

Sommaire

Remerciements.....	7
Résumé.....	9
Résumé en anglais.....	10
Sommaire	11
Liste des tableaux.....	17
Liste des figures	20
Liste des annexes	23
Introduction générale	24
 LIVRE 1 - LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE, L'OFFRE ADAMINISTRATIVE : EVOLUTION ET STRUCTURATION	 55
Introduction du premier livre	57
 CHAPITRE 1 Historique et évolution du secteur médico-social	 58
1.1 Du temps des hospices pour « vieux » aux maisons de retraite pour personnes âgées	58
1.2 Quelle évolution des modes de prise en charge des personnes âgées aux 19ème et 20ème siècles ?	62
1.3 Un secteur dynamique qui se dote d'une structuration institutionnelle efficace au cours du 20ème siècle.....	66
1.3.1 Les grandes lois et les principales orientations depuis 1975... ..	66
1.3.2 ... jusqu'aux lois « HPST » de 2009 et « SPTS » de 2014	70
1.3.3 Mesures spécifiques au développement des services et de l'emploi à domicile	73
1.3.4 Les premières prestations en faveur des personnes âgées	76
1.4 Evolution capacitaire et spatiale de l'offre d'hébergement des années 1960 aux années 2010	80
1.4.1 Du milieu du 20ème siècle.....	81
1.4.2 ... jusqu'à nos jours.....	84
 CHAPITRE 2 La prise en charge de la dépendance au-delà des frontières nationales	 93
2.1 La situation de la France par rapport aux pays de L'OCDE.....	93
2.1.1 Démographie et projections mondiales	93
2.1.2 Evolution de l'espérance de vie et ses effets selon les pays	98
2.2 Quelle prise en charge de la dépendance en France et dans les pays de l'OCDE ?	103
2.2.1 Le domicile et l'institutionnalisation : recherche constante d'une amélioration de la qualité de prise en charge	104

2.2.2 Le rôle primordial des aidants	107
2.3 Le financement de la dépendance.....	109
2.3.1 Panorama de la couverture de la dépendance en OCDE	109
2.3.2 Dépenses liées à la dépendance selon le PIB et les revenus des pays	110
2.4 Une conception internationale du vieillissement et de la dépendance.....	115
2.4.1 Echelle internationale : quelle démarche pour quels objectifs ?.....	115
2.4.2 Une mobilité résidentielle croissante des retraités	118
2.4.2.1 Les grandes tendances migratoires des retraités selon les pays	119
2.4.2.2 Le comportement des retraités français	120
2.4.2.3 L'attrait des retraités étrangers pour la France	129
2.4.3 Les conventions internationales – Exemple de la France et de la Belgique	130
2.4.4 Les migrations des plus âgés et leur rôle dans la dynamique économique territoriale...	134
CHAPITRE 3 Les principales entités administratives du système de prise en charge en faveur des personnes âgées dépendantes	144
3.1 Le Conseil Général : acteur et pilote d'une politique gérontologique.....	144
3.2 L'Agence Régionale de Santé : un rôle de coordination	146
3.3 La commune et le centre communal d'action sociale : des acteurs locaux	148
3.4 Les organismes de sécurité sociale : un engagement de plus en plus important dans le maintien à domicile	150
3.5 La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : un rôle d'accompagnement et d'équité territoriale.....	151
3.6 Le premier réseau français pour le maintien à domicile.....	154
3.7 Le comité départemental des retraités et des personnes âgées	155
CHAPITRE 4 Les prestations en faveur des personnes âgées.....	158
4.1 Les aides sociales en faveur des personnes âgées	158
4.2 L'allocation personnalisée d'autonomie.....	161
4.2.1 Cadre général et conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie....	161
4.2.2 L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile	163
4.2.2.1 Démarches pour bénéficier de l'APA à domicile	163
4.2.2.2 Calcul du montant de l'APA et de la participation du bénéficiaire	165
4.2.2.3 L'APA en prison	167
4.2.3 L'APA en établissement.....	168
4.2.3.1 Démarches d'attribution de l'APA en établissement	169
4.2.3.2 Calcul du montant de l'APA et de la participation du bénéficiaire	170

4.2.4	Ressources de l'APA.....	172
4.2.5	Evolution et projections du nombre de bénéficiaires de l'APA	173
4.3	Les autres aides sociales.....	182
4.3.1	L'aide sociale à l'hébergement (ASH).....	182
4.3.2	Les aides des caisses d'allocations familiales	184
4.3.3	L'aide au financement pour l'adaptation de l'habitat.....	184
4.3.4	Les avantages fiscaux : crédits d'impôt et réduction d'impôt	185
4.3.5	Les exonérations des cotisations de sécurité sociale	186
4.4	Les services à la personne	187
4.4.1	Les services sanitaires	187
4.4.2	Les services à la personne relevant du champ social.....	190
CHAPITRE 5	Le financement de la dépendance	195
5.1	Volume financier de la prise en charge des personnes âgées à l'échelle nationale	195
5.2	Répartition des dépenses publiques et privées	198
5.2.1	Un financement majoritairement public... ..	199
5.2.2	... mais des financements privés en constante augmentation.....	204
5.2.2.1	<i>Le reste à charge des individus</i>	204
5.2.2.2	<i>L'assurance privée</i>	208
5.3	Projections des dépenses liées à la dépendance et à l'APA.....	211
5.4	Coût de réhabilitation ou de construction d'un EHPAD	214
5.5	Perspectives et grandes orientations du système pour une meilleure prise en charge et une réduction des dépenses inappropriées	217
5.5.1	Une restructuration du système	217
5.5.2	Un parcours de soins global	218
5.5.3	Revoir la formation et l'emploi	221
5.5.4	La personne et son entourage au centre du dispositif de prise en charge	223
5.5.5	Le renforcement du rôle des ARS	224
5.5.6	La restructuration des dépenses.....	225
5.5.7	L'indispensable recueil des données	227
5.5.8	Le recours à des financements privés reste envisageable.....	228
	Conclusion du premier livre.....	231
LIVRE 2	LES EHPAD : QUEL POIDS ET QUELS BESOINS ?.....	233
	Introduction du second livre.....	235

CHAPITRE 1 Le paysage français de l'offre en EHPA.....	237
1.1 L'offre d'hébergement complet : tendances actuelles et projections	237
1.2 L'institutionnalisation : les différentes solutions d'hébergement.....	241
1.3 Organisation administrative d'un EHPAD	246
1.4 Un cadre tarifaire complexe et mouvant.....	249
1.5 Le coût mensuel d'un hébergement.....	252
 CHAPITRE 2 Le défis du domicile : un secteur qui nécessite des besoins spécifiques et des adaptations	 259
2.1 Caractéristiques des personnes âgées à domicile et profil de recours pour les aides à domicile.....	259
2.2 Distribution nationale et coûts des services de soins infirmiers à domicile	264
2.3 Les enjeux du domicile : une adaptabilité indispensable des logements et de l'environnement des individus âgés	268
2.3.1 Des partenaires et des prestations diversifiés	269
2.3.2 Le quartier et la ville : à chaque échelle ses adaptations	273
2.3.3 Transports et mobilité : des paramètres pour lutter contre l'isolement	275
2.3.4 L'aide que peuvent représenter les nouvelles technologies numériques.....	277
2.3.5 Solvabilité et harmonisation tarifaire des services et des soins à domicile	281
 CHAPITRE 3 Les emplois autour de la personne âgée : besoins actuels et futurs	 285
3.1 Une évolution exponentielle des emplois liés à la prise en charge de la dépendance	285
3.1.1 Les différentes professions relatives à la prise en charge de la dépendance	285
3.1.2 Représentativité des « Equivalents Temps Plein » et taux d'encadrement en établissement et à domicile	288
3.2 Une indispensable professionnalisation du secteur de l'aide et des services à la personne âgée	300
3.2.1 Encadrement de l'emploi du secteur des services et des soins à la personne	300
3.2.2 Professionnalisation, formation, certificat de compétence du CNAM, validation des acquis d'expérience	302
3.3 Les enjeux de l'aide informelle	305
3.3.1 Une ressource en baisse.....	305
3.3.2 Un soutien indispensable aux aidants.....	307
3.4 Maillage et coordination – l'importance des centres locaux d'information et de coordination et des réseaux gérontologiques.....	309

CHAPITRE 4 – La région Poitou-Charentes : modélisation et résultats	315
4.1 Quelle offre de prise en charge de la dépendance pour une région à la situation démographique particulière ?	315
4.1.1 Morphologie et contrastes de la région Poitou-Charentes	316
4.1.1.1 Démographie et projection de la population âgée régionale	316
4.1.1.2 Une région vieillissante	318
4.1.1.3 Attractivité et migrations au sein de la région	321
4.1.2 Consommation des personnes âgées dépendantes	325
4.1.2.1 Les bénéficiaires de l'APA et le reste à charge	325
4.1.2.2 La consommation régionale des personnes âgées : entre le domicile et l'institutionnalisation	328
4.1.2.3 Le recours de la population âgée aux services des urgences	331
4.1.3 L'offre de prise en charge de la dépendance en faveur des personnes âgées dépendantes	334
4.1.3.1 L'offre d'hébergement complet et temporaire	334
4.1.3.2 Les SSIAD	337
4.1.3.3 Professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes	341
4.1.3.4 Le CLIC : un acteur central des réseaux gérontologiques	347
4.1.3.5 Le financement du secteur médico-social : budget au sein de l'ONDAM 2013 et priorités régionales	348
4.2 Approche empirique de la demande et de l'offre d'hébergement de la personne âgée	351
4.2.1 L'enquête expérimentale menée au sein du département de l'Allier	351
4.2.1.1 Critique des sources	353
4.2.1.2 Une méthodologie originale pour la réalisation des enquêtes de terrain	356
4.2.2 L'enquête sur l'offre et la demande d'hébergement en faveur des personnes âgées dépendantes	361
4.2.2.1 Une participation satisfaisante mais qui reste partielle	361
4.2.2.2 Un redressement des données nécessaire	363
4.2.2.3 Flux inter départementaux	365
4.3 Projections de l'hébergement des personnes âgées en Poitou-Charentes	372
4.3.1 Taux et projections d'hébergement en Poitou-Charentes	372
4.3.2 Projections du nombre de journées d'hébergement selon les flux interdépartementaux	377
4.3.2.1 Journées allochtones aux départements des établissements répondants	377
4.3.2.2 Journées allochtones des départements pour les établissements non répondants	378
4.3.3 Volume global de journées d'hébergement aux horizons 2020-2030	380
Conclusion du second livre	384

Conclusion générale	387
Bibliographie.....	403
GLOSSAIRE.....	434
Annexes.....	439



Liste des tableaux

Tableau 1 - Les dix variables discriminantes de la grille AGGIR	35
Tableau 2 - Taux d'équipement en lits installés en EHPAD en Poitou-Charentes en 2010	52
Tableau 3 - Parc des maisons de retraite et des hospices en 1962 et 1968	82
Tableau 4 - Personnes hébergées dans les maisons de retraite en 1962 et en 1968	83
Tableau 5 - Effectifs et taux d'hébergement des personnes vivant en maisons de retraite	83
Tableau 6 - Capacités des établissements de 2003 à 2011	88
Tableau 7 - Evolution de la structure de la population en France	94
Tableau 8 - Décès et taux de mortalité en France entre 1985 et 2010	101
Tableau 9 – Les 20 PIB les plus importants en 2011 et 2012 (estimations pour 2012)	112
Tableau 10 - PIB par habitant en 2011 et 2012 (estimations pour 2012)	112
Tableau 11 - Population âgée de plus de 60 ans ayant changé de résidence	123
Tableau 12 - Taux annuels de migration nette entre 1999 et 2004 pour 10 000 habitants	123
Tableau 13 - Part des personnes âgées en fonction de la taille d'unité urbaine	126
Tableau 14 - Comparaison du personnel (ETP) entre les établissements français et belges..	132
Tableau 15 - Aide sociale départementale en faveur des personnes âgées de 2007 à 2011...	160
Tableau 16 - Calcul du montant de l'APA à domicile	165
Tableau 17 - Montant moyen mensuel de l'APA à domicile entre 2002 et 2011	167
Tableau 18 - Montants moyens mensuels de l'APA en établissement	171
Tableau 19 - Calcul du montant de l'APA en établissement	171
Tableau 20 - Degré de dépendance des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2007 et 2011 (%)	178
Tableau 21 - Plan de loi de financement de la sécurité sociale 2013 (Milliards d'euros).....	196
Tableau 22 - ONDAM 2013.....	197
Tableau 23 - Répartition des dépenses publiques et privées liées à la dépendance en 2010 .	198
Tableau 24 - Estimation du ticket modérateur global de l'APA à domicile en 2010.....	205
Tableau 25 - Tarifs moyens selon le statut de l'établissement en 2007	206
Tableau 26 - Revenus disponibles moyens par unité de consommation (UC).....	207
Tableau 27 - Projections des coûts de personnels à domicile et en établissement.....	211
Tableau 28 - Projections des dépenses d'APA selon le modèle « Destinie » (scénario central)	214
Tableau 29 - Nombre de structures d'hébergement pour personnes âgées	238
Tableau 30 - Niveau de vie moyen et taux de pauvreté	260

Liste des tableaux (suite)

Tableau 31 - Patrimoine moyen et médian des personnes âgées en 2010.....	261
Tableau 32 - Personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 ..	290
Tableau 33 - Répartition du personnel salarié des SSIAD et taux d'encadrement	298
Tableau 34 - Principales professions au service des personnes âgées en 2015.....	299
Tableau 35 - Nombre de demandes de VAE entre 2003 et 2006.....	304
Tableau 36 - Evolution de la population âgée par territoire de santé entre 2010 et 2040.....	319
Tableau 37 - Population étrangère en région Poitou-Charentes en 2006.....	322
Tableau 38 - Taux de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes de plus de 60 ans	326
Tableau 39 - Répartition des bénéficiaires de l'APA par GIR en 2010 (%).....	326
Tableau 40 - Bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance.....	327
Tableau 41 - Taux de bénéficiaires de l'APA selon le statut des établissements	327
Tableau 42 - Répartition des entrées des individus par tranche d'âge	329
Tableau 43 - Degré de dépendance	330
Tableau 44 - Motifs de sorties des établissements en 2010	331
Tableau 45 - Nombre de passages aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans	332
Tableau 46 - Part des personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées	333
Tableau 47 - Capacités d'accueil des établissements d'hébergement.....	335
Tableau 48 - Statut juridique des établissements répondants (%).....	335
Tableau 49 - Taux d'équipement en lits installés et autorisés en EHPAD (%).....	336
Tableau 50 - Nombre de places autorisées dans les EHPAD.....	337
Tableau 51 - Nombre de places autorisées et installées en SSIAD au 31 août 2011	338
Tableau 52 - Journées observées et taux d'occupation des établissements répondants	362
Tableau 53 - Estimation du nombre de lits des établissements non répondants	364
Tableau 54 - Estimation des journées réalisées des établissements répondants et non répondants en Poitou-Charentes	364
Tableau 55 - Personnes âgées autochtones hébergées en région Poitou-Charentes.....	366
Tableau 56 - Personnes âgées allochtones hébergées en région Poitou-Charentes.....	367
Tableau 57 - Origines des personnes hébergées dans les départements.....	368
Tableau 58 - Taux d'autarcie et de taux de fuites des personnes hébergées par département	369
Tableau 59 - Projection des journées d'hébergement de 2010 à l'horizon 2030	374
Tableau 60 - Projections des journées d'hébergement de 2010 à 2030	376

Liste des tableaux (suite)

Tableau 61 Evolution du volume total de journées d'hébergement.....	377
Tableau 62 - Projections des journées d'hébergement de 2010 à l'horizon 2030.....	378
Tableau 63 - Projections des journées d'hébergement de 2010 à l'horizon 2030.....	379
Tableau 64 - Evolution du volume total de journées d'hébergement	380
Tableau 65 - Projections globales des journées d'hébergement de 2010 à l'horizon 2030 ...	380
Tableau 66 - Projections de volume de journées d'hébergement supplémentaires.....	381
Tableau 67 - Solde entre les entrées et les sorties des séjours d'hébergement en 2010.....	382

Liste des figures

Figure 1 - Classification Internationale du Handicap (CIH)	29
Figure 2 - Classification internationale de fonctionnement (CIF) de l’OMS	31
Figure 3 - Nombre de lits de maisons de retraite en 2014.....	40
Figure 4 - Taux d’équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans en EHPA en 2011	42
Figure 5 - Taux de SSIAD pour les personnes âgées de plus de 75 ans en 2010.....	44
Figure 6 - Projection du nombre de places d’EHPAD	45
Figure 7 - Taux de personnes âgées de plus de 75 ans en 1992 (‰)	85
Figure 8 - Taux de personnes âgées de plus de 75 ans en 2007 (‰)	86
Figure 9 - Taux de personnes âgées de plus de 75 ans en 2011 (‰)	86
Figure 10 - Taux d’équipement en hébergement complet pour 1 000 personnes	90
Figure 11 - Taux d’équipement en hébergement complet pour 1 000 personnes	91
Figure 12 - Taux d’équipement en hébergement complet pour 1 000 personnes	91
Figure 13 - Dynamique démographique des personnes âgées de plus de 60 ans.....	95
Figure 14 - Age de départ en retraite (officiel et effectif) des hommes et des femmes	97
Figure 15 - Espérance de vie à l’âge de départ à la retraite pour les hommes et les femmes en 2010 en OCDE	98
Figure 16 - Ratio entre les populations en âge d’être en retraite et les populations en âge de travailler	98
Figure 17 - Espérance de vie des femmes à 65 ans en 2010	100
Figure 18 - Espérance de vie des hommes à 65 ans en 2010	100
Figure 19 - Dépenses publiques de soins de longue durée en 2011	113
Figure 20 - Taux de croissance des dépenses publiques liées aux soins de longue durée	114
Figure 21 - Taux annuels de migrations régionales des personnes de plus de 60 ans.....	124
Figure 22 - Origine géographique des personnes âgées pour trouver un EHPA (%).....	128
Figure 23 - Localisation des résidences « Sénioriales » en France en 2013	140
Figure 24 - Les différents outils de planification médico-sociale	148
Figure 25 - Budget primitif de la CNSA pour 2013.....	153
Figure 26 - Répartition du budget primitif de la CNSA pour 2013	153
Figure 27 - Financeurs des prestations relatives à la dépendance.....	156
Figure 28 - Dépenses départementales d’aides sociales.....	160
Figure 29 - Evolution des montants d’APA en euros à domicile et en établissement entre 2002 et 2011 selon le reste à charge des particuliers et le financement des conseils généraux	172

Liste des figures (suite)

Figure 30 - Taux de bénéficiaires d'APA en fonction	174
Figure 31 - Taux de bénéficiaires d'APA en fonction	174
Figure 32 - Taux de bénéficiaires d'APA en fonction	175
Figure 33 - Volume de personnes âgées de plus de 75 ans en 2002 (%)	176
Figure 34 - Volume de personnes âgées de plus de 75 ans en 2007 (%)	176
Figure 35 - Volume de personnes âgées de plus de 75 ans en 2011 (%)	177
Figure 36 - Evolution du taux de bénéficiaires de l'APA à domicile	179
Figure 37 - Evolution du taux de bénéficiaires de l'APA à domicile	180
Figure 38 - Evolution du taux de bénéficiaires de l'APA à domicile	181
Figure 39 - Part des dépenses publiques et des dépenses privées	199
Figure 40 - Part des dépenses en fonction du degré de dépendance (de chaque GIR).....	200
Figure 41 - Répartition des dépenses par type de financeurs	201
Figure 42 - Répartition des dépenses publiques en faveur de la dépendance	202
Figure 43 - Le Plan personnalisé de santé en dix points clés	221
Figure 44 - Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans	240
Figure 45 - Créations de lits d'hébergement entre 2012 et 2040	241
Figure 46 - Fonctionnement d'un EHPAD	248
Figure 47 - Tarifs mensuels d'hébergement en EHPAD en 2012.....	254
Figure 48 - Ecart entre le tarif moyen d'hébergement et le revenu moyen des retraités en 2012	256
Figure 49 - Part des personnes âgées de plus de 75 ans qui résident seules	261
Figure 50 - Part des personnes âgées de plus de 65 ans propriétaires.....	263
Figure 51 - Taux de SSIAD pour 1 000 personnes de plus de 75 ans en 2010.....	265
Figure 52 - Répartition des magasins « Cap Vital Santé » en France métropolitaine en 2014	280
Figure 53 - Evolution des emplois à domicile entre 1992 et 2000 (chiffres bruts).....	292
Figure 54 - Evolution des emplois à domicile entre 2000 et 2010 (chiffres bruts).....	293
Figure 55 - Indice de vieillissement en France en 1990.....	295
Figure 56 - Indice de vieillissement en France en 1999.....	296
Figure 57 - Indice de vieillissement en France en 2006.....	297
Figure 58 - Créations nettes d'emplois d'aides et de soins entre 2010 et 2020	299
Figure 59 - Population totale en Poitou-Charentes en 2010.....	317

Liste des figures (suite)

Figure 60 - Taux des personnes âgées de plus de 75 ans pour 1 000 habitants	320
Figure 61 - Proportion de la population britannique par rapport à l'ensemble des étrangers	323
Figure 62 - Répartition des bénéficiaires âgés des SSIAD	340
Figure 63 - Aides à domicile en 1993 (chiffres bruts)	343
Figure 64 - Aides à domicile en 2000 (chiffres bruts)	343
Figure 65 - Aides à domicile en 2010 (chiffres bruts)	344
Figure 66 - Indice de vieillissement de la région Poitou-Charentes en 1990.....	345
Figure 67 - Indice de vieillissement de la région Poitou-Charentes en 1999.....	346
Figure 68 - Indice de vieillissement de la région Poitou-Charentes en 2006.....	346
Figure 69 - Répartition du budget médico-social de la région Poitou-Charentes	349
Figure 70 - Budget alloué aux EHPAD et aux SSIAD selon les départements	349
Figure 71 - Etablissements répondants et non répondants à l'enquête	362
Figure 72 - Bassins gérontologiques empiriques de Poitou-Charentes en 2010.....	370
Figure 73 - Bassins gérontologiques et densité d'agriculteurs.....	371
Figure 74 - Taux de journées d'hébergement en maison de retraite par âge et par sexe pour 1000 personnes en Poitou-Charentes en 2010.....	373
Figure 75- Evolution du nombre de journées d'hébergement en maison de retraite	375
Figure 76 - Déficit en lits selon les départements entre 2010 et 2030	383

Liste des annexes

Annexe 1 – Questionnaire en ligne de l'enquête en région Poitou-Charentes.....	439
Annexe 2 - Taux d'équipement en hébergement complet par région	446
Annexe 3 - Evolution démographique de 2001 à 2030 selon les pays de l'OCDE (en milliers)	447
Annexe 4 - Dépenses publiques en faveur des personnes âgées et pensions de réversion dans les pays de l'OCDE entre 1990 et 2007	448
Annexe 5 - Dépenses sociales publiques liées à la vieillesse dans les pays de l'OCDE	449
Annexe 6 – Origine géographique des résidents pour trouver une réponse d'hébergement..	450
Annexe 7 – Ratio entre le revenu moyen des retraités	451
Annexe 8 - Enquête sur le « point de bascule » entre l'hébergement à domicile	452
Annexe 9 - Emplois à domicile (personnes âgées et personnes handicapées)	467
Annexe 10 - Questionnaire enquête EHPA 2011 (DREES)	470
Annexe 11 – Lettre de Monsieur BLANC, Directeur de l'ARS Poitou-Charentes, à destination des directeurs d'établissements	471
Annexe 12 - Lettre CNIL Enquête Poitou-Charentes 2010	472
Annexe 13 - Enquête ARS Poitou-Charentes 2011 sur l'exercice 2010,.....	473

Introduction générale

L'adaptation de la société française au vieillissement démographique est au cœur des réflexions de santé publique actuelles. Face à une demande en constante progression, les rapports autour de la dépendance fleurissent pour tenter d'ajuster l'offre à la demande. Il en va pour preuve les différents projets et rapports publiés tous les ans. Une « mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de la population » est lancée le 25 septembre 2012 par la Ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie. La même année, le gouvernement lance le projet de loi sur la nécessité de trouver des solutions et des mesures relatives à « *toutes les dimensions de la prise en compte de l'avancée en âge* »¹. Le 25 février 2012, le Ministre du Redressement Productif et la Ministre déléguée en charge des Personnes âgées et de l'Autonomie lancent le Fonds sectoriel d'investissement de la « Silver économie ». Plusieurs chantiers sont actuellement en projet comme par exemple la prise en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou encore le vote d'une « loi Autonomie » fin 2015. De ce fait, on se rend bien compte que l'hébergement de la population âgée représente aujourd'hui un sujet prépondérant pour la société. **Les différentes formes de prise en charge sont-elles adaptées aujourd'hui ? Les approches techniques pour définir les types d'hébergement sont-elles cohérentes ? Les établissements d'hébergement s'orientent-ils vers les bonnes options pour prévoir leurs capacités pour les dix à quinze années à venir ? C'est bien ces questions fondamentales qui constitueront le fil conducteur de notre recherche.**

Ces différents axes de réflexion, combinés à l'offre existante, doivent être menés en concordance avec les financements votés lors du Plan de Loi de Financement de Sécurité Sociale (PLFSS). Malgré un contexte budgétaire serré et une nécessaire maîtrise des dépenses nationales, la prise en charge des plus fragiles représente un engagement fort du gouvernement. Entre 2012 et 2013, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) médico-social dédié aux personnes âgées a progressé de 4.6 % alors que l'ONDAM général n'a progressé que de 2.7 %². En 2013, il s'établissait à 8,4 milliards d'euros, soit environ 400 millions d'euros supplémentaires par rapport à 2012.

¹ Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, Annonce du 3 juin 2014 sur le site du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et du droit des femmes : <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,2323/projet-de-loi-relatif-a-l,17323.html> (dernière consultation le 30 août 2014)

² TOURRAINE M., DELAUNAY M., Et al. (2013) *ONDAM et dépense nationale de santé*, Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2013, Annexe 7, 52p.

Notre société vieillit, c'est un fait. Au 1^{er} Janvier 2014, la France compte 66 millions d'habitants, dont 9,1 % de personnes de plus de 75 ans³. Selon les dernières projections démographiques de l'INSEE, si les tendances actuelles se prolongent, la population totale s'élèvera à 73,6 millions de personnes, dont 16,2 % de personnes de plus de 75 ans en 2060⁴. Le vieillissement de la population va continuer de fortement augmenter d'ici 2035 pour ensuite progresser à un rythme plus modéré. De fait, il entraîne de multiples enjeux (emplois, financements des retraites, modes de vie, solidarités intergénérationnelles...) et va conduire à une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant d'incapacités, soit potentiellement à un public en situation de dépendance. Ce vieillissement démographique, qui est le résultat de progrès considérables (sanitaires, sociaux...) depuis un siècle, est perçu par notre société comme un problème social, lié à une représentation négative du vieillissement individuel et aux perspectives démographiques. « *La sénescence représente alors « la rançon » de l'augmentation de la longévité* »⁵. Pourtant, la Ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie précise en septembre 2012 qu'il faut « *transformer les défis du vieillissement en autant d'opportunités* » Et c'est bien là tout l'enjeu actuel ! De plus, il faut rester vigilant à la manière dont on aborde le vieillissement, selon que l'on parle du comportement économique individuel des individus ou que l'on analyse les effets économiques du vieillissement démographique⁶. Cette distinction est importante à prendre en considération. Elle permet d'éviter l'erreur qui consiste à penser que le vieillissement des sociétés provient uniquement du vieillissement biologique individuel.

Selon le dictionnaire Larousse⁷, le vieillissement se définit comme un « *affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge* ». Le vieillissement est ainsi lié à des dimensions d'ordre psychologique, social et existentiel qui se lient entre elles de différentes manières mais qui restent dépendantes des facteurs génétiques, environnementaux et du parcours de vie de chaque individu. De plus, l'avancée en âge entraîne généralement une augmentation de la

³ INSEE, Données INSEE, RGP 2014, visible sur le site Internet de l'INSEE : http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=4149 (dernière consultation le 31 août 2014)

⁴ INSEE, scénario central des projections de population 2007-2060, visible sur le site Internet de l'INSEE : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers_web/projections-population/projections-population.htm (dernière consultation le 31 août 2014)

⁵ HENRARD J-C., *Les multiples facettes du vieillissement, nous n'avons pas l'âge de nos ancêtres*, Laboratoire Santé Vieillesse (UPRES 2509), Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, GIS-ReSP n°2, 2008, Paris, France

⁶ LE PEN C. (2006) L'économie du vieillissement conduit à s'interroger sur ce qu'est une personne âgée, *La lettre du Collège des Economistes de France*, n°4, 17^{ème} année, 8p.

⁷ Site du Dictionnaire le Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillessement/81927> (consulté le 30 janvier 2014)

fréquence des pathologies et une croissance de l'incidence de nombreuses maladies chroniques. Dès lors, la sénescence s'amplifie et provoque certains effets sur la santé. En effet, au fil du temps, les modifications de l'organisme sont responsables de certaines pathologies comme par exemple la ménopause et l'apparition de l'ostéoporose ou encore la perte d'élasticité du cristallin et l'apparition de la cataracte. Finalement, l'organisme se fragilise avec le temps et entraîne l'apparition de pathologies. On assiste alors à une combinaison entre vieillissement et sénescence qui, chez les sujets âgés, donnent lieu à des poly-pathologies. Ces dernières se traduisent par des incapacités fonctionnelles et entraînent une diminution des performances dans les actes de la vie quotidienne. De telles situations nécessitent alors l'intervention d'un tiers.

Handicap et dépendance : deux notions distinctes

Au 21^{ème} siècle, le terme dépendance est utilisé couramment pour définir l'accroissement du nombre de personnes âgées en général. Toutefois, ce terme n'a pas toujours été utilisé de cette manière. Il a beaucoup évolué au cours des années et a renfermé plusieurs significations. En 1895, le sociologue DURKHEIM E. définit la dépendance comme un terme « *qu'on emploie couramment et avec assurance, comme s'il correspondait à des choses bien connues et définies, alors qu'il ne réveille en nous que des notions confuses, des mélanges indistincts d'impressions vagues, de préjugés et de passions* »⁸. Le dictionnaire Le Petit Robert⁹ définit la dépendance comme « *Le fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou de quelque chose* ». Plus tard et jusqu'à la fin des années 1960, le champ lexical de la vieillesse utilise les termes de personnes « *âgées semi-valides, invalides, handicapées, grabataires, voire séniles* ». C'est en 1973 que le terme « dépendance » est utilisé pour la première fois par le Docteur DELOMIER, médecin hospitalier, exerçant parallèlement en structure d'hébergement pour personnes âgées, pour désigner les personnes âgées. Il définit ainsi la dépendance : « *le vieillard dépendant a besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie* »¹⁰. Toutefois, cette vision de la dépendance sera jugée trop médicale et perçue comme négative. Quelques années plus tard, en 1979, le sociologue MEMMI A. donne une nouvelle définition de la dépendance moins

⁸ ENNUYER B., *Les malentendus de la dépendance : de l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, 2002, 336p.

⁹ REY-DEBOVE J., REY A. (1993) *Le nouveau Petit Robert*, Volume 1, Nouvelle édition remaniée et amplifiée, 580p.

¹⁰ DELOMIER Y., Le vieillard dépendant – approche de la dépendance, *Revue gérontologique*, n°12, 1973, p.9

médicale et plus relationnelle. « *La dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou irréels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin* »¹¹. Cette dernière définition prend en compte la dépendance dans son ensemble et ne cantonne plus cette notion au simple fait d'être vieux. Enfin en 1984, le domaine social adopte une définition de la dépendance au sein de son dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement¹² : « *la dépendance est la subordination d'une personne à une autre personne, ou à un groupe, famille ou collectivité* ».

Plus largement et sans se limiter au terme « dépendance », les notions de « troisième et de « quatrième âge » sont apparues plus récemment. A partir des années 1960, la notion de « troisième âge » différencie les plus anciens des jeunes retraités (entre 60 et 80 ans)¹³. Les premiers sont davantage rattachés à la vieillesse alors que les seconds sont encore autonomes et sont associés aux activités, aux loisirs, à la détente et non à l'inactivité. De plus, depuis quelques années, la notion de « quatrième âge » définit les individus plus âgés qui commencent à entrer dans la dépendance¹⁴. Ils sont touchés par des troubles moteurs et des déficits sensoriels et/ou intellectuels, diminuant ainsi leur autonomie. Dans ce dernier cas, les personnes nécessitent souvent des soins médicaux complexes, voire d'une institutionnalisation. Ainsi, la notion de « vieillesse » prend une nouvelle orientation et est désormais associée aux dernières années de vie. Comme le souligne ROBINE J-M. (2000), il faut désormais « *organiser la société plus tôt autour de quatre groupe d'âge et plus seulement autour de trois. Je crois que cette solution pousserait les gens à prévoir leur quatrième âge.* »¹⁵.

A l'échelle internationale, les concepts sont moins centrés sur « la personne âgée » et incluent davantage la dimension de « handicap ». On parle plus généralement « d'incapacité ». Bien entendu, l'usage de ces termes a beaucoup évolué au cours du temps. Tout débute en 1893 avec la création de la classification des causes de décès par le médecin français BERTILLON J.¹⁶. Cette classification répond à un besoin de standardisation internationale des causes de mortalité et marque le commencement de leur recensement. Cette classification sera ensuite révisée à

¹¹ MEMMI A., *La dépendance*, Paris, Ed. Gallimard, 1979

¹² SOURNIA J-C. (1984) *Le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*, Ed. Franterm, Paris, 118p.

¹³ Dictionnaire Larousse médical, Ed. 2006, visible sur le site Internet du Larousse médical : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/vieillesse/16942> (dernière consultation le 30 juillet 2014)

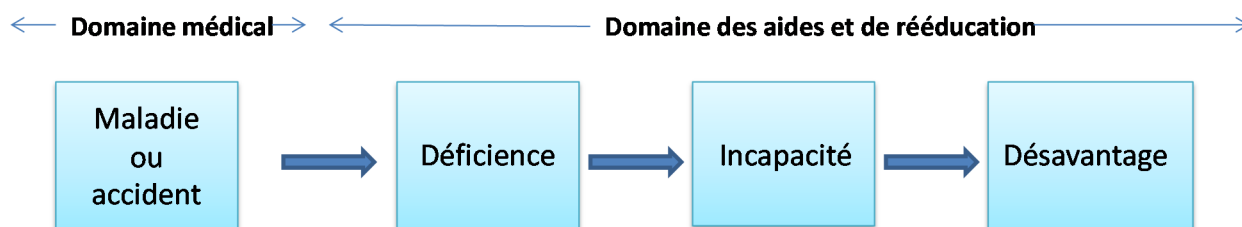
¹⁴ Dictionnaire Larousse médical, Ed. 2006, visible sur le site Internet du Larousse médical : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/vieillesse/16942> (dernière consultation le 30 juillet 2014)

¹⁵ ROBINE J-M. (1999) Vivre au pays des 150 000 centenaires..., *Midi libre*, 14^{ème} forum de l'an 2000, Le Corum Montpellier, p.7

¹⁶ VALLIN J., MELSE F., Et al. (1988) *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*, INED, Ed. PUF, 607p.

plusieurs reprises et s'étendra progressivement à la morbidité en général. En 1945, la création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lui confère le rôle de la mise à jour de cette Classification Internationale des Maladies (CIM). Elle doit ainsi décrire les causes de mortalité et de morbidité, en particulier pour les pathologies infectieuses. Néanmoins, cette classification trouve rapidement ses limites car elle ne rend pas compte des situations de santé de manière globale. En effet, une pathologie peut retentir sur la vie d'une personne et modifier son mode de vie, voire entraîner des situations de dépendance ou de handicap. C'est pourquoi dans les années 1970, l'OMS prend conscience qu'il faut se munir d'outils adaptés pour réaliser des études et des comparaisons internationales. Elle souhaite une classification des « conséquences des maladies » pour caractériser les relations entre « maladie » et « handicap ». En 1980, l'OMS adopte la Classification Internationale des Handicaps (CIH-déficiences, incapacités, désavantages) proposée par Philip WOOD (Figure n°1). L'objectif de cette classification est d'harmoniser les concepts pour définir les conséquences liées aux états chroniques. Elle est multidimensionnelle et prend en compte aussi bien la dépendance physique pour les actes de la vie quotidienne que la mobilité, l'intégration sociale, la suffisance économique, l'orientation dans le temps et dans l'espace¹⁷.

Figure 1 - Classification Internationale du Handicap (CIH)



Sources : JAMET F., *De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF)*

Les trois notions clés de cette classification sont la déficience, l'incapacité et le désavantage. La déficience se réfère aux altérations corporelles organiques ou fonctionnelles. L'incapacité intègre les réductions partielles ou totales ainsi que les limites des capacités qui permettent d'accomplir une activité. Enfin, le désavantage correspond aux conséquences de la déficience et de l'incapacité. En effet, avant 1980, le concept de « handicap » est uniquement rattaché au

¹⁷ JAMET F., *De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF)*, *la nouvelle revue de l'AS* n°22, 2^{ème} trimestre 2003, pp.163-171

corps médical. Cet usage provient du contexte conflictuel des pays qui connaissent plusieurs guerres au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle. Ces dernières engendrent des centaines de milliers de blessés et d'invalides qu'il faut soigner. A cette époque, l'objectif des politiques de santé est de réadapter et de compenser les limites fonctionnelles des individus. Ce rôle est ainsi assuré par le corps médical qui doit évaluer les différents problèmes pour concevoir les stratégies thérapeutiques et fixer le montant des compensations. Ainsi, les limites fonctionnelles se traduisent par un taux d'invalidité qui confère au handicap le statut d'état¹⁸. Mais ce modèle sera critiqué car encore trop orienté vers le « biomédical ». Les auteurs BARRAL C. et ROUSSEL P. mettent en avant le fait que l'environnement peut constituer des obstacles pour les personnes handicapées et que l'invalidité ne résulte pas uniquement de la situation de l'individu en lui-même, mais de différents facteurs et situations de l'environnement de la personne ¹⁹. En conséquence, même si l'introduction du « désavantage » au sein de la CIH a représenté un pas important, elle reste encore trop axée sur la dimension « biomédicale ». Elle ne permet pas de prévoir les besoins, la durée d'hospitalisation, le niveau de soins nécessaires ²⁰... En 2001, l'OMS adoptera alors la Classification Internationale du Fonctionnement, des handicaps et de la santé (CIF) (Figure n°2). Elle représente un compromis entre la classification de « WOOD » et la prise en compte des facteurs situationnels et environnementaux. Elle ne fusionne pas les deux modèles précédents mais crée bien un troisième schéma tridimensionnel (biomédical, social et individuel). Selon l'OMS (2002), la CIF suit la logique : « *la santé ne s'arrête pas là où commence le handicap* »²¹. Cette classification s'appuie sur cinq concepts fondamentaux : le problème de santé (souffrance), les fonctions organiques et les structures atomiques (fonctions physiologiques de l'individu), l'activité, la participation et les facteurs contextuels (facteurs environnementaux et individuels).

L'appréhension des « incapacités » a beaucoup évolué au travers de la CIH et de la CIF. Toutefois, elle reste un outil difficile à utiliser. Les champs sont imprécis, se chevauchent et s'avèrent difficiles à utiliser par l'ensemble des professionnels médicaux et sociaux. Elle représente toutefois l'avantage de prendre en compte le côté social et sociétal du handicap. Elle fournit des termes appropriés au secteur de « l'incapacité », du « handicap » et de la « dépendance » et évite ainsi une certaine stigmatisation.

¹⁸ JAMET F., *ouvrage cité*

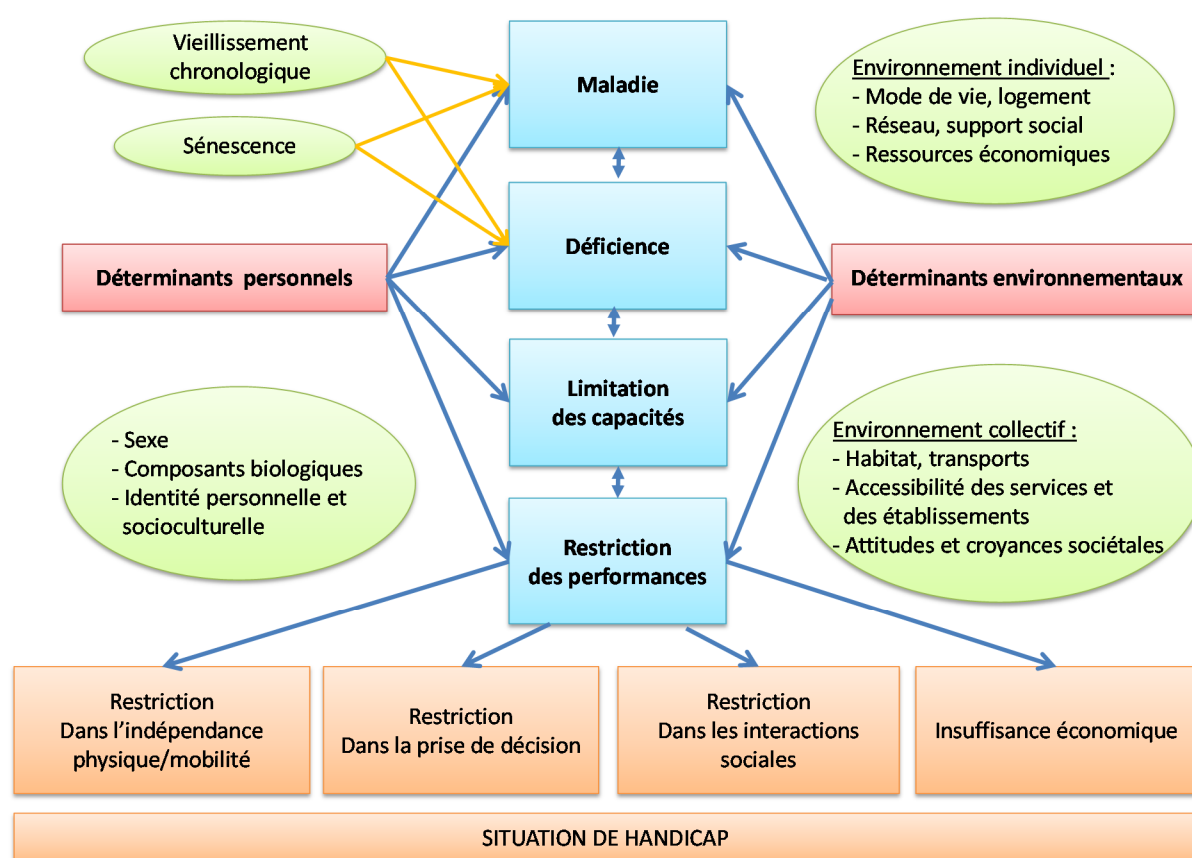
¹⁹ BARRAL C., ROUSSEL P. (2002) « De la CIH à la CIF. Le processus de révision », *Handicap*, 94-95, 2002, p. 1-23

²⁰ BARRAL C., ROUSSEL P. (2002) *Ouvrage cité*

²¹ JAMET F. (2003) De la CIH à la CIF, *La nouvelle revue de l'AIS*, n°22, 2^{ème} trimestre 2003, p.163-171

La société française différencie la dépendance du handicap par le critère de l'âge des individus. Avant 60 ans, une personne est handicapée et après 60 ans, cette même personne est considérée comme dépendante²². Cette différenciation entraîne des disparités. La prise en charge, les institutions, les aides ou encore les critères d'attribution sont différents selon que l'on soit handicapé ou dépendant²³. Pourtant, les besoins des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées sont souvent identiques et demandent la mobilisation de moyens financiers, humains et techniques similaires.

Figure 2 - Classification internationale de fonctionnement (CIF) de l'OMS



Sources : Liens entre vieillissement, maladies et cadre conceptuel de la CIF (OMS, 2001).

Le handicap est défini par la loi du 11 février 2005 (article 2) : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération*

²² CLEIRPPA, La perte d'autonomie : Cadre général et politique de la dépendance en France, 13p., visible sur le site Internet du Cleirppa : <http://www.cleirppa.fr/UserFiles/File/Fiche-perde-d-autonomie-politique-et-lois.pdf> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

²³ INSEE, *Enquête Handicap-Invalidité-Dépendance (HID)*, 2008

substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ». La dépendance, quant à elle, est définie depuis 1997 (Loi n°97-60 du 24 janvier 1997) comme *« l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière. »*. La loi du 24 janvier 1997 adoptée pour la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) officialise la vision « incapacitaire » de la dépendance. Le premier alinéa de cette loi définit la dépendance comme *« l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière »*.

La loi du 20 juillet 2001 relative à la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) conservera la même définition de la dépendance.

Le terme « dépendance » fait partie de notre langage courant pour caractériser les personnes âgées et remplace ainsi les désignations de « vieillards », « infirmes », « incurables »... Bien entendu, le seuil retenu des 60 ans ne signifie pas que toutes les personnes deviennent dépendantes une fois cet âge passé et qu'avant, aucune de l'est. L'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID) montre bien qu'avant l'âge de 80 ans, les incapacités ou les difficultés pour réaliser les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller...) sont rares. Pour les personnes de 80 à 89 ans, le besoin d'aides est de trois à cinq fois plus grande que la tranche d'âge des 70 à 79 ans et encore deux à trois fois plus importante pour les personnes de plus de 90 ans²⁴. Ce seuil de l'âge implique de retenir une limite qui peut fluctuer selon les études. De plus, l'augmentation de l'espérance de vie et la croissance du nombre de personnes âgées entraînent un affinement des termes de handicap, incapacité, dépendance ou encore autonomie. L'enquête HID retient le seuil des 60-65 ans, ce qui implique la prise en compte d'une population très hétérogène en termes de santé et de profils de dépendance. Mais Le seuil des « 75 ans et plus » est utilisé comme référence au niveau national et représente le dénominateur commun des évaluations de besoins d'hébergement des personnes âgées²⁵. Par exemple, le taux d'équipement national, régional ou départemental est utilisé par tous, dans tous les rapports nationaux et rapporte le nombre de lits ou de places disponibles sur la population de plus de 75

²⁴ COLIN C. (2003) Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ?, *Revue française des affaires sociales* n° 1-2, p.75-101

²⁵ PICHERAL H., MACE J-M. (2008) L'hébergement des personnes âgées en France, sous la direction de BIGOT C., *Recherches sur le système de santé 2005-2007*, CIREs, p. 103-196

ans. Ainsi, même si certaines données seront traitées en fonction de différents seuils d'âge, nous retiendrons principalement le seuil des plus de 75 ans pour ce travail de recherche.

Evaluation de la dépendance

L'apparition de la dépendance entraîne l'apparition de difficultés et d'incapacités, aussi bien physiques que mentales. Dès lors, la garantie d'un bon état de santé nécessite une évaluation de la perte d'autonomie et la mise en place d'une réponse adaptée. Aujourd'hui, l'appréciation du degré de dépendance s'opère par le biais de différentes grilles de référence. La grille de « Colvez » mesure l'état de dépendance d'une personne en fonction de ses aptitudes physiques et de sa mobilité, sans mesurer sa dépendance psychique. L'échelle internationale des activités de la vie quotidienne selon les « indices de Katz » détermine les incapacités d'une personne pour exécuter les actes de la vie quotidienne. Le « test de Lawton » (instrumental ADL), quant à lui, évalue les activités courantes qui mobilisent les fonctions cognitives d'un individu (conversation téléphonique, calculs, préparation d'un repas...). Enfin, la « grille AGGIR » (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) mesure l'état fonctionnel d'une personne. Cette évaluation est utilisée en France pour connaître le niveau de dépendance d'un individu et déterminer s'il est éligible ou non à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)²⁶. De manière générale, ces instruments d'évaluation sont peu utilisés en Europe. Quelques pays comme l'Espagne, la Finlande, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède utilisent le système RUG-III (Groupes d'Utilisation des Ressources). Ce système provient de l'instrument de mesure américain qui consiste à répartir les personnes en groupes cliniquement homogènes selon leur niveau de dépendance en Groupes Iso-Recherche (GIR), appelés « Resource Utilization Groups » (RUG). Les variables reposent principalement sur les « Activities of Daily Living » (ADL). Ce classement permet d'attribuer les financements en fonction des besoins des personnes. De son côté, la France utilise la grille « Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources » (AGGIR), dont la première utilisation à grande échelle date de 1994 pour l'évaluation de la dépendance dans le cadre de la mise en place de la Prestation Expérimentale Dépendance (PED)²⁷. Elle est généralisée en 1997 au moment de la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) et sera conservée au moment du passage à

²⁶ CHAUMET-RIFFAUD C. (2002) *Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, Ed. Papyrus, Montreuil-sous-Bois, 334p.

²⁷ Groupe « Société et vieillissement », Séance 3 Mesure de la dépendance, 2011, Fiche n°1 *Mesure de la dépendance – AGGIR – et éligibilité à l'APA (classement en GIR)*

l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Son évaluation porte sur l'aspect sanitaire et fonctionnel des individus mais ne tient pas compte de l'environnement humain et matériel. Pour cela, elle repose sur 17 variables²⁸. Dix d'entre elles sont discriminantes et portent sur la perte d'autonomie physique et psychique (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert - se lever, s'asseoir et se coucher -, les déplacements intérieurs et extérieurs, ainsi que la communication à distance) (Tableau n°1). Les sept autres nommées « illustratives » évaluent la perte d'autonomie domestique et sociale d'un individu. Elles n'entrent pas en compte dans le calcul du degré de dépendance (GIR) mais apportent des informations utiles pour la mise en place d'un plan d'aides (gestion du budget et des biens personnels, la cuisine, le ménage, les transports, les achats, le suivi de traitements et les activités de temps libre). L'évaluation du degré de perte d'autonomie se mesure grâce à trois variables (A, B ou C). En « A », la personne fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement. En « B », la personne fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement. En « C », la personne ne fait seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement (Tableau n°1).

La grille AGGIR répartit les individus en six groupes iso-ressources (GIR) en fonction de leur dépendance²⁹. Le « GIR 1 » rassemble les personnes les plus dépendantes, confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont très altérées. Ces personnes ont besoin d'une aide humaine constante. Le « GIR 2 » concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées. Ce groupe correspond aux personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui gardent la capacité de se déplacer. Ces personnes ont besoin d'une aide humaine quasi-constante pour la plupart des actes de la vie courante. Le « GIR 3 » rassemble les individus qui possèdent une autonomie mentale mais qui ne bénéficient que partiellement d'une autonomie locomotrice et de déplacement. Ils ont également besoin d'une aide quotidienne pour certains actes de la vie courante. Le « GIR 4 » réunit les personnes qui peuvent encore se déplacer seules au sein de leur logement mais qui ne parviennent pas à assurer leurs transferts de manière autonome. Ces personnes nécessitent généralement une aide quotidienne pour les actes de toilette, d'habillage et de repas. Le « GIR 5 » correspond aux individus qui nécessitent une aide occasionnelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Enfin, le « GIR 6 » correspond au degré de dépendance le

²⁸ Groupe « Société et vieillissement », Séance 3 Mesure de la dépendance, 2011, Fiche n°1 *Mesure de la dépendance – AGGIR – et éligibilité à l'APA (classement en GIR)*

²⁹ Groupe « Société et vieillissement », Séance 3 Mesure de la dépendance, 2011, Fiche n°1 *Mesure de la dépendance – AGGIR – et éligibilité à l'APA (classement en GIR)*

plus léger. Il intègre les personnes peu dépendantes qui nécessitent une aide occasionnelle pour certains actes de la vie courante. Seules les personnes appartenant aux groupes 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA. Les personnes des groupes 5 et 6 peuvent tout de même prétendre aux aides ménagères et/ou à l'aide sociale.

Tableau 1 - Les dix variables discriminantes de la grille AGGIR

Les variables discriminantes AGGIR	
Les variables	A => Autonomie : fait seule totalement, habituellement, correctement B => Fait partiellement C => Ne fait pas
Cohérence	
Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
Orientation	
Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
Toilette du haut et du bas du corps	
Assurer son hygiène corporelle (AA=A, CC=C, autres=B)	
Habillage (haut, moyen, bas)	
S'habiller, se déshabiller, se présenter (AAA=A, CCC=C, autres=B)	
Alimentation	
Se servir et manger les aliments préparés (AA=A, CC=C, BC=C, CB=C, autres=B)	
Élimination urinaire et fécale	
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (AA=A, CC=C, AC=C, CA=C, BC=C, CB=C, autres = B)	
Transfert	
Se lever, se coucher, s'asseoir	
Déplacements à l'intérieur	
Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
Déplacements à l'extérieur	
A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
Communication à distance	
Utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette...	

Sources : Calcul du GIR sur http://www.aidesociale.com/Dossiers/calcul_du_gir.htm

Depuis 1997, l'utilisation de la grille AGGIR est associée à l'outil PATHOS³⁰ (outil d'évaluation du niveau de soins nécessaires). En effet, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) souhaitait la création d'un outil complémentaire à la grille AGGIR centré sur les pathologies les plus fréquentes en gériatrie. Il devait également permettre une comparaison des établissements. Ensemble, ces deux outils décrivent, d'une part, la perte

³⁰ Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, Rapport du 2 août 2012

d'autonomie et le niveau de soins de base nécessaires à la prise en charge de la perte d'autonomie, et d'autre part, les moyens indispensables en termes d'acteurs de santé pour une prise en charge adéquate³¹. Aujourd'hui, l'outil « Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision » (GALAAD) rassemble ces indicateurs d'évaluation (Grille AGGIR et outil PATHOS). Sa gestion est assurée par la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA) et permet d'évaluer la perte d'autonomie d'une personne âgée dans sa globalité. Ainsi, il fournit pour une population donnée la part des personnes impliquant des Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) d'une structure d'hébergement. Le SMTI évalue le nombre de résidents particulièrement « lourds » et permet de comparer cette proportion par rapport à la moyenne nationale³². Il est ainsi possible de constater si une structure accueille un nombre habituel ou excessif de résidents lourds. Conjointement, le PMP représente un indicateur global de la charge de soins médicaux et techniques dont une population hébergée a besoin³³. Cette « pathossification » permet d'ajuster les dotations des établissements en fonction de la charge de soins³⁴.

La grille AGGIR est largement utilisée en France mais elle est très critiqu e³⁵. Les frontières entre les GIR sont floues, toutes les démences ne sont pas prises en compte et un évaluateur peut faire basculer un individu d'un GIR à l'autre selon la manière dont il remplit la grille AGGIR. De plus, la multiplicité des évaluateurs favorise les différences d'évaluation de perte d'autonomie. En effet, 62 % de ces disparités proviendraient de caractéristiques sociodémographiques, 6 % de la politique départementale envers les personnes âgées mais 32 % des différences restent inexpliqu es³⁶. Malgré tout, cet outil reste pour l'instant la référence nationale en matière d'évaluation de la dépendance. Il est facile d'utilisation et les travailleurs sociaux le connaissent bien. Toutefois, des experts réfléchissent à des améliorations possibles. La CNSA et des experts en assurance ont recommandé l'introduction d'un certificat médical confidentiel obligatoire et l'utilisation de tests (pour les altérations intellectuelles) pour la

³¹ CNSA et CNAM (2012) Le modèle PATHOS, Guide d'utilisation 2012

³² Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, Rapport du 2 août 2012

³³ Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, *ouvrage cité*

³⁴ Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, *ouvrage cité*

³⁵ Rapport du site francophone des acteurs du domaine gérontologique (2003) *Pour l'adaptation des aides d'évaluation de l'autonomie*, visible sur le site Internet : <http://geronto.chez.tiscali.fr> (dernière consultation le 30 juin 2014)

³⁶ JEGER F. (2005) *L'APA : une analyse des disparités départementales en 2003*, DREES Etudes et Résultats, n 372

constitution du dossier d'APA ainsi qu'un guide de remplissage à destination des évaluateurs³⁷. Enfin, la CNSA a mis en place des stages de formation pour l'utilisation de la grille AGGIR, ouverts à deux personnes par département (un médecin et un infirmier coordonnateurs). Malheureusement, malgré la formation, le fait qu'un être humain réalise l'évaluation entraîne inévitablement des différences. L'inspection générale des affaires sociales propose alors de transmettre les dossiers délicats à des équipes médico-sociales et d'organiser des réunions d'échanges sur les pratiques d'évaluation.

Planification sanitaire et médico-sociale

La répartition des personnes âgées et des taux d'équipement révèlent de grandes disparités territoriales. Si les projections démographiques rendent compte de l'évolution démographique au cours des prochaines décennies, en revanche peu de données existent sur la progression des taux d'équipement.

Comment alors appréhender l'évolution de l'offre de prise en charge de la dépendance ? Dans quelle mesure et de quelle manière pouvons-nous ajuster au mieux l'offre et aboutir à une équité territoriale ?

Selon le dictionnaire Le Petit Robert³⁸, l'équité consiste à « *mettre chacun sur un pied d'égalité* ». En termes de dépendance, l'équité signifie de permettre à chaque individu âgé qui nécessite une aide, un service, un soin ou une institutionnalisation, de trouver une réponse en adéquation avec ses besoins. La localisation de ces prestations doit donc être appréhendée en fonction des besoins du public en question. PICHERAL H. précise que l'équité passe par la « *justice spatiale* ». « *La justice spatiale passe par la réduction des inégalités territoriales, et cela à toutes les échelles (ville-campagne, villes-villes, centre-périphérie). Cette recherche de l'équité territoriale, fondement de l'aménagement du territoire, sous-tend toute politique de planification sanitaire et guide les choix d'allocation de ressources sanitaires* »³⁹.

Selon le Petit Robert⁴⁰, « *la planification consiste à déterminer des objectifs précis et à mettre en œuvre les moyens propres à les atteindre dans les délais prévus* ». De fait, l'objectif de la

³⁷ Groupe « Société et vieillissement », Séance 3 Mesure de la dépendance, 2011, Fiche n°1 Mesure de la dépendance – AGGIR – et éligibilité à l'APA (classement en GIR)

³⁸ REY-DEBOVE J., REY A. (1993) *Le nouveau Petit Robert*, Volume 1, Nouvelle édition remaniée et amplifiée, 580p.

³⁹ PICHERAL H. (1996) Mots et concepts de la géographie de la santé, *Cahiers GEOS* n°2 Bis, Université Paul Valéry, Montpellier 3, 80p.

⁴⁰ *Le nouveau Petit Robert*, Volume 1, Nouvelle édition remaniée et amplifiée, sous la Direction de REY-DEBOVE J., REY A., 1993, 580p.

planification est de répartir de manière équitable les services sanitaires et médico-sociaux sur un territoire afin de réduire les inégalités de santé. Chacune est mise en place dans le cadre d'une politique d'aménagement du territoire afin de rendre le système efficient et accessible à tous. Aussi, le planificateur doit s'appuyer sur l'expertise de techniciens. Il doit établir des plans et prévoir le futur à partir d'une situation actuelle⁴¹. En effet, pour JEAGER M., ni le code de l'action sociale et des familles, ni la loi du 2 janvier 2002 ne prévoit de contenus cohérents de formation^{42,43} pour les métiers du domaine médico-social, *a fortiori* aux établissements sanitaires et médico-sociaux⁴⁴. En outre, l'équité de la prise en charge de la dépendance nécessite un ajustement de l'offre en fonction de la demande. Le lieu d'exercice et une répartition territoriale cohérente des professionnels sont des éléments dont il faut absolument tenir compte. L'ouverture d'un Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ou d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) doit tenir compte de la main-d'œuvre disponible, à recruter, sur le territoire en question. En effet, les métiers de « services » doivent être installés à proximité du public nécessiteux (DAVEZIES L., 2008).

En France, la planification sanitaire et médico-sociale a beaucoup évolué au cours des dernières décennies. Elle a longtemps été décidée au niveau national, pour ensuite être élaborée aux niveaux régional et départemental. L'objectif de cette décentralisation était de mieux appréhender et de mieux orienter les choix en fonction des besoins de santé. En matière de planification médico-sociale, le département a longtemps été l'acteur de référence. Cependant, la mise en place de la loi « HPST » et la création des ARS (2009) ont progressivement modifié l'organisation des différents secteurs pour aboutir à une planification régionale du secteur médico-social. Désormais, le Projet Régional de Santé (PRS) doit assurer une meilleure transversalité de la prise en charge des individus et réunit notamment le Schéma Régional d'Orientation Médico-Sociale (SROMS) et le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Le premier intègre les soins, la prévention et la prise en charge médico-sociale. Le second, représente un outil de programmation et de régulation financière en matière de pilotage du secteur médico-social. Malgré tout, certains espaces restent aujourd'hui moins bien équipés que d'autres. Il faut donc

⁴¹ MACE J-M. (2000) *Le bassin de santé hospitalier: un outil de planification sanitaire en Île-de-France*, Thèse Doctorat Géographie de la santé, Univ.Montpellier III

⁴² JAEGER M. (2012) *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, 3^{ème} éd., 224p.

⁴³ JAEGER M. (2014) *Guide du secteur social et médico-social*, Dunod, 9^{ème} éd., 272p.

⁴⁴ BAUDURET J-F., JAEGER M. (2005) *Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation*, Dunod, 2^o éd., 352p.

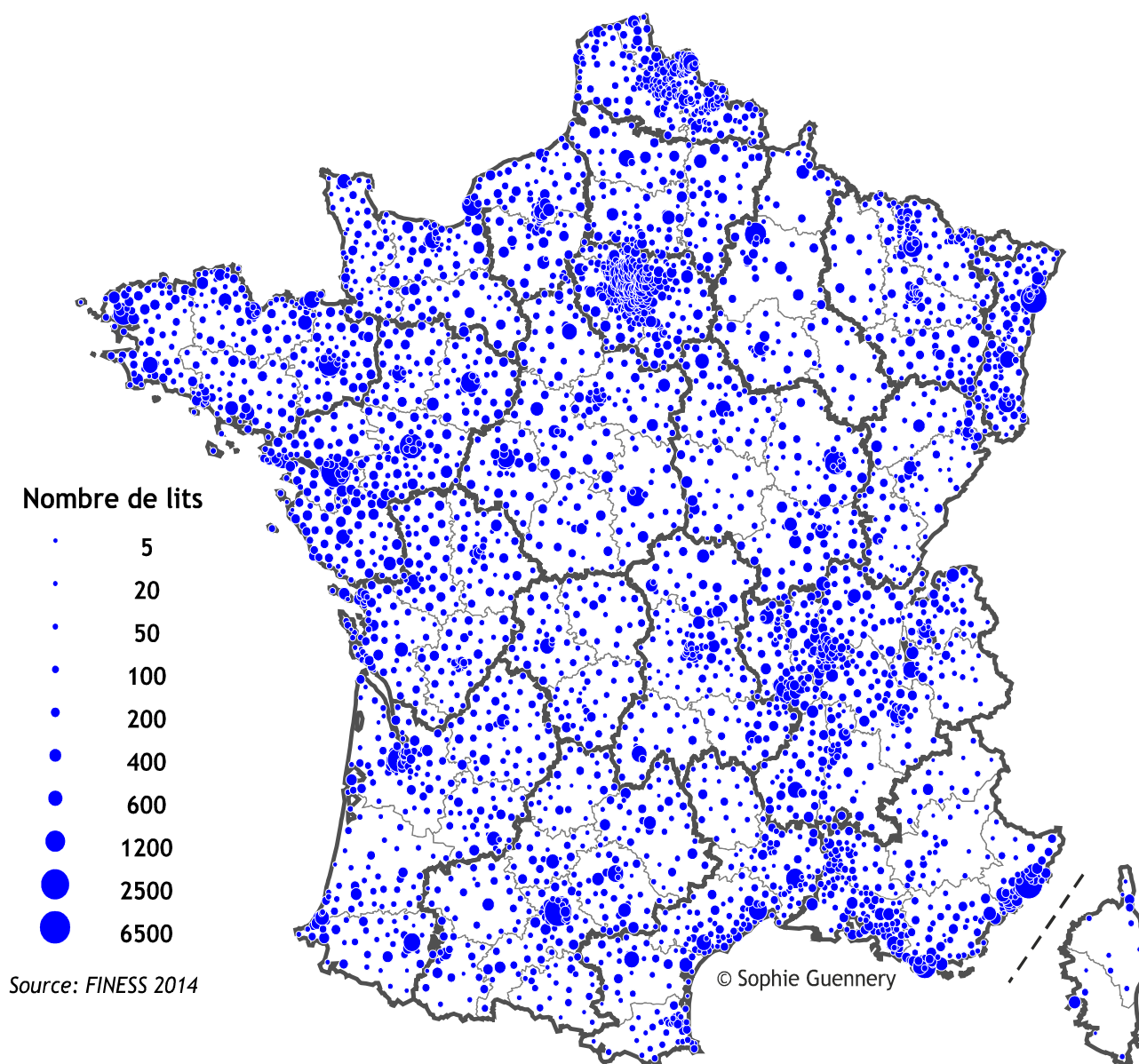
rééquilibrer cette offre. Pour cela, il convient de s'appuyer sur un état des lieux le plus précis possible tout en se basant sur une échelle opérationnelle car aujourd'hui, l'évaluation reste très globale et est généralement réalisée à l'échelle départementale. De telles expertises sont intéressantes mais elles méritent d'être complétées par d'autres éléments. En effet, pour évaluer les besoins réels d'équipement, il est nécessaire de connaître la consommation d'hébergement des individus, ce qui implique de tenir compte des flux de personnes et de ne pas se cantonner aux limites administratives (départements, cantons...). Une récente étude (RAMOS-GORAND M., VOLANT S., 2014) pointe cet aspect et précise que les disparités d'équipement d'EHPAD observées à l'échelle cantonales sont plus importantes que ce que l'on peut observer à l'échelle départementale⁴⁵. Dès lors, il convient de se munir d'une donnée indispensable : le code postal intégral de l'origine géographique des individus. Pour cette recherche, nous chercherons donc à recenser le code postal avant hébergement des résidents d'EHPA en région Poitou-Charentes qui sera notre terrain d'étude.

L'offre de prise en charge de la dépendance

En 2014, la France métropolitaine dispose de 10 747 maisons de retraite, dont au moins l'une des activités de la structure est l'accueil des personnes âgées dépendantes, pour un total de 458 482 lits (Figure n°3). Si l'on constate une répartition des maisons de retraite sur l'ensemble du territoire français, on note tout de même des disparités. De manière générale, les grandes agglomérations sont mieux pourvues que les communes plus petites. A l'échelle départementale, ce sont le Nord, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, la vallée du Rhône ainsi que les littoraux bretons et méditerranéens qui sont particulièrement bien lotis en places d'hébergement. En revanche, la région Champagne-Ardenne et les départements des Landes, du Gers, de l'Ariège, des Alpes-de-Haute-Provence, des Hautes-Alpes, de la Nièvre, de l'Indre, du Cher et de la Corse sont moins bien lotis en termes de places d'hébergement en maisons de retraite. En fonction des FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux) juridiques, le nombre de maisons de retraite s'élève à 9 516 établissements. En effet, plusieurs établissements peuvent bénéficier d'un même FINESS juridique et d'un FINESS administratif différent. Ainsi, les structures publiques représentent 68,3 % de l'offre (6 498 structures), les établissements privés à but lucratif 24,5 % (2 336 établissements) et les structures mixtes 7,2 % (682 structures).

⁴⁵ RAMOS-GORAND M., VOLANT S. (2014) *Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011*, DREES Etudes et résultats n°891, 6p.

Figure 3 - Nombre de lits de maisons de retraite en 2014

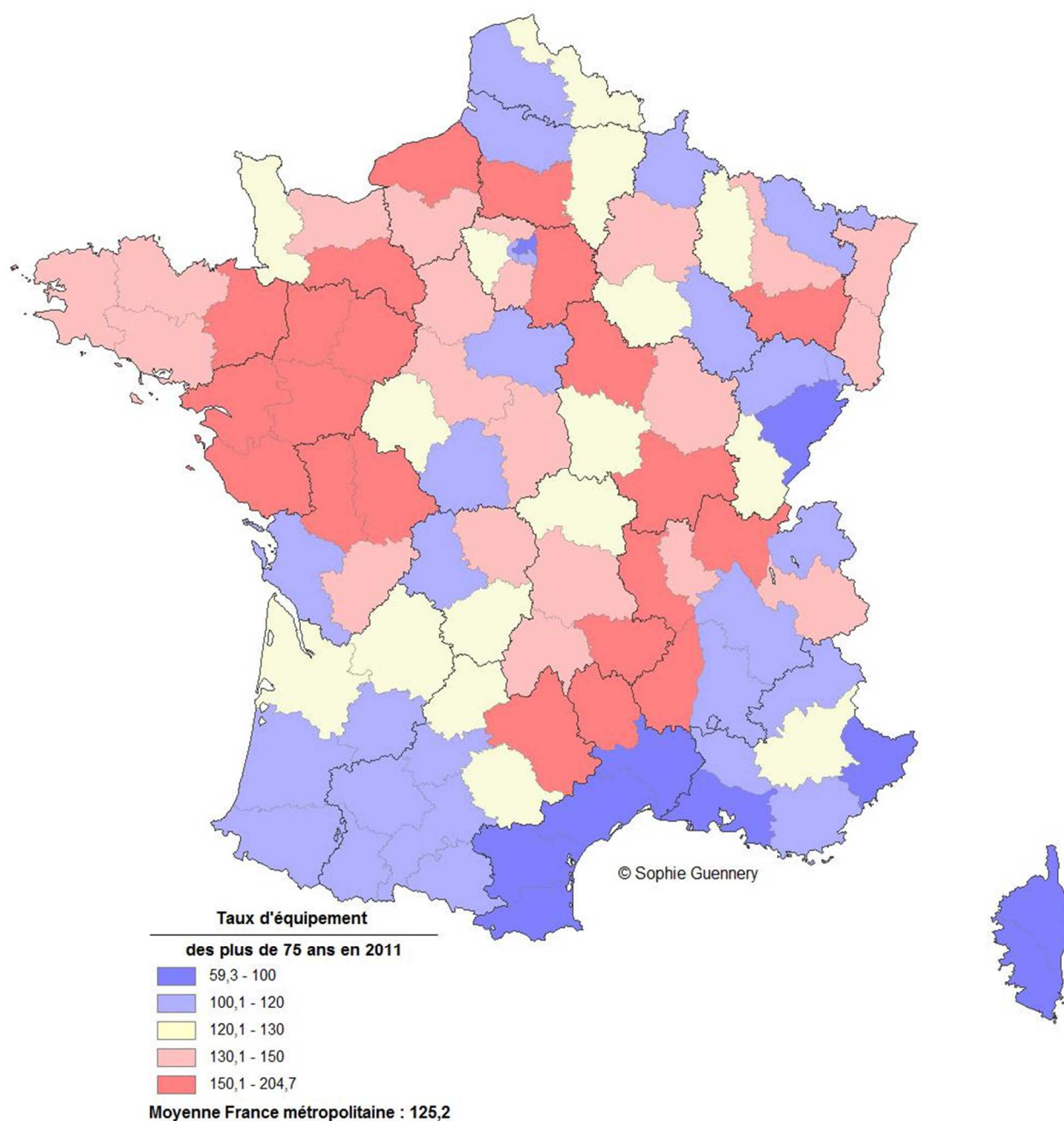


La diminution du taux de prévalence de la dépendance accompagnée du souhait de rester à domicile le plus longtemps possible entraînent une institutionnalisation de plus en plus tardive. Aujourd'hui, le gouvernement privilégie le maintien à domicile et met l'accent sur une structuration et une diversification du secteur pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Toutefois, il doit également veiller à garantir un équipement suffisant de places d'EHPA pour accueillir les personnes qui ne peuvent plus rester chez elles. En effet, aujourd'hui, trouver une réponse d'hébergement n'est pas évident pour l'ensemble de la

population âgée. Les disparités de l'offre sur le territoire sont réelles et lorsque l'on rapproche la population âgée au nombre de places d'EHPA (structures médicalisées ou non), on s'aperçoit que ce ne sont pas les régions les plus vieilles qui sont nécessairement les mieux équipées (Figure n°4). On peut observer un Sud (littoral méditerranéen, Sud de la région Aquitaine, Sud de la région Midi-Pyrénées) et les départements d'Île-de-France peu équipés, dont les taux d'équipement se situent entre 59,3 et 120 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans. À l'inverse, on note un quart Nord-Ouest (Bretagne, Pays-de-Loire) et un Centre (Limousin, Sud de la Bourgogne et Nord-Ouest de la région Rhône-Alpes) mieux lotis et qui affichent des taux d'équipement entre 130.1 et 204.7 places pour 1 000 (Figure n°4).

À domicile, lorsque des soins médicaux sont nécessaires, les personnes âgées ont recours à des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD). Dans la mesure où les prérogatives du gouvernement sont de développer le maintien à domicile, on serait tenté de croire que là où l'offre d'EHPA (médicalisée ou non) est plus faible que la moyenne nationale, le taux de SSIAD est plus important et équilibre ce déficit. Malheureusement, cette logique ne se vérifie pas partout (Figure n°5). Les régions Pays-de-Loire, Bretagne (excepté les Côtes d'Armor) et l'Auvergne (excepté le Puy-de-Dôme) laissent apparaître une offre complémentaire, avec des taux de SSIAD inférieurs à la moyenne nationale mais des taux de places d'EHPA supérieurs. En revanche, d'autres départements sont peu équipés tant en places d'EHPA qu'en SSIAD. C'est le cas de la plupart des départements du littoral méditerranéen (Pyrénées-Orientales, Aude, Hérault, Gard, Bouches-du-Rhône, Var, Alpes-Maritimes), des départements du Nord (Nord, Pas-de-Calais) ou encore de la région Aquitaine.

Figure 4 - Taux d'équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans en EHPA en 2011



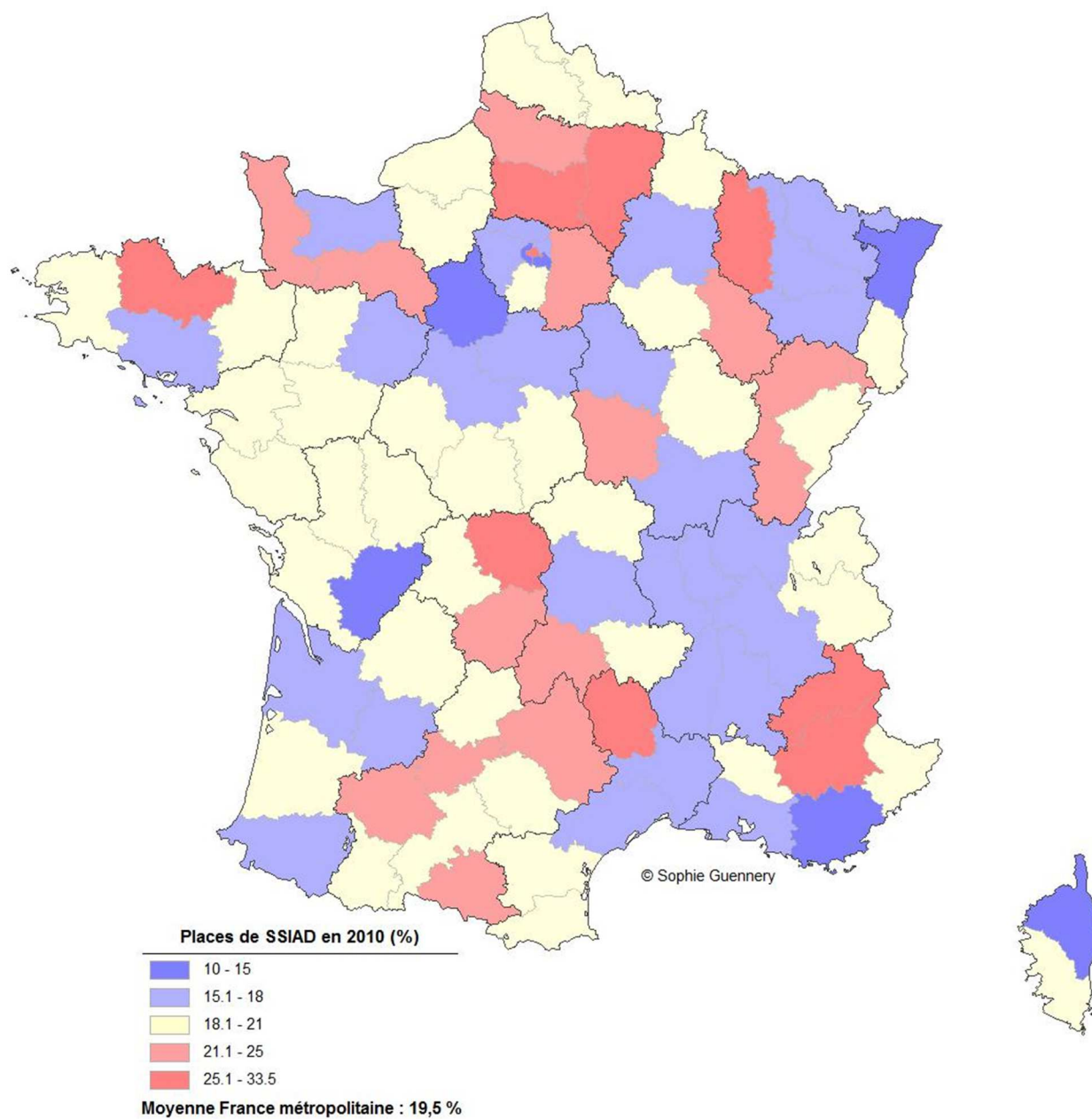
Sources : Drees/ARS/DRJSCS, Statiss 2011 et Insee au 1^{er} janvier 2010

En 2011, l'offre institutionnelle et de services infirmiers à domicile montrent des disparités géographiques. Si l'on souhaite aboutir à une équité territoriale de cette offre, ces différences doivent impérativement être corrigées. Pour cela, les projections représentent un outil puissant d'aide à la décision. Pourtant, peu d'études fournissent ce type de perspective pour évaluer les besoins d'équipement dans les 15 à 20 ans à venir. Il est tout de même possible de se baser sur le nombre de places installées en EHPA (données disponibles dans la base FINESS 2014) et de faire évoluer ces données conjointement aux projections démographiques. Cet exercice donne une première estimation de la quantité de places nécessaires pour les 15 à 20 ans à venir, même s'il reste très basique car il ne tient pas compte de la consommation réelle d'hébergement. En effet, il n'intègre pas les flux de personnes d'un département à l'autre.

L'étude publiée en 2014 par « Cap Retraite » a appliqué cette méthode et conclut que pour maintenir le taux actuel de places d'EHPAD (médicalisées), il faudrait créer près de 540 000 places d'ici 2040⁴⁶ (pour un public de plus de 80 ans). Les besoins diffèrent d'un département à l'autre. Le quart Nord-Ouest et le Centre de la France devraient nécessiter les besoins les plus importants (Figure n°6). Les départements les plus concernés devraient être le Maine-et-Loire, les Deux-Sèvres, l'Aveyron, le Rhône, l'Yonne et les Vosges avec une croissance située entre 12.1 et 14 %. A l'inverse, les besoins les plus faibles pourront s'observer en Seine-Maritime, Val-d'Oise, Haute-Marne, Haut-Rhin, Doubs, Isère, Vaucluse, Lozère, Pyrénées-Atlantiques avec 3 à 6 % de besoins supplémentaires. Mais peut-on se satisfaire de ces premiers résultats ? Pour notre part, cette première estimation nous apparaît trop succincte, et nous tenterons d'apporter une plus grande précision un peu plus loin.

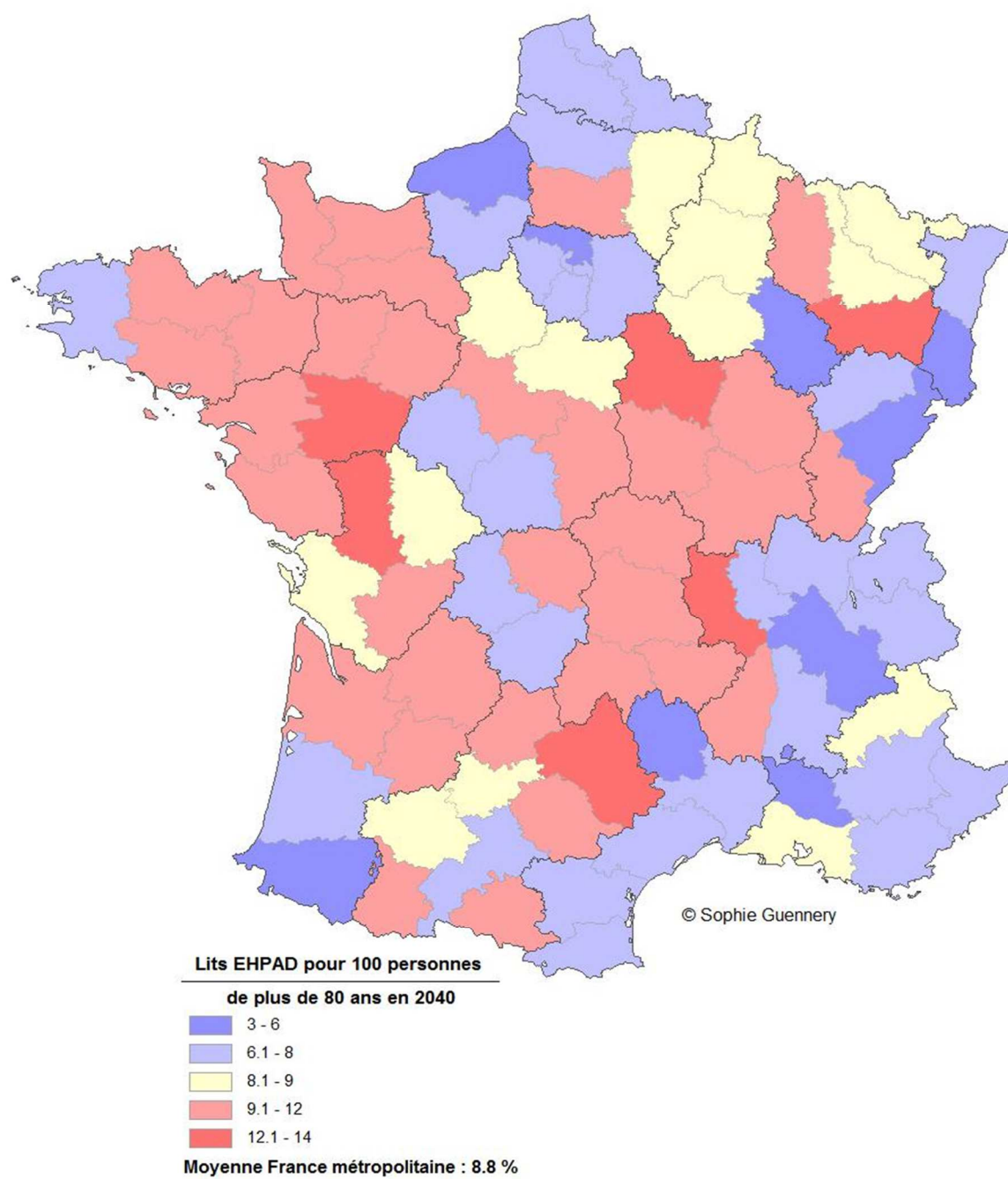
⁴⁶ Observatoire de Cap Retraite, *La France face à la pénurie de maisons de retraite, Situation actuelle et à venir, à l'échelle régionale et départementale*, 2014, 28p.

Figure 5 - Taux de SSIAD pour les personnes âgées de plus de 75 ans en 2010



Sources : Drees, statiss 2010 et Insee, estimation de population au 01/01/2009

Figure 6 - Projection du nombre de places d'EHPAD
pour les personnes âgées de plus de 80 ans en 2040 (%)



Sources : Données Cap Retraite 2012

Cadre et objectifs de la recherche

Ajuster l'offre d'EHPA à la demande implique de connaître la consommation d'hébergement de la population. Aujourd'hui, quelques bases de données, outils ou enquêtes servent de référence au niveau national. Les bases FINESS et SAE (Statistiques Annuelles des Etablissements de santé) recensent l'activité de l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux ; l'outil PATHOS évalue la situation clinique des individus pour déterminer les soins et le type de prise en charge requis et l'enquête EHPA fournit des éléments sur l'hébergement des personnes âgées et sur l'activité de ces structures. Cependant, ces bases de données possèdent chacune leurs limites. Les bases FINESS et SAE sont exhaustives mais n'identifient pas la consommation réelle d'hébergement. Si certains lits sont inoccupés sur une période donnée en raison de travaux ou de maintenance, ils sont comptabilisés dans la base comme étant opérationnels. On ne peut donc pas avoir connaissance de ce qui se passe réellement au sein des établissements.

Parallèlement, la base PATHOS évalue la situation clinique des personnes âgées afin de mettre en place une prise en charge adaptée en établissement ou à domicile. Son approche est donc uniquement clinique. L'enquête EHPA, quant à elle, est réalisée tous les quatre ans depuis 2003 et représente une expertise plus fine. Elle apporte un certain nombre de données sur l'activité des EHPA et sur le public hébergé (âge des résidents, degrés de dépendance, personnel, activité...). Néanmoins, elle reste non exhaustive. Face aux enjeux de santé publique et financiers que représente l'hébergement en EHPA, on peut légitimement s'étonner que l'enquête nationale de 2011, diligentée par la DREES et relayée par les différentes ARS en région ne puisse obtenir un meilleur taux de réponses de 84 %⁴⁷ ! De fait, cette « enquête obligatoire » ne permet pas de déterminer la consommation réelle d'hébergement des personnes âgées. En effet, les flux de personnes ayant recours à une institutionnalisation ne sont pas identifiables car si l'on connaît le département d'origine du résident, on ne connaît pas sa commune. Toutefois, entre l'enquête EHPA 2007 et l'enquête EHPA 2011, on note une précision du questionnaire. Désormais, il n'est plus uniquement demandé de renseigner le département d'origine géographique avant l'hébergement des individus mais le code postal en entier, ou à défaut, le département si le premier est inconnu par l'établissement d'hébergement. Dans la mesure où cette recherche a débuté avant l'enquête EHPA 2011, nous nous sommes

⁴⁷ DREES (2013) *Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, Premières données – juillet 2013

intéressés à recueillir ce code postal d'origine des personnes hébergées sur l'ensemble de la région Poitou-Charentes. Au 1^{er} septembre 2014, les résultats détaillés de l'enquête EHPA ne sont toujours pas connus, nous ne pouvons donc pas exploiter les données de l'EHPA 2011. Suite à la parution des résultats de cette enquête, il serait intéressant de comparer les résultats afin d'estimer la valeur de notre modèle et ainsi déterminer si nos résultats sont proches de ceux d'une enquête nationale.

Il n'en demeure pas moins que jusqu'en 2014, la planification reste encore « floue ». Pourtant, il serait essentiel de réaliser dès aujourd'hui une planification plus précise afin d'octroyer les ressources là où les besoins sont les plus importants. C'est pourquoi, en 2010, nous avons décidé de réaliser une enquête de terrain pour recenser le code postal avant hébergement des résidents afin d'intégrer la consommation réelle d'hébergement dans notre modèle. En effet, déterminer la manière dont les lits d'hébergement sont occupés, où, par qui, et selon quelle évolution, n'est-ce pas là que la place du géographe de la santé prend tout son sens ? C'est pourtant bien ces informations précieuses qui influencent directement les analyses. D'autant que dans ce contexte, les résultats ne se limitent pas aux frontières administratives (région, département...). Au contraire, ils prennent en compte la mobilité des individus et permettent de connaître le recours des individus pour trouver une réponse d'hébergement. On est alors en mesure de construire de réels « bassins gérontologiques » qui permettraient de réaliser une évaluation plus précise et d'aboutir à une planification ciblée plus cohérente.

Un soutien administratif minimum

La réalisation d'une enquête de terrain n'est pas évidente à mener à plusieurs titres. A l'origine, ce travail de recherche devait être multicentrique et porter sur plusieurs départements français. Si cette recherche porte sur quatre départements, ils appartiennent à la même région et ne sont pas vraiment représentatifs de la diversité démographique de la France. Toutefois, après avoir contacté une demi-dizaine de départements (Creuse, Seine-Saint-Denis, Haute-Corse, Corse-du-Sud, Orne), puis s'être déplacés pour présenter le déroulement et l'objectif de notre recherche, et enfin avoir relancé plusieurs fois les acteurs qui semblaient intéressés par notre travail, seuls les départements de l'Allier et la région Poitou-Charentes ont répondu favorablement. L'enquête réalisée au sein de la région Poitou-Charentes représente la continuité d'une première « enquête pilote » de terrain menée à l'échelle départementale en Allier en 2005

et qui a fait l'objet d'une publication⁴⁸. A l'époque, cette enquête a été motivée pour deux raisons principales. D'une part, le département de l'Allier dispose d'une population très âgée par rapport à la moyenne nationale. D'autre part, le Président du Conseil Général de l'époque, Monsieur Dériot, a rapidement été convaincu par l'apport de cette enquête pour sa propre politique gérontologique. Dans un premier temps, notre objectif fut de viser une échelle départementale afin de disposer d'une approche la plus opérationnelle possible, c'est-à-dire, à l'échelle administrative correspondant aux missions confiées au conseil général en matière de gestion et de planification gérontologique. Dans un second temps, l'échelle régionale est devenue essentielle pour la réalisation d'une seconde enquête (en 2011) au regard des avancées des politiques publiques notamment avec l'arrivée de la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » (HPST) de 2009. Le choix de la région Poitou-Charentes comme terrain de recherche est le résultat d'une volonté du Directeur⁴⁹ de l'Agence Régionale de Santé de mener une « recherche action » en collaboration avec le Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM). Ce fut, pour nous, une réelle opportunité car, dès lors, nous pouvions appliquer un modèle expérimenté dans un seul département (Allier) à l'échelle d'une région de quatre départements (Poitou-Charentes). Notre regret reste cependant de ne pas avoir réussi à obtenir plus de départements dans cette recherche. Malgré sa gratuité et l'intérêt pour cette étude, cette enquête « universitaire » a souvent été perçue, non seulement, comme un risque potentiel de critique des méthodologies utilisées ou des politiques en cours, mais surtout, le principal frein à toute collaboration résidait dans l'impression d'une charge administrative supplémentaire pour certains acteurs. En effet, une telle étude demande un investissement de trois à cinq journées de travail de la part des établissements pour rassembler les informations et saisir les données. Dès lors, le soutien administratif de la part d'un conseil général ou d'une agence régionale de santé est indispensable pour convaincre les structures de participer à l'enquête. Par ailleurs, les délais d'enquête dépendent de l'investissement des acteurs locaux et sont souvent prolongés pour permettre un recensement correct. La saisie des données a parfois été longue et compliquée, notamment à cause de la réalisation d'une partie de l'enquête pendant les congés d'été. Quelques semaines supplémentaires auraient alors été nécessaires. Malheureusement, cette prolongation n'a pas été possible, de peur que notre étude empiète sur l'enquête nationale EHPA 2011, réalisée six mois plus tard. Toutefois, nous ne pouvons nier l'avantage d'un partenariat avec une entité administrative (conseil général et agence régionale de santé) afin de

⁴⁸ PICHERAL H., MACE J-M. (2008) L'hébergement des personnes âgées en France, sous la direction de BIGOT C., *Recherches sur le système de santé 2005-2007*, CIREN, p. 103-196

⁴⁹ Monsieur François-Emmanuel BLANC

bénéficier de la légitimité du soutien administratif. Néanmoins, ce rôle n'a pas toujours été rempli. Non seulement l'ARS n'a entamé que peu de démarche pour nous soutenir dans les relances des établissements et faire en sorte que ces derniers participent (seul un courrier a été rédigé), mais son apport a été très « succinct » en termes de données régionales (fichier FINESS, APA...). Pourtant, face à un tel enjeu, il semble légitime d'espérer qu'un acteur aussi prépondérant que l'ARS dans le domaine médico-social puisse fournir des données précises et cohérentes afin de dresser un diagnostic territorial au niveau régional. Avant de débiter l'enquête en Poitou-Charentes, nous avons fait appel à l'ARS pour disposer d'une liste exhaustive des EHPA à contacter ainsi que les variables indispensables (FINESS, siège social, adresse postale complète et adresse mail du directeur d'établissement). L'ARS nous a donc fourni une liste de 368 structures. Malheureusement, ces données se sont révélées erronées. En effet, la base FINESS montre que la région fait état de 455 structures (médicalisées ou non) en 2011. Si l'on s'intéresse aux rapports publiés par l'ARS, il s'avère que 423 établissements (médicalisés ou non) sont mentionnés au 1^{er} janvier 2011. Il est très étonnant que le fichier fourni par l'ARS soit incomplet avec notamment l'absence de coordonnées, changement de directeur, fusion d'établissement... Pour pallier ces incohérences, nous avons donc contacté une large partie des structures pour collecter les informations manquantes et composer une base solide (et élémentaire) avec des établissements vérifiés un à un pour notre étude.

En outre, la mise en place de ce projet a été confrontée aux lenteurs administratives. Une enquête de ce type nécessite l'intervention de plusieurs acteurs aux fonctions différentes et complémentaires, ce qui exige une synchronisation des agendas mais qui entraîne des échéances très espacées. Les accords pour les différentes étapes de la mise en place de l'enquête ont parfois demandé plusieurs mois ! Parallèlement, le suivi administratif et financier demande un investissement personnel pour faire en sorte que les délais soient respectés. Il a donc été indispensable de relancer régulièrement les différents acteurs pour récolter les courriers, les signatures, éviter les temps morts et faire en sorte que l'enquête puisse démarrer rapidement.

Face à de tels dysfonctionnements, plusieurs questions se posent. Ces problèmes résultent-ils d'un manque de prise au sérieux de notre étude ? Face à certaines rétentions d'informations, voire parfois à des malveillances (fichier avec chiffres manifestement faux), on ne peut exclure que notre étude a pu être perçue par certaines personnes de l'ARS, non seulement, comme une critique des méthodologies locales, mais également par des craintes de critiques des politiques locales en cours. En effet, notre enquête terrain a été frappée d'un embargo nous interdisant de publier nos résultats en 2012. De manière concomitante, le Conseil Général des Deux-Sèvres

ayant eu connaissance de cette recherche a souhaité dès 2012 connaître les résultats. Cette situation démontre bien ici les enjeux politiques et les tensions qui peuvent subsister dans l'objet même de notre recherche et qui peuvent expliquer en partie les résistances de la part de certains présidents de conseils généraux de laisser des universitaires mener des « recherches action ». En comparaison avec l'enquête menée le conseil général de l'Allier, l'impact du soutien administratif d'une ARS ne semble pas être plus important que celui d'un conseil général. En effet, aux vues des résultats et des taux de participation, les établissements ne semblent pas plus motivés pour répondre à une enquête diligentée par une ARS que par une enquête encadrée par un conseil général (Livre 2, Chapitre 4.4.2.1). Si le rôle des ARS s'est considérablement développé avec la loi « HPST » de 2009 en regroupant sous une même direction plusieurs entités (URCAM, DRASS, DDASS, CRAM, etc.) pour encadrer le Plan Régional de Santé (PRS) incluant, non seulement les SROMS mais également le PRIAC en collaboration avec les départements pour ce qui concerne les schémas départementaux gérontologiques, force est de constater que certains dysfonctionnements administratifs internes perdurent. Le résultat de cette situation, est que nous n'avons pas bénéficié d'un réel soutien dans notre enquête de terrain de la part de l'ARS de Poitou-Charentes, mais constaté plutôt un sentiment d'abandon, voire de rejet.

Le recueil des données

Le recueil des données de cette recherche s'est effectué par le biais d'un site Internet sécurisé. Les principaux avantages de cette méthode résident dans le fait que la mise en place de l'enquête est plus facilement accessible pour les acteurs, avec une saisie rapide et un risque minime d'erreurs de saisies. De plus, l'éloignement du terrain d'étude associé à un panel d'acteurs relativement important (368 établissements d'hébergement sur l'ensemble de la région), engendre un volume important de données sur une période assez courte. Pour les établissements qui ne possédaient pas d'accès à Internet, la collecte des données s'est réalisée de manière plus classique par le biais d'un questionnaire papier. Ensuite, les informations ont été saisies informatiquement par nos propres soins.

Le questionnaire de l'enquête se présentait sous 2 axes. Le premier axe permettait de recenser les informations inhérentes aux personnes hébergées avec cinq variables essentielles (sexe, date de naissance, domicile de résidence avant hébergement, date d'entrée et date de sortie de l'institution). Ces informations devaient être renseignées pour l'ensemble des entrées réalisées

dans les maisons de retraite sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010. Un deuxième axe concernait l'offre en maisons de retraite (nom et FINESS de l'établissement, nombre de places installées et code postal) (Annexe n°1).

Pour bénéficier d'une vision globale de l'offre de prise en charge de la dépendance, il aurait été intéressant de mener notre étude de terrain tant sur le front de l'hébergement que sur le front du domicile. Seulement, face aux difficultés de recensement au sein des maisons de retraite et face aux contraintes de temps, nous avons restreint notre champ d'étude aux seules maisons de retraite (EHPA et EHPAD). Dans la mesure où ce travail souhaitait mettre en évidence les besoins d'hébergement des « personnes âgées dépendantes » et qui par conséquent sont contraintes d'avoir recours à l'institutionnalisation, nous avons exclu les foyers-logements, l'hébergement temporaire et l'accueil de jour de notre champ d'étude. En définitive, 368 structures ont été interrogées dont 225 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de 61 %. En conséquence et pour bénéficier d'un état des lieux de l'ensemble des maisons de retraite du territoire enquêté, un redressement final a été pratiqué pour les 39 % des établissements non répondants.

Choix du terrain de recherche

La région Poitou-Charentes est un territoire singulier. Elle dispose d'une position littorale et d'un climat océanique doux. Ces spécificités en font une région attractive pour beaucoup de personnes, tant en période estivale que pour y résider tout au long de l'année, notamment pour les retraités. Dès lors, son évolution démographique sera particulière pour les prochaines décennies et entraînera des besoins importants de prise en charge de la dépendance. En effet, la région Poitou-Charentes est la quatrième région la plus âgée de France et sa population âgée devrait croître plus rapidement que la population générale d'ici 2040. En 2010, la proportion des plus de 65 ans s'établit à 25,8 % pour la région et devrait représenter 36,5 % de la population totale en 2040 (750 000 personnes), contre 31 % pour la France métropolitaine⁵⁰.

Selon les rapports de l'ARS de Poitou-Charentes, la région compte 423 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA ou EHPAD), soit environ 27 000 places installées en 2010. En matière d'EHPAD (structures médicalisées), la région figure parmi les régions de France métropolitaine les mieux équipées avec 321 structures et 22 404 lits installés. Pour la

⁵⁰ ARS Poitou-Charentes (2011) *Plan stratégique régional de santé de la région Poitou-Charentes*, 236p.

même année, la région dispose de 110 lits installés pour 1 000 habitants âgés de plus de 75 ans alors que la moyenne nationale est de 99 lits pour 1 000 (Tableau n°2). Le territoire des Deux-Sèvres est le mieux équipé (133 lits installés pour 1 000 habitants) et ceux de la Charente-Maritime Nord et Charente-Maritime Sud et Est les moins bien lotis, avec respectivement 105 et 89 lits installés pour 1 000⁵¹.

Tableau 2 - Taux d'équipement en lits installés en EHPAD en Poitou-Charentes en 2010

Territoires de santé	Nombre de lits installés	Taux d'équipement en lits installés
Charente	4 544	108
Charente-Maritime Nord	3 853	105
Charente-Maritime Sud et Est	3 421	89
Deux-Sèvres	5 545	133
Vienne	5 041	114
Poitou-Charentes	22 404	110

Source : FINESS (ARS Poitou-Charentes) - INSEE, projections population janvier 2011, omphale décembre 2010 - Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes, 2010

L'objectif de ce travail est d'apporter un éclairage plus concret et plus précis de l'offre d'hébergement en maison de retraite (EHPA et EHPAD).

D'abord en examinant comment l'aire d'attraction des maisons de retraite peut-elle être identifiée.

Ensuite en recherchant la meilleure méthode pour connaître la population hébergée au sein des structures.

Cette recherche a pour ambition d'apporter un diagnostic de l'offre de places en maison de retraite en 2010 en région Poitou-Charentes, d'une part, et souhaite estimer l'évolution de cette offre en fonction de la demande dans les deux décennies à venir, d'autre part.

Toutefois, cette recherche n'a pas la prétention de présenter des résultats « à l'unité » près, mais s'efforce d'apporter une méthodologie plus précise que celles utilisées dans les rapports nationaux et régionaux actuels.

Ce travail se décomposera en deux livres. Le premier présentera le paysage global de la prise en charge de la dépendance en France en réalisant tout d'abord un cadrage historique de la notion de « dépendance » et de l'hébergement des personnes âgées, puis en abordant la dépendance sous un angle international pour rendre compte de la situation de la France en fonction de celle de ses voisins européens et de ceux de l'OCDE. Ce livre exposera ensuite les

⁵¹ ARS Poitou-Charentes (2011) *ouvrage cité*

principaux acteurs qui régissent le secteur de la dépendance ainsi que les prestations dont les personnes âgées peuvent bénéficier. Enfin, un dernier chapitre dressera le diagnostic financier du secteur médico-social et plus précisément des budgets alloués au secteur des personnes âgées dépendantes en France.

Le second livre s'intéressera à l'analyse sur l'offre de prise en charge à destination des personnes âgées dépendantes. Les deux premiers chapitres présenteront un diagnostic national de l'équipement en maisons de retraite et en services de soins infirmiers à domicile. Un troisième chapitre exposera l'ampleur des besoins du secteur de l'emploi à destination du public âgé, tant qualitativement que quantitativement. Enfin, la dernière partie de ce développement présentera le cœur de cette recherche et exposera l'enquête de terrain, son traitement et ses résultats.

**LIVRE 1 - LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE,
L'OFFRE ADMINISTRATIVE : EVOLUTION ET
STRUCTURATION**

Introduction du premier livre

Au 1^{er} janvier 2014, la France compte 6,6 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, soit 9,1 % de la population totale⁵². Selon les projections démographiques Omphale de l'INSEE, « toutes choses égales par ailleurs », cette tranche de population devrait quasiment doubler d'ici 2050 et représenter 16 % de la population totale en France métropolitaine, soit 11,7 millions d'individus⁵³. Ce vieillissement démographique général comporte de nombreux enjeux (emplois, financements, modes de vie...) et va entraîner une croissance du nombre de personnes atteintes d'incapacités et en situation de dépendance.

La prise en charge de la dépendance représente un domaine complexe et mouvant. Il est composé de différents acteurs, gestionnaires et financeurs, aux compétences et aux responsabilités spécifiques. Son organisation est aujourd'hui éclatée alors qu'il doit répondre à une politique globale, cohérente et coordonnée. Par conséquent, la planification de la prise en charge de la dépendance doit s'adapter. Ce constat est aujourd'hui connu mais la mise en place des politiques se heurte au cloisonnement des secteurs et à la multiplicité des intervenants. Ces dysfonctionnements entraînent des disparités territoriales et sociales qui, si elles ne sont pas gérées et atténuées dès aujourd'hui, risquent de s'aggraver.

Ces questions nous amènent à nous interroger sur plusieurs points.

Quels sont les principaux acteurs qui assurent la gestion et le financement de la prise en charge de la dépendance ?

Quelles prestations sont aujourd'hui en vigueur pour aider les personnes âgées à faire face à leur perte d'autonomie ?

Que représente le financement de la dépendance aujourd'hui et comment est-il amené à évoluer ?

Afin de répondre à toutes ces questions dans ce premier livre, il est nécessaire auparavant de comprendre, non seulement comment notre système actuel s'est mis en place et selon quels fondements, mais également, comment la France se situe par rapport à ses voisins européens.

⁵² Données INSEE, RGP 2014, visible sur le site Internet de l'INSEE : http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=4149 (dernière consultation le 31 août 2014)

⁵³ Données INSEE, estimations 2014, visible sur le site Internet de l'INSEE : http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=4149 (dernière consultation le 31 août 2014)

CHAPITRE 1 Historique et évolution du secteur médico-social

L'amélioration de l'état de santé des individus et l'augmentation de l'espérance de vie permettent de vivre plus longtemps. Depuis la fin du 19^{ème} siècle, on assiste non seulement à une croissance du nombre de personnes âgées mais également à une évolution de leurs besoins de prise en charge. Quasiment inexistante avant le 19^{ème} siècle, la notion « d'hébergement des personnes âgées » est aujourd'hui au cœur de la réflexion sociétale. En effet, c'est à partir de la fin du Moyen-âge que l'on assiste progressivement à une prise de conscience du besoin de prise en charge des personnes âgées. Cette période marque l'amorce du développement des hospices, même s'il faudra tout de même attendre les 19^{ème} et 20^{ème} siècles pour voir l'offre d'hébergement se déployer nettement sur l'ensemble du territoire français. L'évolution des besoins de prise en charge nécessitera une planification à l'échelle nationale. Enfin, la modification de la demande entraînera une diversification de l'offre, d'où le développement du maintien à domicile.

Ce premier chapitre propose de présenter dans un premier temps l'évolution de l'image des personnes âgées et de leur prise en charge au cours des siècles. Il exposera dans un deuxième temps les fondements institutionnels et législatifs du secteur de la prise en charge de la dépendance. Enfin, ce chapitre présentera l'évolution de l'offre d'hébergement depuis les années 1960 jusqu'aux années 2010.

1.1 Du temps des hospices pour « vieux » aux maisons de retraite pour personnes âgées

La notion de vieillesse et la représentation des personnes âgées diffèrent selon les époques. Sous l'Antiquité, alors qu'Aristote condamne la vieillesse⁵⁴, Euripide, ne donne qu'un rôle secondaire aux « vieillards » qui ne sont pas réellement considérés. Seul, Platon donne une vision idéaliste de la « gérontocratie »⁵⁵. En effet, lorsque Platon avance en âge, il prend conscience qu'il ne doit pas regretter sa jeunesse et qu'il doit désormais s'adonner à la vertu et aux plaisirs de l'esprit. Le philosophe exprime ainsi : « *les vieux doivent commander, rendre la justice, donner l'exemple aux jeunes* »⁵⁶. Aristote, quant à lui, considère que la sagesse ne peut

⁵⁴ BOIS J-P. (1989) *Histoire de la vieillesse*, Que sais-je ?, PUF, 124 p.

⁵⁵ La gérontocratie est un système politique et social dominé par des vieillards, Définition Larousse, visible sur le site Internet du Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/g%C3%A9rontocratie/36820> (Dernière consultation le 30 juin 2014)

⁵⁶ LEROUX G. (2002) Traduction de l'œuvre de PLATON *La République*, Ed. Flammarion, 801p.

se réaliser qu'en « *possession des moyens corporels* »⁵⁷. Le vieillard doit être « *confiné aux fonctions sacerdotales* » et le gouvernement doit être « *confié à des hommes jeunes et robustes* »⁵⁸.

Dans la Grèce Antique, 5 % à 8 % des personnes atteignent un âge supérieur à 60 ans avec une proportion d'hommes plus importante que celle des femmes. Cette situation a par ailleurs légitimé la mise en place du patriarcat dans la société⁵⁹. A cette époque, on ne parle pas d'assistance aux personnes âgées. Si une personne est esclave, elle est condamnée à mourir en tant que tel, si elle est libre, elle est alors prise en charge par sa famille. Il n'existe ni lieux publics hospitaliers, ni établissements pour délivrer une prise en charge spécifique aux personnes âgées. Les premières traces de charité apparaissent, par le biais du christianisme, avec les premières diaconies⁶⁰. Les diacres, sous la responsabilité des évêques, peuvent visiter les pauvres et les malades pour leur apporter une aide quelconque. Ils peuvent également recueillir de l'argent pour distribuer un secours à domicile. A cette époque, les diaconies deviennent les premiers établissements de bienfaisance, fondés par les chrétiens et limités aux seuls chrétiens. Leur croissance bénéficie de l'officialisation d'un christianisme qui devient religion d'Etat de l'Empire d'Occident sous Constantin au IV^e siècle (312)⁶¹. De nombreux hospices sont alors construits en France et en Europe pour accueillir les malades et les lépreux.

L'origine de l'hébergement des personnes âgées remonte à l'époque des hospices au Moyen-âge (1100-1500) et est essentiellement religieuse. Cette activité se poursuivra ensuite pendant la révolution. Selon BOIS J-P., les premiers établissements officiels sont les « Hospices de Jésus » établis par Saint Vincent de Paul en 1653 et « l'hôtel Royal des Invalides » en 1670 qui accueillait des militaires blessés ou âgés et malades⁶². Précisons qu'à l'époque du Moyen-âge, les notions d'âge et de vieillissement restent obscures car on se préoccupe davantage de la jeunesse qui représente la force et la beauté. Certes, il existe des établissements de bienfaisance religieux mais ils ne sont pas uniquement destinés à s'occuper des plus âgés. Ils accueillent les

⁵⁷ MINOIS G. (1987) *Histoire de la vieillesse : De l'Antiquité à la renaissance*, Ed Fayard, 398p.

⁵⁸ TRINCAZ J. (1998) Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale, *Revue l'Homme*, Tome 38, Volume 147, Ed. Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris, p. 167-189.

⁵⁹ MINOIS G. (1987) *ouvrage cité*

⁶⁰ Une diaconie est un service d'assistance et de bienfaisance dans l'église primitive, Définition Larousse, visible sur le site Internet du Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/diaconie/25143> (Dernière consultation le 30 juin 2014)

⁶¹ TOLLEMER A. (1856) De Beaurepaire Charles, *De quelques œuvres de miséricorde dans les premiers siècles du christianisme...*, n°1, volume 17, p.171-174

⁶² BOIS J-P. (1989) *Histoire de la vieillesse*, Que sais-je ?, PUF, 124 p.

personnes exclues, les enfants abandonnés et les personnes qui ne peuvent pas travailler (handicapés, malades, vieillards...).

Plus tard, Louis XIV souhaite organiser le système de soins au sein d'un même ensemble. Il organise alors l'hôpital général qui centralise la direction de cinq structures de Paris : La Pitié, Le Refuge, Scipion, Bicêtre et la Savonnerie⁶³. En 1662, ce modèle d'organisation est étendu à tout le pays et en 1668, la gestion des hôpitaux n'est plus réalisée par le Clergé ou les religieux mais par des administrateurs quasi laïcs. L'activité de ces structures se poursuit pendant la révolution et fait alors apparaître la notion d'hospice entre 1795 et 1799⁶⁴. L'hébergement en général est officialisé à Paris avec la création du Conseil Général des hospices le 17 janvier 1801, qui est l'origine de l'assistance publique des hôpitaux de Paris, elle-même en place depuis le 10 Janvier 1849. Cette date marque le début d'une gestion de la politique sociale et sanitaire pour les indigents, dont les personnes âgées font partie.

Pour BOIS J-P.⁶⁵, « la maison royale de santé » représente le premier établissement conçu spécifiquement pour l'accueil des personnes âgées en France. Elle a été construite sous l'autorité de Louis XVI en 1780 à partir d'une initiative religieuse. Edifiée dans le 14^{ème} arrondissement de Paris, la « Maison royale de santé » voit le jour en 1783⁶⁶, puis deviendra « l'Hospice de Montrouge » en 1801, sur le site occupé depuis 1822 par « l'Hôpital La Rochefoucauld ». A cette époque, la « Maison royale de santé » n'accueille que des hommes. Elle comporte seize lits répartis dans une salle commune et accueille des soldats, des ecclésiastiques, des magistrats et des employés de la ville de Paris. En outre, sept chambres sont dédiées à des personnes âgées qui payent leur séjour. Cet établissement sera agrandi en 1801 pour accueillir 131 personnes âgées, hommes et femmes confondus. Sous la troisième république (1881), l'hospice « La Rochefoucauld » devient laïc. En 2014, le site de l'hôpital « La Rochefoucauld » est un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) qui offre 465 places en hébergement permanent.

A partir de la Révolution de 1789, l'assistance entre dans une nouvelle ère. Les assemblées révolutionnaires nomment un comité pour l'administration des secours publics pour

⁶³ SAFON M-O. (2011) *Historique des réformes hospitalières en France*, IRDES, Mise à jour en 2011, 32p.

⁶⁴ OUAD S. (2008) *Les personnes âgées dépendantes à domicile : enjeux et dispositifs existants. Exemple du département parisien*, Mémoire Master IUP, 78p.

⁶⁵ BOIS J-P. (1989) *Histoire de la vieillesse*, Que sais-je ?, PUF, 124 p.

⁶⁶ COUTEAUX J., REBELLIAU A. (1926) *La maison de retraite de La Rochefoucauld de l'Assistance Publique à Paris*, Ed. Solsona, 83p.

« l’extinction de la mendicité ». C’est La Rochefoucauld-Liancourt qui est chargé d’établir un rapport. Il constate que les secours réalisés dans les hôpitaux sont insuffisants et que les dépôts de mendicité sont inutiles. Il présente alors un plan de réformes sociales et instaure la mise en place d’hospices départementaux pour les personnes infirmes et les vieillards. Ces entités sont « *l’ultime recours pour ceux qui n’ont ni la force de travail nécessaire pour subvenir à leurs besoins, ni l’épargne suffisante pour vivre sans recours, ni le soutien de l’entourage familial (...), elles absorbent alors ces fins de vie* »⁶⁷.

A cette époque (17^{ème} et 18^{ème} siècles), la France connaît un essor démographique. Avant, elle est marquée par les catastrophes démographiques à cause des épisodes de peste, de guerre et de disette. Désormais, à la naissance, un individu peut espérer vivre 25 ans en moyenne, même s’il faut nuancer ce chiffre⁶⁸. Un nourrisson sur quatre peut vivre jusqu’à un an et la moitié des enfants décède avant l’âge de onze ans. Une fois passé la barrière des 20 ans, les adultes bénéficient d’une espérance de vie plus élevée qu’à la naissance (35 ans) et peuvent espérer vivre 55 ans en moyenne. Toutefois, avant le 17^{ème} siècle, ces données démographiques sont issues des cimetières et ne sont pas très fiables. Néanmoins, il semblerait que l’espérance de vie pour une même région soit relativement équivalente⁶⁹. En 1789, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans est moins importante qu’aujourd’hui mais elle n’est pas négligeable. A cette époque, la France compte 20 millions d’habitants, dont 11,5 % de personnes de plus de 60 ans (2,5 millions)⁷⁰ et dispose d’une structure démographique comparable à celle de l’Europe (120 millions de personnes, dont 12,5 % de sexagénaires, soit 15 millions). Constatant cette évolution démographique française, GUTTON J-P. constate que le 18^{ème} siècle est marqué par « la naissance des vieillards ». Non seulement la société s’attache aux enfants mais elle se préoccupe également des plus âgés⁷¹. Désormais, la personne vieillissante possède des vertus morales et de sagesse et joue un rôle pédagogique. L’assistance aux vieillards s’étend alors progressivement et peut se réaliser, dès le 19^{ème} siècle, à domicile ou par le biais des bureaux de bienfaisance (auparavant bureaux de charité), c’est à dire les hospices. Dans un premier temps, les secours se réalisent en nature (linges, vivres, médicaments...) puis en argent à partir de la fin du 19^{ème} siècle. Les conditions d’hébergement et d’assistance aux vieillards infirmes et incurables évoluent alors progressivement. La loi du 7 août 1851 introduit la distinction entre

⁶⁷ AMYOT J-J. (2007) *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris, Dunod, p. 602, 1456p.

⁶⁸ MASSET C. (2002) *À quel âge mouraient nos ancêtres ?*, INED, Population et sociétés n°380, 4p.

⁶⁹ MASSET C. (2002) *ouvrage cité*

⁷⁰ HENRY L., BLAYO Y., *La population de la France de 1740 à 1860*, Population, 30e année, n°1, p.71-122 (tableau 10 et 11 sur la population par sexe de 1740 à 1860)

⁷¹ BOIS J-P. (1989) *Histoire de la vieillesse*, Que sais-je ?, PUF, 124 p.

l'hôpital pour les malades et l'hospice destiné aux indigents, vieux et infirmes⁷². Cette première distinction restera cependant timide et sera confirmée avec la circulaire du 15 décembre 1899, puis officialisée avec la loi du 14 juillet 1905. Désormais, les hospices sont obligés d'accueillir les vieillards gratuitement et pour être accueillie au sein d'un hospice, une personne âgée doit résider au moins cinq ans dans la commune où est installé l'hospice.

A partir du 20^{ème} siècle, l'image du vieillard se modifie profondément. Devenir vieux fait partie de la vie et est considéré comme une étape normale, consécutive notamment aux progrès de la médecine. Dès lors, cette évolution entraîne un essor de la prise en charge des personnes âgées qui, elle-même, va évoluer selon les périodes.

1.2 Quelle évolution des modes de prise en charge des personnes âgées aux 19^{ème} et 20^{ème} siècles ?

La croissance de l'espérance de vie en France fait émerger la question de la prise en charge de la population âgée. Cependant, l'évolution de notre société va progressivement modifier le modèle initial. Pendant longtemps, c'est la famille qui assure ce rôle. Ce modèle familial « *lie directement les membres d'un groupe sur la base de leur appartenance familiale, de voisinage, de travail et tissant des réseaux d'interdépendance sans la médiation d'institutions spécialisées* »⁷³. Jusqu'au début du 19^{ème} siècle, plusieurs générations cohabitent généralement au sein d'un même foyer. Seules les personnes les plus isolées, celles qui ne peuvent plus travailler, celles qui n'ont pas l'épargne nécessaire pour subvenir à leurs besoins et celles qui n'ont aucun proche pour leur venir en aide, sont accueillies dans des structures sociales comme les hospices. Au cours du 19^{ème} siècle, l'évolution de la société modifie ce modèle familial et l'on passe d'un modèle de famille élargie à une famille nucléaire⁷⁴. L'exode rural, la révolution industrielle et la croissance des villes remettent le foyer familial en cause. Les plus jeunes quittent leurs aînés pour rejoindre les villes et le monde ouvrier. La cohabitation de plusieurs générations au sein d'un seul foyer s'étirole progressivement, en particulier dans les zones urbaines⁷⁵. Les personnes âgées sans ressource sont alors placées en hospice (loi du 7 août 1851). Cette démarche est reprise dans le décret du 23 mars 1852 dans lequel il est précisé que les hôpitaux et les hospices

⁷² FELLER E. (2005) *Histoire de la vieillesse en France (1900-1960), du vieillard au retraité*, Ed. Seli Arslan, Paris, 351p.

⁷³ CASTEL R. (1995) *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, p. 34.

⁷⁴ MARQUET J. (2001) *Evolution et déterminants des modèles familiaux, qu'est ce qui a changé et pourquoi ?*, Communications dans le cadre des journées d'étude de l'ACRF

⁷⁵ BOIS J-P. (1989) *ouvrage cité*

doivent accueillir les malades, vieillards et indigents (loi du 23 mars 1852)⁷⁶. Il faudra tout de même attendre la circulaire du 15 décembre 1899 relative au règlement des hôpitaux et des hospices pour que soit distingué l'accueil des enfants abandonnés et celui des vieillards sans ressource et sans famille⁷⁷. A ce moment, les conditions d'hébergement sont loin d'être optimales car les structures sont en très mauvais état. Dans un rapport de l'inspecteur général des hospices en 1902⁷⁸, la situation de l'établissement Forcalquier en est la preuve : « *l'Hôpital-hospice de Forcalquier est installé dans les plus fâcheuses conditions. Non seulement les fiévreux et les blessés sont confondus dans la même salle, mais il n'est pas possible de séparer complètement, chez les hommes du moins, les vieillards des malades. Il y a bien une espèce de pièce réservée aux vieillards, mais elle est trop petite pour les contenir tous, et l'on est par suite obligé d'en mettre un certain nombre avec les malades. [...] Quant à l'aménagement de ces salles il est aussi défectueux qu'elles sont insuffisantes ; presque toutes sont dans un état de délabrement qui donne à tout l'établissement un aspect de malpropreté et de misère. Les toilettes sont d'un système on ne peut plus primitif et dangereux, puisque les matières tombent directement dans la rue...* »⁷⁹.

Au début du 20^{ème} siècle, les établissements urbains sont vétustes et surpeuplés alors que les établissements ruraux se dégradent sans que personne ne s'en soucie. Selon GARDEN M., le nombre de places disponibles au sein des Hospices de Lyon n'évoluent pas au cours du 19^{ème} siècle alors que la population s'est multipliée par six au sein de l'agglomération et que les listes s'allongent dans toutes les villes⁸⁰. Ce manque d'équipement devient une réalité pour beaucoup de villes. A Paris, entre 1860 et 1905, l'hébergement repose sur trois principaux établissements, Bicêtre (1 800 places), La Salpêtrière (2 600 places) et les Ménages (1 200 places). A cette époque, plusieurs fondations ouvrent, comme Chardon-Lagache en 1865, Lenoir-Jousseran en 1880 et Alquier-Debrousse en 1892⁸¹. Toutefois, l'équipement diminue progressivement. A Paris, on note un lit d'hospice pour 106 parisiens en 1816, un pour 231 en 1859 et 280 en 1898⁸². Mais un problème fondamental persiste. Ni la ville de Paris, ni l'Assistance Publique de Paris ne souhaitent assumer la construction et l'entretien de ces nouveaux établissements. Dès lors,

⁷⁶ BOIS J-P. (1989) *ouvrage cité*

⁷⁷ BOIS J-P. (1989) *Histoire de la vieillesse*, PUF, Que sais-je ?

⁷⁸ A.D. des Alpes-de-Haute-Provence, liasse 4 Z 69.

⁷⁹ FELLER E. (2005) *Histoire de la vieillesse en France (1900-1960), du vieillard au retraité*, Ed. Seli Arslan, Paris, 351p.

⁸⁰ FELLER E. (2005) *ouvrage cité*

⁸¹ FELLER E. (2005) *ouvrage cité*

⁸² FELLER E. (2005) *ouvrage cité*

les autorités ont recours au « secours d'hospice ». Ce dernier indemnise les pensionnaires qui attendent qu'une place se libère. En 1898, à Paris, sur 23 203 vieillards indigents âgés de plus de 70 ans, 4 265 sont hospitalisés (un peu plus d'un cinquième). Les autres (18 238) sont secourus à domicile⁸³.

A partir du milieu du 20^{ème} siècle (1940), l'institutionnalisation des personnes les plus démunies et les plus dépendantes se généralise. A cette époque, les structures d'accueil bénéficient une image positive et représentent la réponse idéale face aux besoins des personnes âgées qui ne peuvent plus rester à domicile. En effet, les bâtiments sont désormais mieux conçus, mieux entretenus et plus propres qu'à la fin du 19^{ème} siècle. La communication autour de ces structures met en avant la diversité des services proposés et une vie comme à « l'hôtel ». Cet accueil est désormais disponible aussi bien pour les personnes dépendantes que pour les personnes en perte d'autonomie légère ou modérée. Dès lors, les demandes d'hébergement s'intensifient mais l'offre devient rapidement insuffisante et les listes d'attente s'allongent. De plus, l'offre n'a pas le temps de s'organiser correctement et reste inadaptée à une prise en charge individuelle. Finalement, elle décline rapidement car elle ne permet pas aux personnes malades ou vieillissantes de résider dans de bonnes conditions. On assiste alors à une dégradation de l'image des structures d'hébergement. A partir des années 1970, l'hébergement collectif commence à être critiqué et prend une connotation négative. Plusieurs rapports, tels que ceux des québécois et canadiens de MARTIN J-M. et NEPVEU G.⁸⁴, relatent cette vision négative de l'hébergement collectif qui reflète la situation de certains pays comme celle de la France. Ces auteurs constatent que les soins prodigués sont inadaptés et que le personnel manque de qualification. Le cadre des établissements est peu chaleureux et les bâtiments ne sont pas adaptés à la prise en charge des personnes âgées. L'hygiène et la dignité des personnes ne sont pas respectées⁸⁵. Pour MARTIN J-M et NEPVEU G., l'institutionnalisation dans de mauvaises conditions peut même entraîner des effets négatifs sur la santé des personnes âgées et accroître leur perte d'autonomie. Malgré tout, la prise en charge institutionnelle des personnes âgées continue de progresser fortement dans les années 1960. Le rapport Laroque (issu des travaux de la commission d'étude des problèmes du vieillissement du Haut Comité consultatif de la

⁸³ FELLER E. (2005) *ouvrage cité*

⁸⁴ MARTIN J-M., NEPVEU G. (1970) *Pour une politique de la vieillesse*, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Ed. Publication gouvernementale, Québec

⁸⁵ ROCHON J. (1988) *Les services de santé et les services sociaux : problématiques et enjeux*, Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 221p

population et de la famille)⁸⁶, la mise en place du système de protection sociale et la couverture des retraités modifient l'image et la prise en charge des personnes âgées. La personne âgée ne doit plus être considérée comme une personne pauvre et assistée et ne doit plus être prise en charge par l'aide sociale. Elle est désormais considérée comme un citoyen à part entière. Le rapport Laroque (1962) insiste sur le fait que la société doit « vivre ensemble » et que les personnes âgées ont toutes leur place au sein de la société. Ces thématiques prennent de l'ampleur et deviennent de plus en plus importante au sein des réflexions sociétales. Le secteur se structure alors progressivement. Les structures d'hébergement bénéficient alors d'un statut en fonction des services et des soins qu'elles prodiguent (structure sociale, médicalisée ou de long séjour) et la dénomination « maison de retraite » apparaît grâce à l'ordonnance du 11 novembre 1958 qui stipule que « *si les hospices ne reçoivent que des vieillards, ils prennent le nom de maison de retraite* »⁸⁷.

Les années 1980 marquent un tournant important dans le domaine de la prise en charge des personnes dépendantes. Désormais, le maintien à domicile devient privilégié et se développe progressivement⁸⁸. Des mesures avaient pourtant été tentées bien avant, comme avec la loi du 7 août 1851, qui définit le statut des établissements et des modalités d'accueil en hospice⁸⁹, dans laquelle un texte d'Armand de Melun⁹⁰, sous proposition de son frère Anatole de Melun précise : « *Cette vie commune et disciplinée appliquée à des hommes de mœurs, d'humeurs, d'états si différents devient pour eux un supplice. Lorsque avec un secours moindre qu'il recevrait à domicile, le vieillard ferait bénir sa présence au milieu de sa famille à qui il rendrait encore quelques services, il est enfermé, loin du foyer domestique, avec des hommes que leur âge, leurs infirmités rendent tristes et moroses comme lui* »⁹¹.

Ce n'est que dans les années 1970, avec la circulaire ministérielle du 11 Octobre 1972 que le rôle de l'aide-ménagère va être valorisé notamment avec le « lien social » qui intègre les personnes âgées au sein d'un réseau de services. A cette époque, le manque de coordination fait défaut et ne permettra pas au maintien à domicile de se développer correctement. Il faudra

⁸⁶ Rapport Laroque (1962) *Politique de la vieillesse*, Rapport

⁸⁷ AMYOT J.-J. (2008) *Travailler auprès des personnes âgées*, 3^{ème} édition, Ed. Dunod, Coll.Santé Sociale, 416p.

⁸⁸ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *Les défis de l'accompagnement du grand âge Perspectives internationales*, Centre d'analyse stratégique, DREES, 186p.

⁸⁹ DEBAFLE P. (1979) *L'administration de Paris (1789-1977) : actes du colloque tenu au Conseil d'Etat le 6 mai 1978*, Paris, Ed. Champion, 146p.

⁹⁰ Armand de Melun (1807-1877) est un homme politique français de tendance catholique sociale. Il fera voter diverses lois sociales relatives aux logements insalubres, à l'assistance juridique, à l'assistance hospitalière...

⁹¹ DALLOZ A., DALLOZ E. *Jurisprudence générale années 1951*, Paris, Bureau de Jurisprudence de Paris, p. 160-161

attendre les années 1980 pour que les services au domicile se développent concrètement et pour que l'institutionnalisation soit réservée aux personnes très vulnérables et très dépendantes. Aujourd'hui, le maintien à domicile représente le mode de prise en charge privilégié. Non seulement, il assure le bien-être des personnes âgées peu et modérément dépendantes mais il correspond aux orientations politiques actuelles et à la réduction des dépenses publiques. Toutefois, l'institutionnalisation reste obligatoire lorsque la vie à domicile devient trop lourde, ce qui signifie que cette offre doit non seulement continuer de se développer mais elle doit également s'améliorer pour s'éloigner de l'image de « mouroirs ». De plus, les acteurs du secteur médico-social se prennent conscience que si la décision d'hébergement est réalisée au moment opportun et avec l'accord du futur résident, l'institutionnalisation peut être réconfortante et représente l'alternative la plus appropriée au bon état de santé de la personne.

L'évolution du statut des personnes âgées est le résultat des bouleversements de notre société et des changements de mentalités. Si la vision des personnes âgées et de leur mode d'hébergement a évolué, c'est également l'ensemble du secteur médico-social et de son cadre législatif qui s'est transformé.

1.3 Un secteur dynamique qui se dote d'une structuration institutionnelle efficace au cours du 20^{ème} siècle

L'institutionnalisation des personnes âgées évolue dès l'instauration de l'Ordonnance du 11 Novembre 1958 qui officialise le terme de « maison de retraite » au dépend « des hospices »⁹². Peu après, la publication du Rapport Laroque « Politique et vieillesse » en 1962 marque profondément le secteur médico-social car, s'il n'est pas une loi, il précise bien que le statut des personnes âgées et leur mode d'hébergement doit évoluer. Il faudra toutefois attendre les années 1970 pour que les pouvoirs publics prennent conscience que le vieillissement de la population fait partie intégrante de notre société et qu'il nécessite un cadre réglementaire et financier.

1.3.1 Les grandes lois et les principales orientations depuis 1975...

La planification du secteur médico-social concerne un large public (personnes handicapées, personnes âgées dépendantes, petite enfance...) et repose sur une offre diversifiée. C'est entre 1975 et 2002 que son organisation trouve ses principaux fondements. Le secteur médico-social devient autonome en 1975 pour être défini comme « *un ensemble homogène, soumis à des*

⁹² AMYOT J.-J. (2008) *Travailler auprès des personnes âgées*, 3^{ème} édition, Ed. Dunod, 416p.

règles communes »⁹³. A partir de cette date, plusieurs lois vont modifier sa structuration. La définition de la place des personnes « handicapées » et des personnes « dépendantes » ainsi que le cadre d'intervention des établissements vont beaucoup évoluer. Au départ, ces deux publics fragiles sont appréhendés ensemble et il n'existe pas de réelle différenciation de prise en charge ou de prestation. Ce sont les lois n°75-534 et n°75-535 du 30 juin 1975 qui impulsent la question de l'accompagnement du handicap en général et qui pour la première fois, vont instaurer la mise en place d'autorités de compétences, de schémas directeurs et de pilotages politiques pour ce secteur. La première est relative aux institutions sociales et médico-sociales et encadre les conditions de création, de financement, de formation et du statut des établissements de ce secteur. La seconde est promulguée en faveur des personnes handicapées elles-mêmes. Elle fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics et commence à organiser la prévention, le dépistage, l'accès aux institutions et l'éducation des personnes handicapées. Cette loi crée également deux commissions départementales en fonction de l'âge des individus. Dorénavant, les jeunes de 0 à 20 ans sont encadrés par la Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES) et les adultes (à partir de 20 ans) dépendent de la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnelle (COTOREP). Cette loi représente une étape importante dans l'histoire de l'action sociale française. Non seulement, elle doit impulser de nouvelles idées en matière de prise en charge mais elle doit également moderniser les mécanismes d'allocation des ressources et de tarification. Elle vise également à mettre en place une planification concertée plus efficiente pour aboutir à une meilleure coordination et une responsabilisation des acteurs et des décideurs. Finalement, ce sera principalement la prestation créée en faveur des personnes âgées (Prestation Spécifique Dépendance) qui impulsera une réelle distinction de prise en charge entre le public handicapé et le public âgé dépendant mais nous y reviendrons au cours de la partie 1.3.4 de ce chapitre.

Du côté des établissements, la circulaire du 13 septembre 1976 relative à l'application du décret n°76-838 du 25 août 1976 encadre désormais la création et l'extension d'établissements (maisons de retraite, logements-foyers et foyers-soleil). Plus tard, entre 1975 et 2002, cette liste sera progressivement allongée, notamment par le biais de la loi n°2002-535 « allongement de la liste des établissements et des services ainsi que la modification et la définition des catégories ». Ces lois précisent que pour toutes créations ou extensions, ces établissements sont désormais soumis à un avis de commission. De plus, ces derniers bénéficient désormais d'un statut en fonction des soins et des services qu'ils prodiguent. Cette mesure signifie que les

⁹³ BAUDURET J-F., JAEGER M. (2002) *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoire d'une refondation*, Ed. Dunod p.1, 352p.

maisons de retraite et les foyers-logements peuvent être médicalisés et disposer d'une section de cure médicale. Toutefois, le nombre de places médicalisées ne doit pas dépasser 25 % de la capacité totale d'accueil de chaque structure.

La structuration du secteur médico-social a largement été influencée par la décentralisation (loi du 2 mars 1982) et par la redéfinition des champs d'intervention de l'Etat et des départements. Si au départ, la prise en charge des personnes âgées est principalement réalisée par le tissu familial et de voisinage, puis par les communes et les associations, ces acteurs de proximité aux statuts très différents ont bâti une politique gérontologique sans coordination ni stratégie territoriale bien définie. Au moment de la décentralisation, l'essentiel de ces compétences est transféré aux départements qui ne possédaient ni l'expérience, ni le potentiel humain pour coordonner ce secteur. C'est en partie de ce processus que les communes se sont vues encadrer la prise en charge des besoins des personnes âgées grâce aux Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS)⁹⁴. En ce sens, le département est passé à l'action et a progressivement mené une stratégie d'intervention sur le terrain où Etat, communes et associations détenaient déjà une expérience et une organisation. Au fur et à mesure, les conseils généraux se sont dotés de personnel spécialisé, formé et compétent dans le domaine de la vieillesse. En parallèle, ils ont bénéficié de moyens financiers de plus en plus conséquents pour mener à bien leurs actions. Ainsi, la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, dans son volet sur les procédures d'autorisation, de création, de transformation et d'extension d'établissements et services (articles 43 et 46), organise le partage des compétences entre l'Etat et le conseil général. Trois ans plus tard, la loi n°86-17 du 6 Janvier 1986 vient en complément et adopte « *une législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé* ». Désormais, les conseils généraux encadrent le schéma départemental et les programmes sociaux et médico-sociaux. De plus, un conseil du développement social est créé au sein de chaque département en vue d'émettre des propositions sur la politique d'action sociale du département. Il définit les principaux axes de la politique départementale, favorise le rôle de pilote du département en matière d'action sociale, soutient la coordination entre les partenaires et encourage le développement social local au sein de la politique globale du département. Dans le cadre du

⁹⁴ TIZON P. (2007) Décentralisation et organisation départementale de l'action gérontologique en France, *Vieillessement : santé et société - Défis et perspectives, Compte-rendu de la troisième édition des Rencontres Champlain-Montaigne*, Québec, Ed. Presses de l'Université Laval (Québec), Coll. Rencontres Champlain-Montaigne p.131-145.

PALARD J., VEZINA J. (2007) *Vieillessement : santé et société, défis et perspectives, compte-rendu de la troisième édition des rencontres Champlain-Montaigne*, Québec, 4-6 mai 2005, Ed. les Presses de l'université de Laval, Canada, 232p.

maintien à domicile, cette loi instaure une liste de services à caractère social ou médico-social à destination des personnes fragiles.

Entre 1975 et 2002, les thématiques autour de la dépendance se multiplient. La place des plus âgés au sein de notre société est revendiquée, leur prise en charge devient progressivement distincte de celle des personnes handicapées et elle fait désormais partie des priorités nationales. L'année 2002 représente une année « clé » et rénove l'action sociale. La loi du 2 Janvier 2002 (n°2002-2) réforme la loi de 1975⁹⁵. Elle précise la fonction des Schémas Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SROMS) et considère le droit des usagers au sein des établissements par le biais d'un projet individuel pour chaque usager. Le droit des usagers est guidé par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et des Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) et se développe selon quatre axes, guidés par un cahier des charges au niveau national (arrêté du 26 avril 1999). Le premier axe concerne la reconnaissance des droits des bénéficiaires et de leur entourage au sein des établissements. Pour cela, les structures doivent mettre en place un livret d'accueil, une charte des droits et des libertés de la personne accueillie, un contrat de séjour, un conseil de vie sociale, un règlement de fonctionnement et un projet d'établissement. Le deuxième axe élargit les missions de l'action sociale et médico-sociale des établissements. Ces derniers doivent constituer des équipes pluridisciplinaires et diversifier leurs interventions. Cette initiative rejoint le premier point et met en avant le respect de la dignité de tous ainsi que l'équité de l'accès aux services sur l'ensemble du territoire. Le troisième axe a pour objectif d'améliorer le pilotage de la prise en charge. Pour cela, les schémas départementaux et leurs modalités d'élaboration doivent être révisés. Parallèlement, les autorisations des établissements sont modifiées. Jusqu'en 2002, elles étaient octroyées pour une durée indéterminée et sont désormais planifiées pour une durée de quinze ans. Enfin, le dernier axe s'intéresse à l'expertise des structures. Ces dernières doivent effectuer une auto-évaluation ou une évaluation interne tous les cinq ans ainsi qu'une évaluation externe tous les sept ans.

Plus tard, en 2005, l'accessibilité en ville jusque-là réservée aux personnes handicapées (loi n°75-534 du 30 janvier 1975), s'étend dorénavant aux personnes âgées (loi n°2005-102 du 11 février 2005). Ces lois prévoient une adaptation de la vie en société pour l'ensemble des publics

⁹⁵ Données disponibles sur le site Internet legifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460> (Dernière consultation le 30 juin 2014)

fragiles et concerne différents domaines (bâtiments, voirie, transports...). Elle prône l'égalité des droits et des chances. On parle alors d'accessibilité universelle.

Plus récemment, le 14 octobre 2013, le Premier ministre a lancé le projet de loi d'orientation et de programmation sur l'adaptation de la société au vieillissement qui devrait être voté fin 2014. Cette loi dite « des trois A (Anticipation, Adaptation, Accompagnement) » prévoit non seulement d'adapter l'offre en fonction des besoins des personnes âgées (logement intermédiaire) mais elle souhaite développer le maintien à domicile en proposant plus d'heures et de prestations en fonction du plan d'aide de chaque personne. De plus, elle souhaite favoriser l'accès des outils et des nouvelles technologies aux personnes âgées. Parallèlement, cette loi est innovante car elle revendique vouloir soutenir les aidants. Pour cela, elle prévoit la création d'un « droit de répit » intégré au sein de l'APA, sous la forme d'une aide financière pour un accueil de jour, de nuit ou temporaire. Enfin, pour informer correctement les particuliers, le gouvernement devrait créer un site internet qui regrouperait l'ensemble des informations liées à la perte d'autonomie et les différentes solutions de prise en charge. Cette loi devrait être conduite en deux volets. Le premier concernera les mesures de maintien à domicile (APA, prévention, adaptation du domicile...) et le second devrait se pencher sur l'accompagnement et la prise en charge en établissement (offre intermédiaire, reste à charge...).

1.3.2 ... jusqu'aux lois « HPST » de 2009 et « SPTS » de 2014

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire « loi HPST » de 2009, dite également « loi Bachelot » (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009) a profondément marqué le paysage médico-social. En effet, le principal objectif de cette réforme était de rapprocher le secteur sanitaire du secteur médico-social afin d'améliorer la planification de l'offre et d'optimiser la médicalisation et le financement des établissements. Cette loi se divise en quatre parties (hôpital ; répartition des médecins et accès aux soins de ville ; mesures de santé publique et prévention ; création des Agences Régionales de Santé - ARS) et s'organise à plusieurs niveaux. Au niveau national, les établissements médico-sociaux s'organisent toujours en fonction d'un schéma d'organisation national et un décret fixe le public accueilli au sein des structures. Ce schéma est réalisé par les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées pour ensuite être proposé à la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA) et au Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CNOSS). Au niveau régional, le directeur de l'agence régionale de santé assure le suivi du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

(SROMS) et des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Enfin, au niveau départemental, le Président du conseil général établit le schéma départemental gérontologique.

La loi « HPST » modifie et élargit le rôle de plusieurs acteurs. Les agences régionales de santé pilotent désormais le secteur médico-social et regroupent les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Elles coordonnent l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention) sur un territoire donné. Elles ont également à charge les démarches d'autorisation des établissements (extension, transformation, construction) pour toutes les demandes effectuées après le 1^{er} juillet 2010. De plus, la loi « HPST » élargit les compétences de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) pour former un groupement d'intérêt public constitué de l'Etat, de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et des fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux. Le rôle de l'ANAP est d'aider les structures de santé et médico-sociales à améliorer les services auprès des patients, optimiser leur patrimoine immobilier et suivre leurs résultats. Pour assurer le fonctionnement de tout cela, les ARS sont chargées de diffuser des outils et des recommandations aux acteurs.

La loi « HPST » modifie l'encadrement des prestations. Lorsque les prestations sont prises en charge par l'aide sociale départementale et de compétences départementales, l'autorisation est toujours délivrée par le Président du conseil général. En revanche, lorsque les allocations peuvent être prises en charge par l'assurance maladie, l'autorisation est désormais du ressort du directeur de l'agence régionale de santé. Enfin, les prestations financées par l'Etat dépendent de l'autorisation du Préfet de département. De plus, les demandes d'autorisation qui nécessitent des financements publics sont désormais du ressort de commission d'appel à projet, dont l'autorisation dépend des pouvoirs publics (Etat, conseil général ou ARS selon les cas de figure).

La loi « HPST » stipule que les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) et les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) doivent désormais signer une convention tripartite avec le Président du conseil général et une autorité compétente de l'Etat pour l'assurance maladie, soit le Préfet de département pour les établissements sociaux et médico-

sociaux ou le directeur de agence régionale de santé pour les services de soins de longue durée⁹⁶. Les gestionnaires de plusieurs établissements qui relèvent de la compétence du directeur de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'Etat doivent obligatoirement signer un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) lorsque les établissements atteignent ensemble un seuil de produits et de tarification⁹⁷. L'objectif est ici de mutualiser les moyens des EHPAD pour abaisser les coûts et diminuer le reste à charge des résidents. Dans ce cas, le CPOM se substitue aux conventions tripartites. Enfin, la loi « HPST » soutient la création de réseaux sociaux et médico-sociaux par le biais de Groupement d'Intérêt Economique (GIE), de Groupement d'Intérêt Public (GIP) ou de Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS).

Plus récemment, le 23 avril 2014, DEVICTOR B., Présidente de la conférence nationale de santé et nommée au Conseil d'administration de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), a rendu des propositions sur la nouvelle loi « Service Public Territorial de Santé » (SPTS) qui devrait être inscrite dans la loi de santé de 2014. Cette loi répond aux difficultés rencontrées aussi bien par les usagers que par les professionnels⁹⁸. En effet, malgré la promulgation de la loi « HPST », le système reste encore inadapté et peu lisible pour beaucoup de particuliers et de professionnels. Ainsi, la loi « SPTS » vient renforcer la loi « HPST » et possède de multiples objectifs. Elle doit veiller à ce que le système apporte une réponse adaptée aux particuliers (personnes en situation de précarité, personnes âgées ou souffrant de troubles ou maladies psychiques...) et faire en sorte que le renoncement aux soins pour des raisons de coûts trop importants diminue. Parallèlement, elle doit éclairer les professionnels sur leurs compétences et sur leurs champs d'actions respectifs pour permettre une orientation correcte des usagers. Des réformes sont déjà engagées en ce sens mais elles restent pénalisées par un manque d'information des usagers et des professionnels, d'une part, et par un manque de lisibilité du système (accumulation de plusieurs dispositifs à plusieurs niveaux hiérarchiques) d'autre part. Plus largement, la loi « SPTS » doit apporter une réponse aux besoins de santé de la population en tenant compte des objectifs de santé régionaux et nationaux ainsi que des spécificités territoriales. Dans le domaine de la prise en charge de la dépendance, les initiatives

⁹⁶ VILLEZ A. (2005) *Adapter les établissements pour personnes âgées, besoins, réglementation, tarification*, Ed. Dunod, Paris, 392p.

⁹⁷ Assemblée des départements de France (2012) *Les conventions tripartites de « Pathossification » et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, guide juridique et financier, 45p.

⁹⁸ DEVICTOR B. (2014) *Rapport le service public territorial de santé (SPST) et le service public hospitalier*, 209p.

sont de développer les réseaux de santé gériatriques et les dispositifs de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ; d'insister sur le rôle des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ou encore de développer les expérimentations comme celle du « PAERPA » (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie)... Parallèlement, la garantie d'un système lisible pour les particuliers ne peut être efficace qu'à travers d'un guichet unique d'informations et donc par la création d'un outil web. Enfin, du côté des professionnels, cette lisibilité peut passer par la création d'un cahier des charges commun et par la convergence des initiatives des acteurs.

Si les quelques lois énoncées ci-dessus ont participé à la planification du secteur médico-social, elles sont accompagnées à partir des années 1980, par des mesures spécifiques au maintien à domicile.

1.3.3 Mesures spécifiques au développement des services et de l'emploi à domicile

Les tous premiers services à domicile remontent aux années 1920 avec les services d'aides aux mères de famille⁹⁹. Des bénévoles aidaient les mères de famille à réaliser les travaux ménagers et les soins aux enfants. La profession d'aide familiale voit ensuite le jour pendant la période 1942-1945, pour ensuite se transformer en profession de travailleuse familiale et aboutir au profil de Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) à partir de 1999.

Les services d'aide-ménagère représentent les premières prestations dont les personnes âgées ont pu bénéficier pour rester à domicile, malgré l'arrivée de situations de dépendance. Dans les années 1950, ces derniers reposaient sur la notion de charité¹⁰⁰. Ils étaient réalisés de manière bénévole et profitaient principalement aux vieillards isolés et malades. Peu de temps après, le décret du 2 septembre 1954¹⁰¹ marque le commencement d'un financement pérenne de la prestation d'aide-ménagère et précise que cette dernière concerne toutes les personnes âgées malades et dont l'hospitalisation n'est pas immédiatement nécessaire. Dans les années 1960, le rapport Laroque insistera sur la nécessité du maintien à domicile des personnes âgées et sur l'effort qui doit être réalisé à l'égard de l'aide-ménagère. Ainsi, on voit le nombre de

⁹⁹ ENNUYER B. (2014) *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, 2^{ème} édition, Ed. Dunod, Paris, 310p.

¹⁰⁰ ESCALERE B., sous la direction de LEDUC F. (2001) *L'aide à domicile : des publics, une histoire*, *Guide de l'aide à domicile*, Paris, Dunod

¹⁰¹ MEY P. (1978) Cadre historique et politique du développement de l'aide-ménagère à domicile, *Gérontologie et société* n°5, p.9

bénéficiaires augmenter fortement, passant de 280 000 en 1979¹⁰² à 500 000 en 1985 et à 600 000 en 1993¹⁰³. Il faudra attendre les années 1970 pour voir apparaître les bases d'une réelle politique du maintien à domicile avec la circulaire du 24 septembre 1971 qui énonce l'objectif de « *favoriser les politiques de maintien à domicile pour préserver au maximum l'indépendance et l'intégration sociale de la personne âgée* ». Elle identifie les équipements qui participent au maintien à domicile, à la préservation de l'autonomie et à l'intégration sociale de la personne âgée (aide-ménagère, SSIAD, aides aux vacances...). De plus, elle innove en créant les structures « centre de jour » qui accueillent les personnes handicapées pour des soins et des traitements et qui peuvent profiter aux personnes âgées à domicile. Quelques années plus tard, en 1977, le VII^{ème} plan annonce 25 programmes d'actions prioritaires, dont le programme n°15 est consacré aux mesures destinées à « favoriser le maintien à domicile des personnes âgées » qui fera l'objet d'une circulaire¹⁰⁴. Ce programme repose sur trois actions : les services d'aide-ménagère et de soins à domicile, les équipements légers de quartiers (clubs, foyer-restaurant...) et les structures « centre de jour ». Les objectifs sont ainsi d'améliorer l'habitat des personnes âgées et l'indispensable coordination des actions envers ce public. Ces différentes mesures impulsent un large développement des services d'aide à domicile, particulièrement marqué dans les années 1980. Cependant, des problèmes de financement apparaissent rapidement. En effet, le secteur est mal organisé et n'arrive pas répondre correctement aux besoins des personnes âgées, notamment pour celles qui ne disposent pas de revenus suffisants pour accéder aux aides à domicile. Les pouvoirs publics prennent conscience de cette situation et instaurent progressivement des mesures incitatives pour développer et améliorer la prise en charge à domicile. La priorité est alors portée sur le développement de l'emploi à domicile. Selon ENNUYER B., ces mesures représentent davantage une opportunité pour diminuer le chômage en France qu'une réelle volonté de combler les besoins des personnes âgées à domicile¹⁰⁵. Ainsi, en 1987, Philippe Seguin, ministre des affaires sociales, instaure les services « mandataires »¹⁰⁶. Ces derniers font l'intermédiaire entre le particulier et le professionnel et facilitent l'ensemble des démarches administratives et des interventions à

¹⁰² Troisième âge – aide-ménagère : deux cent quatre-vingt mille bénéficiaires, Journal *Le Monde* du 11 octobre 1979

¹⁰³ ENNUYER B. (2014) *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, 2^{ème} édition, Ed. Dunod, Paris, 310p.

¹⁰⁴ Ministère de la santé. Direction de l'action sociale (1977). Circulaire n°AS5 du 28 janvier 1977 relative à la mise en place du programme d'action prioritaire n°15 : favoriser le maintien à domicile des personnes âgées (non parue au Journal Officiel).

¹⁰⁵ ENNUYER B. (2014) *ouvrage cité*

¹⁰⁶ DUPUIS J-M., EL MOUDDEN C. (2002) 22^{ème} journée de l'association d'économie sociale, *Politiques sociales et croissances économiques*, Volume 2, 354p.

domicile (ménage, aides diverses). Quatre ans plus tard et en continuité avec cette mesure, Martine Aubry établit en 1991 une défiscalisation de l'emploi à domicile¹⁰⁷. En 1993, l'article 5 de la loi du 20 décembre 1993 lance le chèque « Emploi-Service », qui sera remplacé le 26 Juillet 2005 (loi n°2005-841) par le « Chèque Emploi Services Universel » (CESU). Ce dernier permet de simplifier les démarches administratives entre les personnes « employeurs » et les employés. Cette dynamique est complétée en 2005 par le « Plan de cohésion sociale » de Louis Borloo qui propose non seulement une revalorisation des grilles de rémunération du secteur non lucratif mais également un allègement des charges patronales des particuliers/employeurs et des entreprises du secteur. Les services aux particuliers peuvent désormais représenter une activité à but lucratif, ce qui permet au secteur de l'emploi à domicile de se développer sérieusement.

Lorsqu'une prise en charge médicale est nécessaire à domicile, les personnes âgées ont aujourd'hui recours aux Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Ces services relèvent du secteur sanitaire et représentent un complément important aux aides du secteur médico-social. Les SSIAD sont officialisés par le décret du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées. Ce décret définit les missions, le fonctionnement et la qualification du personnel qui exerce au sein de ces services. Combinée à l'extension de leur champ d'intervention, l'officialisation des SSIAD entraîne une croissance importante du nombre de places autorisées. En effet, le décret du 25 juin 2004 modifie l'organisation des SSIAD et le public concerné. Ils peuvent désormais intervenir auprès de personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes, de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques ou d'affections de longue durée. Ainsi, entre 1980 et 2002, les SSIAD connaissent une croissance importante. Le nombre de places est multiplié par vingt et passe de 3 500 places en 1980 à 71 000 places en 2002¹⁰⁸. En 2010, l'offre est composée de 2 095 services pour 106 000 places, soit un taux d'équipement de 18,9 ‰ en France métropolitaine¹⁰⁹.

Ces services et ces aides à domicile, tout comme l'institutionnalisation, sont rarement accessibles financièrement pour les particuliers. La plupart des personnes âgées ne pourraient

¹⁰⁷ CARBONNIER C. (2010) *Réduction et crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, conséquences incitatives et distributives*, INSEE, Economie et statistiques n°427-428, 67p.

¹⁰⁸ CHEVREUL K. (2009) *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - Le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France, Direction générale de l'action sociale, 86p.

¹⁰⁹ Données DREES, Statiss 2010 et INSEE, estimation de population au 01/01/2009

recourir à ce type de prestation sans aides financières complémentaires. En réponse à ces difficultés, des prestations ont été créées pour tenter de rendre l'offre de prise en charge accessible à tous.

1.3.4 Les premières prestations en faveur des personnes âgées

Avant la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2002, plusieurs lois ont instauré des mesures et des prestations dédiées aux personnes âgées. La loi du 14 juillet 1905 proclame le « principe d'obligation » pour aider financièrement les personnes âgées et tient compte de trois critères : l'âge, les ressources et le domicile de la personne. Cette loi représente une avancée importante dans la perception de la vieillesse au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle et influencera longtemps les comportements administratifs, familiaux et individuels de notre société. En effet, le système mis en place dès 1907 préservera la même logique jusqu'à sa suppression en 1953. Plus tard, Clémenceau (Président du Conseil et Ministre de l'intérieur) reviendra sur cette loi et précisera que jusqu'à présent, cette loi était accordée en fonction de l'invalidité des personnes et non de leur âge. Désormais, cette prestation est accordée à toutes les personnes de plus de 70 ans en fonction de leurs revenus et de leur domicile. La loi du 29 mars 1941 abaissera ensuite la limite d'âge à 65 ans et réévaluera le montant des allocations du « secours de domicile » (tout lieu autre que l'hôpital)¹¹⁰.

Malgré des radiations vis-à-vis de cette prestation ou la mise en place des retraites ouvrières et paysannes en 1911, les besoins d'aide à domicile sont toujours grandissants au début du 20^{ème} siècle. En 1912, 652 000 vieillards perçoivent une allocation non contributive (assistance retraite, vieillards assistés, infirmes et incurables). Le budget total représente 106 millions de francs, soit 49 % des dépenses d'assistance publique et 2,3 % du revenu national¹¹¹. Face au nombre croissant d'allocataires et aux problèmes sociaux (chômage des vieux travailleurs, travailleurs isolés...), la loi de 1905 devient insuffisante et inefficace. Ce sera le Maréchal Pétain qui, dans le cadre de sa politique de restauration des valeurs traditionnelles, mettra en vigueur la « retraite des vieux » à la fin de la 3^{ème} république. Plus tard, la loi du 14 mars 1941 instaurera l'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés (AVTS) à destination des salariés, des chômeurs de plus de 65 ans ou des individus âgés de moins de 60 ans inaptes au travail et dont les ressources sont inférieures à 9 000 francs pour une personne seule ou 11 000 francs pour un

¹¹⁰ FELLER E. (2005) *Histoire de la vieillesse en France (1900-1960), du vieillard au retraité*, Ed. Seli Arslan, Paris, 351p.

¹¹¹ VIMONT C. (1967) *L'aide sociale et la lutte contre les maladies et les diverses formes d'inadaptation*, Droit social n°3, p.192-202

couple. Le financement de cette allocation provient des caisses de retraite des assurances sociales, selon le régime de répartition. Malgré tout, la loi de 1905 reste indispensable pour couvrir les travailleurs indépendants, les salariés occasionnels, les mères de famille... Enfin, la loi du 14 avril 1924 remplacera les dispositions de 1831 et de 1853 et procèdera à une refonte complète du système de retraite des serviteurs de l'Etat.

En matière de prise en charge de la dépendance, l'Aide Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)¹¹² représente la première prestation dont les personnes âgées ont pu bénéficier dès 1975. Initialement, cette allocation est mise en place en faveur des personnes handicapées mais ce sont rapidement les personnes âgées de plus de 60 ans qui représentent les principaux usagers de cette prestation (70 % en 1994)¹¹³. L'ACTP n'est pas soumise aux critères d'âge et est versée en espèces. A cette époque, elle permet ainsi aux personnes âgées de faire face aux dépenses engagées en établissement ou à domicile lorsqu'un recours à une tierce personne est nécessaire pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

En 1994, l'article 38 de la loi du 25 juillet 1994 établit la Prestation Expérimentale Dépendance (PED) dans douze départements volontaires (Ain, Charente, Haute-Vienne, Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Indre, Haute-Loire, Moselle, Oise, Savoie, Val d'Oise, Yonne)¹¹⁴. Ces derniers doivent alors gérer cette prestation comme ils le souhaitent. Au moment de sa mise en place, la PED représente une nouvelle allocation mais vient compléter les autres modalités d'aides liées à la dépendance (aide-ménagère des caisses, ACTP...). La PED est versée aux personnes âgées dépendantes qui résident à domicile ou en établissement et revêt plusieurs objectifs. Elle doit favoriser une meilleure coordination des acteurs et des services à la personne, aider les personnes à financer les dépenses relatives à leur dépendance, développer l'emploi de ce secteur et faire en sorte que le maintien à domicile se déploie plus largement. Au moment de sa mise en place, la PED représente la seule prestation permanente existante car l'aide professionnelle n'était jusque-là que subsidiaire. La demande de PED est effectuée auprès d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) où le dossier est examiné par une équipe médico-sociale pour définir le degré de dépendance de la personne ainsi que le plan d'aides proposé. Un contrat

¹¹² loi n°75-534 du 30 juin 1975

¹¹³ Cours des comptes (2005) Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés sur les personnes âgées dépendantes, 429p.

¹¹⁴ Projet de loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, visible sur le site Internet du Sénat : <http://www.senat.fr/rap/a95-045/a95-0452.html> (Dernière consultation le 1^{er} septembre 2014)

est ensuite établi et précise les aides professionnelles et techniques nécessaires au soutien de la personne dépendante. Pendant toute la durée de versement de la prestation, la personne âgée est suivie par un travailleur social.

La PED comportait des points forts et des faiblesses. Tout d'abord, elle a marqué le début d'une évaluation plus précise de la dépendance des personnes âgées et a mis réellement la personne âgée au centre du dispositif. Elle a ainsi impulsé la mise en place d'un dispositif de coordination gériatrique entre les différents acteurs (départements, sécurité sociale, CCAS, associations...). Par contre, ses conditions d'accès étaient plus restrictives qu'aujourd'hui avec l'APA car elle prenait en charge uniquement les personnes classées en GIR 1 à 3, soit relativement dépendantes. De plus, pour bénéficier d'une pension à taux plein, les conditions de ressources étaient très basses (943 euros en avril 1998). Enfin, elle était soumise à un recours sur récupération.

Au moment de la création de l'APA en 2002, les personnes ont eu le choix de la prestation qu'elles souhaitent garder (PED ou APA). Pour assurer la continuité des financements, les allocataires percevaient la prestation initiale jusqu'à la notification de la demande. Si le montant de l'APA était inférieur à celui de la PED, une allocation différentielle couvrait alors la différence¹¹⁵. Cette allocation différentielle a été mise en place avec l'article 19 de la loi du 20 juillet 2001 pour maintenir le niveau de prestation antérieur des bénéficiaires avant la mise en place de l'APA (PED, PSD, ACTP ou toute autre prestation telles que l'aide-ménagère...) aussi bien à domicile qu'en établissement. C'est le conseil général qui en assure la gestion et le versement. L'allocation différentielle ne pouvait être versée que pour les bénéficiaires de l'APA et son montant correspondait à la différence entre le montant de participation de la caisse de retraite et celui de l'APA, diminué de la participation du bénéficiaire (article 20 de la loi du 20 novembre 2001). Une révision annuelle était prévue et prenait en compte l'évolution du montant de l'APA. Le versement de l'allocation précédant l'APA restait identique, ce qui permettait de réduire progressivement l'allocation différentielle par rapport à la revalorisation de l'APA. Les dépenses relatives à l'allocation différentielle sont comptabilisées au sein des dépenses d'APA, elles entrent donc dans le budget de la CNSA.

En 1997, la PED est remplacée par la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) avec la loi n°97-60 du 24 janvier 1997, dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées

¹¹⁵ Prestation différentielle visible sur le site du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/aines,776/dossiers,758/prestations-sociales,759/allocation-personnalisee-d,1724/la-transition-avec-les-autres,5653.html> (dernière consultation le 31 août 2014)

dépendantes. Avant cette prestation, et en dehors de l'expérimentation de la PED, les personnes âgées étaient rattachées aux personnes handicapées et percevaient l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) pour financer une partie de leur prise en charge. Dès lors, à partir de 1997, la PSD couvre les personnes âgées de plus de 60 ans de nationalité française ou qui vivent de manière régulière sur le territoire français depuis au moins quinze ans avant l'âge de 70 ans. Les personnes concernées doivent être dépendantes (classées en GIR 1 à 3) et avoir des ressources inférieures à un montant de 983 euros pour une personne seule au 1^{er} avril 1998¹¹⁶. La PSD est une prestation en nature et peut être attribuée à domicile ou en établissement. Dans le premier cas, elle couvre les dépenses d'emploi de salariés et de services. Dans le second cas, elle est directement versée à la structure d'hébergement pour financer la dépendance de la personne. Enfin, la PSD est soumise au recours sur récupération. Cette prestation a également montré ses limites car elle ne répondait pas correctement aux besoins des personnes âgées. En effet, les bénéficiaires n'étaient pas correctement informés de la mise en place de cette prestation (acteurs concernés, financement, critères d'éligibilité...) et le recours sur récupération représentait un facteur dissuasif important. De plus, il existait de grandes disparités de l'offre sur l'ensemble du territoire¹¹⁷. Comme pour la PED, au moment de la création de l'APA en 2002, les bénéficiaires de la PSD avaient le choix de conserver leur prestation ou de bénéficier de l'APA. S'ils souhaitaient changer d'aide, ils percevaient la prestation initiale en attendant la réponse du Président du conseil général et si le montant de l'APA était inférieur à celui de la PSD, l'allocation différentielle était alors versée en complément.

La mise en place de l'APA, avec la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, modifie profondément le cadre de prise en charge des personnes âgées. Contrairement à la PSD, les tarifs sont fixés en fonction de barèmes nationaux garantissant ainsi une égalité et une transparence pour tous les usagers sur l'ensemble du territoire. De plus, l'APA couvre un plus grand nombre de bénéficiaires que la PSD car si cette dernière ne prenait en charge que les personnes fortement dépendantes (GIR 1 à 3), l'APA couvre également les personnes modérément dépendantes (GIR 1 à 4). L'APA est non cumulable avec d'autres prestations (ACTP, allocation représentative de services ménagers, aide-ménagère à domicile au titre de l'aide sociale, pension d'invalidité) et à ce jour, elle n'est pas soumise à la récupération sur succession. L'APA

¹¹⁶ JOURDAIN A. (2001) L'usage sélectif des évaluations des PED et PSD par le décideur : soutien aux innovations institutionnelles, réticence à payer le prix de la dépendance, *Gérontologie et société* 4 (n° 99), p. 255-270

¹¹⁷ LE BIHAN C., MARTIN F-X. Et Al. (2000) *La prestation spécifique dépendance à domicile en pratiques dans six départements*, DREES études et résultats n°64, 8p.

a progressivement remplacé la PED et la PSD mais elle n'a pas remis en question le versement de l'ACTP. Toutefois, l'APA a fait de l'ACTP une prestation réservée aux personnes handicapées de moins de 60 ans. Lorsqu'une personne handicapée atteint l'âge de 60 ans et souhaite passer de l'ACTP à l'APA, sa demande doit être effectuée deux mois avant l'arrivée de ses 60 ans ou deux mois avant l'échéancier du dernier versement de l'ACTP pour éviter toute rupture de financement. Comme pour les autres prestations, si le montant de l'APA est inférieur à celui de l'ACTP, une allocation différentielle est prévue pour garantir le niveau de prestation antérieur. Si une personne n'effectue pas une demande d'APA au moment de son sixième anniversaire, elle peut le faire lors du renouvellement de l'ACTP. Nous reviendrons sur les démarches et sur le calcul mensuel de cette prestation au cours du chapitre n°4 de ce premier livre.

Depuis 1975, on assiste à une structuration du secteur médico-social tant d'un point de vue législatif qu'au niveau de l'offre, des prestations et des allocations. Toutes ces évolutions ont permis de constituer une offre pour tenter de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes. Si cette offre connaît son apogée au cours des années 1990, est-elle suffisante à cette époque et sa répartition est-elle homogène sur l'ensemble du territoire ?

1.4 Evolution capacitaire et spatiale de l'offre d'hébergement des années 1960 aux années 2010

En 2014, la France métropolitaine dispose de 10 747 maisons de retraite, dont au moins l'une des activités de la structure est l'accueil des personnes âgées dépendantes, pour un total de 458 482 lits (Cf. Introduction, Partie L'offre de prise en charge de la dépendance). L'offre d'hébergement actuelle a progressé et s'est beaucoup développée durant la seconde moitié du 20^{ème} siècle. Les quatre cinquièmes des établissements d'hébergement pour personnes âgées existants encore aujourd'hui ont été construits entre 1950 et 2000¹¹⁸. 8 % ont été bâtis avant 1900 et 9 % après 2000. Sur l'ensemble des structures édifiées avant 2000, la moitié a été rénovée ou a fait l'objet d'une extension¹¹⁹.

¹¹⁸ PERRIN-HAYNES J. (2010) *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007*, INSEE, Série statistiques n°142, 160p.

¹¹⁹ PERRIN-HAYNES J. (2010) *ouvrage cité*

1.4.1 Du milieu du 20^{ème} siècle...

Les premières données relatives au parc des établissements d'hébergement pour personnes âgées sont disponibles depuis le milieu du 20^{ème} siècle. En effet, le premier recensement exploitable date du 7 Mars 1962¹²⁰. Ces données portent sur trois catégories d'établissements : les maisons de retraite hospitalières (secteur public), les maisons de retraite non hospitalières (essentiellement privées), les sections d'hospices ou les maisons de retraite des hôpitaux publics. Ces informations sont à exploiter avec prudence car il n'existe pas, en 1962, de standardisation des méthodes de recensement. En effet, à cette époque, les sources sont différentes entre le recensement national et les statistiques de la santé publique¹²¹, certaines maisons de retraite à faibles capacités sont négligées et l'INSEE possède ses propres méthodes de recensement.

Selon MAYEN M., au 31 décembre 1962, la France dispose de 3 153 établissements (maisons de retraite hospitalières, maisons de retraite non hospitalières et sections d'hospices ou maisons de retraite des hôpitaux publics) (Tableau n°3). Entre 1962 et 1968, le nombre d'établissements croît de 8 %, soit une offre de 3 402 structures en 1968. Alors que les maisons de retraite hospitalières et les maisons de retraite non hospitalières augmentent respectivement de 6 % et 14 %, la création de sections d'hospices stagne (1 %). L'évolution du nombre de lits, quant à elle, ne suit pas tout à fait la même tendance. Elle est de 11 % pour les maisons de retraite hospitalières alors qu'elle est de 16 % pour les deux autres types de structures.

Entre 1962 et 1968, on note une croissance de la fréquentation des sections d'hospices ou des structures assimilées et cette évolution correspond généralement à la fermeture de certains hôpitaux ruraux de faibles capacités. Ainsi, en 1962, un peu moins de 260 000 personnes âgées de plus de 60 ans sont hébergées dans l'ensemble des établissements. Elles sont environ 300 000 en 1968 (Tableau n°3).

¹²⁰ MAYEN M. (1972) *La population des hospices et des maisons de retraite*, Population, 27e année, n°1, p. 69-82

¹²¹ MAYEN M. (1972) *ouvrage cité*

Tableau 3 - Parc des maisons de retraite et des hospices en 1962 et 1968

	31 décembre 1962			31 décembre 1968		
	Etablissements	Lits	Personnes hébergées	Etablissements	Lits	Personnes hébergées
Maisons de retraite hospitalières	968	66 746	62 729	1 028	74 200	77 767
Maisons de retraite non-hospitalières	1 320	72 300	67 404	1 500*	84 000	80 000*
Sections d'hospices ou maisons de retraite des hôpitaux publics	865*	131 732	128 556	874*	153 381	147 109
TOTAL	3 153*	270 778	258 689	3 402*	311 581*	299 876*

Sources : Statistiques, bulletin trimestriel n° 1, 1966, p. 24, tableaux A1, A3, p. 35 tableau, A6 du ministère de m Santé; Statistiques, supplément du bulletin mensuel de statistiques sociales, BII, février 1970

* Approximations faites par le ministère de la santé et de la sécurité sociale

Dans les années 1960, l'hébergement des personnes âgées provient de l'héritage des hospices. Les structures sont de taille importante pour une prise en charge globale. Il faudra attendre plusieurs années pour entrer dans une dynamique d'humanisation de l'institution (loi Boulin n°70-1318 du 31 décembre 1970 sur la réforme hospitalière) et voir la taille des établissements diminuer. Ainsi, lors du recensement du 7 mars 1962, la norme maximale des établissements est de 80 lits mais elle est loin d'être respectée. En effet, le capacitaire des établissements reste globalement important et seulement 31 % des structures détiennent entre 20 et 49 lits¹²². 56 % de la population âgée est hébergée dans un établissement dont la capacité est supérieure à 100 lits (Tableau n°4). A cette époque, l'institutionnalisation se développe mais reste insuffisante et peu de personnes peuvent prétendre à une place d'hébergement.

Malgré une absence de rupture polémologique dans la pyramide des âges (1914-1918 et 1940-1945), le taux d'hébergement augmente significativement entre 1962 et 1968. En effet, la population totale de plus de 55 ans augmente de 9 % alors que la population hébergée de plus de 55 ans croît de 31 % et bien que la population de 55-59 ans progresse de 0,4 % entre 1962 et 1968, l'hébergement de cette tranche d'âge, quant à lui, augmente de 29 % (Tableau n°5). Pour la même période, le nombre de personnes hébergées et âgées de plus de 60 ans progresse de 31 % alors que la population totale de plus de 60 ans augmente de 11,5 %. Ce ratio est plus élevé pour les personnes âgées de 85 ans et plus. Entre 1962 et 1968, le nombre de personnes hébergées évolue de 52 % alors que la population de cette tranche d'âge augmente de 21 %.

¹²² MAYEN M. (1972) ouvrage cité

Tableau 4 - Personnes hébergées dans les maisons de retraite en 1962 et en 1968
selon la taille des établissements

	7 mars 1962		1er mars 1968
Taille établissement	Nombre établissements	Personnes hébergées	Personnes hébergées
Moins de 10 lits	326	1 815	..
10 à 19 lits	662	9 619	..
20 à 49 lits	1 094	36 441	..
50 à 99 lits	777	54 426	..
100 à 199 lits	462	62 311	..
200 à 299 lits	121	28 360	..
300 à 499 lits	54	20 018	..
500 à 999 lits	20	13 098	..
1000 lits et plus	3	4 197	..
Ensemble	3 519	230 285	302 040
Dont plus de 60 ans	..	200 900	263 200

Source : Recensement 1962, LS/S/2T, Recensement 1968

Tableau 5 - Effectifs et taux d'hébergement des personnes vivant en maisons de retraite

	1962			1968		
Groupe d'âge	Population totale	Effectif en maison de retraite ou hospice	Taux d'hébergement pour 1000 personnes	Population totale	Effectif en maison de retraite ou hospice	Taux d'hébergement pour 1000 personnes
Moins de 55 ans	..	18 860	..	..	25 820	..
55-59 ans	2 809 520	10 080	3,6	2 822 540	13 020	4,6
60-64 ans	2 554 860	17 480	6,8	2 679 220	21 820	8,1
65-69 ans	2 006 640	23 580	11,7	2 366 520	30 000	12,6
70-74 ans	1 560 440	32 060	20,5	1 788 860	39 900	22,3
75-79 ans	1 166 220	42 260	36,2	1 252 880	49 420	39,4
80-84 ans	702 300	44 400	53,2	787 480	59 640	75,7
85-89 ans	311 680	29 880	35,9	358 320	41 540	115,9
90-94 ans	75 230	9 520	126,5	106 820	17 520	164,0
95 ans et plus	12 210	1 740	142,5	19 140	3 360	175,5
Total	11 199 100	229 860	..	12 181 780	302 040	618,1

Sources : Recensement Insee, 7 mars 1962 sondage au 1/20^e pour la France entière
Recensement Insee, 1er mars 1968 sondage 1/20^e tableau DG 133/V pour la France entière

Si aujourd'hui, les taux d'hébergement s'accroissent aux âges élevés et restent plus importants pour les femmes que pour les hommes, cette tendance était déjà similaire dans les années 1960. En effet, entre 1962-1968, les taux d'hébergement étaient de 6,8 ‰ et de 8,1 ‰ pour les 60-64 ans alors qu'ils étaient respectivement de 126,5 ‰ et 164 ‰ pour les 90-94 ans¹²³. Concernant les différences hommes-femmes, les taux d'hébergement étaient également plus importants pour les femmes que pour les hommes aux âges élevés. Si à 60-64 ans, 8,4 % des hommes et

¹²³ MAYEN M. (1972) *La population des hospices et des maisons de retraite*, Population, 27e année, n°1, p. 69-82 (Tableau des effectifs et taux d'hébergement des personnes vivant en maisons de retraite) p.72

5,5 % des femmes étaient hébergés, ce sont 93,8 ‰ des hommes et 138,8 ‰ des femmes de 90-94 ans qui étaient institutionnalisés lors de ces deux périodes¹²⁴. Pour MAYEN M., il semble que l'état matrimonial était déterminant dans les entrées en institution¹²⁵.

La littérature et les recensements ne fournissent pas de données sur la répartition géographique des établissements d'hébergement pour personnes âgées pendant la période de 1962 à 1968. Il n'est donc pas possible de réaliser un état des lieux des régions les mieux dotées en structures d'hébergement à cette époque. Ce type de données deviendra disponible plus tard dans les années 1990.

1.4.2 ... jusqu'à nos jours

En 2014, les études sur l'hébergement des personnes âgées sont plus nombreuses et fournissent plus de données que dans les années 1960. Toutefois, les enquêtes évoluent et ne permettent pas toujours de disposer de données comparables sur une même période. Les sources sont différentes (INSEE, DREES...), les champs d'enquête et les objectifs dépendent des politiques nationales et les années d'enquête ne sont pas toujours identiques. De plus, le traitement des données de terrain peut se révéler long. A titre d'exemple, les résultats de l'enquête EHPA de 2011 ne sont toujours pas disponibles au 1^{er} septembre 2014 et seuls les « premiers constats » sont publiés à cette date. Ainsi, pour rendre compte de l'évolution spatiale de l'hébergement des personnes âgées au cours des dernières décennies, nous retiendrons les années 1992, 2007 et 2011.

Entre 1992 et 2011, la France est passée de 600 000 places¹²⁶ à 720 000 places d'hébergement collectif (maisons de retraite, foyers-logements et unités de soins de longue durée)¹²⁷, soit une croissance de 20 % entre ces deux années. Toutefois, cette progression reste inférieure à la croissance du nombre de personnes âgées. En effet, pour la même période, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans a évolué de 54 %, passant de 3,7 millions en 1992 à 5,7 millions en 2011¹²⁸. Ainsi, la population de plus de 75 ans évolue de 6 % par an alors que le nombre de places ne progresse que de 2 %, ce qui entraîne une diminution du ratio entre le

¹²⁴ MAYEN M. (1972 *ouvrage cité*)

¹²⁵ MAYEN M. (1972 *ouvrage cité*)

¹²⁶ Données disponibles sur le site Internet de la FNORS : <http://www.fnors.org/fnors/ors/Travaux/So/42.pdf> (dernière consultation le 31 août 2014)

¹²⁷ DREES, *Enquête EHPA 2011, Premiers constats*

¹²⁸ Données INSEE 1992, 2007 et 2011

nombre de personnes âgées et le nombre de places d'hébergement. Les cartes montrent bien, qu'à l'exception de l'Île-de-France, les taux de personnes âgées par rapport à la population totale sont de plus en plus importants pour une large partie de la France. Si en 1992, ce sont principalement les régions du Centre et du Sud de la France qui sont concernées par des taux élevés (plus de 80 ‰), les régions du Nord et de l'Est restent plus jeunes (entre 0 et 66 ‰) (Figure n°7). Dès 2007, les taux croissent pour un certain nombre de régions. Le Limousin reste en tête avec plus de 125 personnes de plus de 75 ans pour mille, suivi du quart Sud-Ouest de la France avec des taux entre 100,1 et 125 ‰. Excepté les régions Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Rhône-Alpes, Alsace et Haute-Normandie, les taux sont supérieurs à 80 ‰ (Figure n°8). Enfin en 2011, seules les régions Île-de-France, Pays-de-Loire, Nord-Pas-de-Calais et Alsace disposent de taux inférieurs à 80 ‰ (Figure n°9).

Figure 7 - Taux de personnes âgées de plus de 75 ans en 1992 (‰)

