résidents de Bordeaux, Dijon, et Montpellier) sur les déterminants vasculaires des démences, ne permettent pas le suivi des MAMA.

Constances est une cohorte récente qui permettra la production de données de surveillance du vieillissement et des démences en particulier : 200 000 individus de 18 à 69 ans suivis par questionnaires tous les ans, avec un examen de santé tous les 5 ans et analyse de l'évolution des performances cognitives (pour les plus de 45 ans). Son atout majeur réside dans son chaînage avec les données du SNIIRAM. Elle ne comprend pas le diagnostic de démence mais il est prévu une validation des cas potentiels de MAMA, repérés par des informations en provenance de leurs médecins ainsi que par des informations contenues dans le SNIIRAM.

En parallèle des cohortes, l'utilisation de données du SNIIRAM, base médico-administratives de l'Assurance maladie a l'avantage de la représentativité, de la remontée systématique des données et de son faible coût. Mais pour repérer les MAMA, les algorithmes développés se basent sur la consommation de médicaments antidémence, la présence d'une affection de longue durée (ALD) pour démence et l'hospitalisation avec un diagnostic de démence. Or, les médicaments antidémence ne sont pas forcément prescrits, le malade n'est pas forcément admis en ALD et un malade n'est pas hospitalisé de façon systématique. Ainsi, les cas de MAMA identifiés dans le SNIIRAM sont inférieurs d'environ 60% aux prévalences attendues à partir de la cohorte Paquid. En revanche, chez les moins de 70 ans, les estimations sont en adéquation avec ce qui était attendu.

En complémentarité des données de cohortes et des bases médico-administratives, la Banque nationale Alzheimer (BNA) collecte de manière systématique les données des patients consultant un centre mémoire ou un centre de mémoire de ressources et de recherche depuis 2010 (voir partie Dépistage page 9). Elle présente un potentiel intéressant pour le suivi des MAMA car elle utilise une définition homogène entre les centres pour repérer les MAMA et permet l'identification fine des différents sous-types de démence, rarement étudiés dans les cohortes. Mais les résultats de son évaluation montrent qu'elle ne permet pas encore de construire des indicateurs de surveillance des MAMA notamment du fait de certains défauts de qualité des données : valeurs manquantes, incohérences, erreurs de codage, etc.

Sources : SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

ANNEXE 4

LE RECOURS AUX AIDES TECHNIQUES ET A L'AMENAGEMENT DU LOGEMENT A PARTIR DE L'ENQUETE HSM

L'enquête HSM³¹⁰ de 2008 a recensé les aides techniques et les aménagements du logement (voir encadré ci-dessous) dont bénéficient les personnes âgées et en situation de handicap ou de dépendance, ainsi que celles dont elles auraient besoin.

En 2008, 25 % des personnes âgées de plus de 60 ans, vivant à domicile (ménages ordinaires) ont eu recours à au moins une aide technique ou ont fait réaliser au moins un aménagement de leur logement. Cette proportion paraissait relativement stable depuis 1999 : 22 %, estimé à partir de l'enquête HID, Handicap incapacité dépendance de 1999.

L'usage d'une aide technique est deux fois plus fréquent que l'aménagement de logement : 20 % des personnes âgées utilisent au moins une aide technique et 10 % ont fait au moins un aménagement dans leur domicile.

Encadré : Aides et aménagements du logement relevés dans l'enquête HSM

Les aides

Les soins personnels et la protection : sonde ou collecteur d'urine, protection aux absorbante, aide pour personnes portant une stomie.

Aides aux déplacements : canne ou béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, fauteuil électrique, tricycle, scooter adapté, autres aide pour marcher ou se déplacer.

Aides de transfert : planche, sangles, harnais, lève personne, autres aide pour aller au lit du lit au fauteuil.

Aides auditives : appareil auditif, matériel audiovisuel, boucle magnétiques, amplificateur de voix, autres ...

Les aménagements du logement

Accessibilité : porte spécialement élargie, couloir spécialement élargi, regroupement de pièces.

Pièce adaptée : toilettes adaptées, salle de bain adapté, cuisine adapté.

Meubles adapté : table adaptée, lit électrique ou médicalisé, siège adapté.

Dispositif de soutien, autres: dispositif lumineux équipements de domotique.

³¹⁰ Données de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) réalisée en 2008 par la DREES et l'INSEE dont l'objectif, comme l'enquête HID, était notamment de mieux appréhender les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne par les personnes malades ou en situation de handicap. Sources *Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement*, DREES, Etudes et résultats n° 823, décembre 2012

Tableau 1- Recours aux aides techniques et aménagements du logement, selon le GIR, l'âge et le sexe

		Nature des aides mobilisées		
		Au moins une aide technique (%)	Au moins un aménagement du logement (%)	Au moins une aide technique ou un aménagement du logement (%)
GIR	1 et 2	82	56	86
	3 et 4	73	45	81
	5 et 6	16	7	21
Âge	Moins de 80 ans	13	7	17
	80 ans et plus	47	21	53
Sexe	Femme	22	11	27
	Homme	18	8	21
Ensemble		20	10	25

Lecture • 86 % des personnes en GIR 1 et 2 ont au moins une aide (aide technique ou aménagement du logement).

Champ • Personnes de 60 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.

Sources : Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, INSEE.

Les aides techniques les plus déclarées par les personnes de plus de 60 ans sont les aides au déplacement (14%), suivies par les aides auditives (7%). La téléalarme est déclarée par 4% des personnes, par 18% pour les personnes estimées³¹¹ en GIR 1 et 2 et par 25% en GIR 3 et 4.

Le recours aux aides techniques et aux aménagements du logement est très lié au niveau de dépendance : 82 % des personnes en GIR 1 et 2 ont eu recours à au moins une aide technique, et 56% à au moins un aménagement du logement (86 % au moins une de ces aides).

La proportion de personnes dépendantes augmentant fortement avec l'âge, l'utilisation des aides est mécaniquement plus fréquente aux grands âges. 47 % des personnes de 80 ans et plus ont eu recours à au moins une aide technique et 21 % à au moins un aménagement du logement (53 % au moins une de ces aides).

Le recours aux aides techniques pour les personnes les plus dépendantes (estimées en GIR 1 ou 2) ne dépend pas de leur âge, de leur sexe, de leur isolement ou de leur catégorie socioprofessionnelle, ni même de leur déficience. En revanche pour les personnes les plus autonomes (estimées GIR 3 à 6) l'âge est le facteur qui augmente le plus la probabilité de l'utilisation d'une aide technique. Le fait de vivre seul augmente l'utilisation des aides techniques : 11% des personnes seules déclarent utiliser une téléalarme par exemple (contre 4% en moyenne).

³¹¹ Le niveau de dépendance est évalué dans l'enquête à partir d'une estimation du GIR.

ANNEXE 5

LES AIDES TECHNIQUES ET PONCTUELLES DANS LES PLANS NOTIFIÉS

Les personnes résidant à domicile peuvent demander une aide au département correspondant à la valorisation d'un plan d'aide notifié par le conseil départemental après l'évaluation in situ, par une équipe médico-sociale, de leurs besoins en aides humaines, techniques ou ponctuelles nécessaires à son maintien à domicile.

A partir des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA, la DREES³¹² montre que si les plans notifiés par les départements aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prévoient quasi systématiquement le recours à de l'aide humaine, près de quatre plans sur dix incluent également des aides dites techniques ou ponctuelles³¹³.

Les aides techniques les plus fréquentes sont la téléalarme (54% des plans), les fournitures d'hygiène (41%) et le portage de repas (22%).

Les aides ponctuelles sont plus rares, prévues dans 5% seulement de ces plans.

La DREES a montré le rôle décisif joué par la situation de couple dans les choix d'aides opérés. C'est la variable la plus déterminante dans le recours à la téléalarme ou au portage de repas : les bénéficiaires en couple ont moins recours à ces aides que les bénéficiaires isolés. Les autres critères sensibles sont ensuite l'âge, le GIR.

Les plans prévoyant uniquement de l'aide technique ou ponctuelle sont rares. Ce sont les moins coûteux et les moins susceptibles d'atteindre le plafond légal autorisé (moins de 8%) (Voir Tableau). Contrairement aux plans comportant de l'aide humaine, leur montant notifié médian varie peu en fonction du GIR. Ce montant est très faible par rapport aux montants observés dans les plans incluant de l'aide humaine (116 euros mensuels contre plus de 440 euros), les aides techniques étant globalement moins coûteuses.

³¹² DREES, Etudes et résultats 1033, octobre 2017, Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées

³¹³ Les aides techniques, versées tout au long de l'année, comprennent notamment les fournitures d'hygiène, le portage des repas et la téléalarme ; les aides ponctuelles peuvent inclure la pose de barres d'appui, l'achat de dispositifs de soutien (fauteuil roulant, etc.) ou l'aménagement du logement (adaptation des meubles, de la salle de bain ou de la cuisine).

Tableau 1. Montants mensuels médians des plans notifiés et part des plans saturés (au seuil de 96%), selon le type de plan et le GIR du bénéficiaire

		Montant mensuel médian (en euros)	Part de plans saturés
Aides techniques et ponctuelles uniquement	Ensemble	116	7,6%
	GIR 1	120	8,9%
	GIR 2	110	7,2%
	GIR 3	120	9,0%
	GIR 4	117	7,0%
Aide humaine uniquement	Ensemble	456	22,4%
	GIR 1	1218	54,5%
	GIR 2	998	40,2%
	GIR 3	691	31,9%
	GIR 4	345	13,7%
Aides humaine, techniques et ponctuelles	Ensemble	504	21,0%
	GIR 1	1122	34,5%
	GIR 2	909	29,0%
	GIR 3	671	25,0%
	GIR 4	396	15,3%

Note • Pour rappel, les plafonds APA s'élevaient en 2011 à 540 euros par mois pour les GIR 1, 811 euros pour les GIR 2, 1 080 euros pour les GIR 3 et 1 262 euros pour les GIR 4 (encadré 1).

Lecture • Pour les bénéficiaires de l'APA en GIR 1, les plans d'aide ne comportant que des aides humaines présentent un montant médian notifié de 1 218 euros mensuels ; ils sont 55 % à être saturés au seuil de 96 %, c'est-à-dire que leur montant notifié est supérieur à 96 % du montant du plafond ($96 \% \times 1\,262 = 1\,211,5$ euros par mois).

Champ • France métropolitaine, bénéficiaires ayant des droits ouverts pour l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Source • DREES – Données individuelles APA de 2011.

Pour la DREES, la comparaison des taux de saturation des différents types de plans « peut laisser penser que, dans le cas de plans notifiés saturés (plus fréquents parmi les GIR 1 et 2), pour lesquels des arbitrages doivent être éventuellement faits entre les différents types d'aides afin de rester en deçà du plafond réglementaire, les arbitrages se font au détriment de l'aide technique ou ponctuelle. »

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

www.hcfea.fr

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.



Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie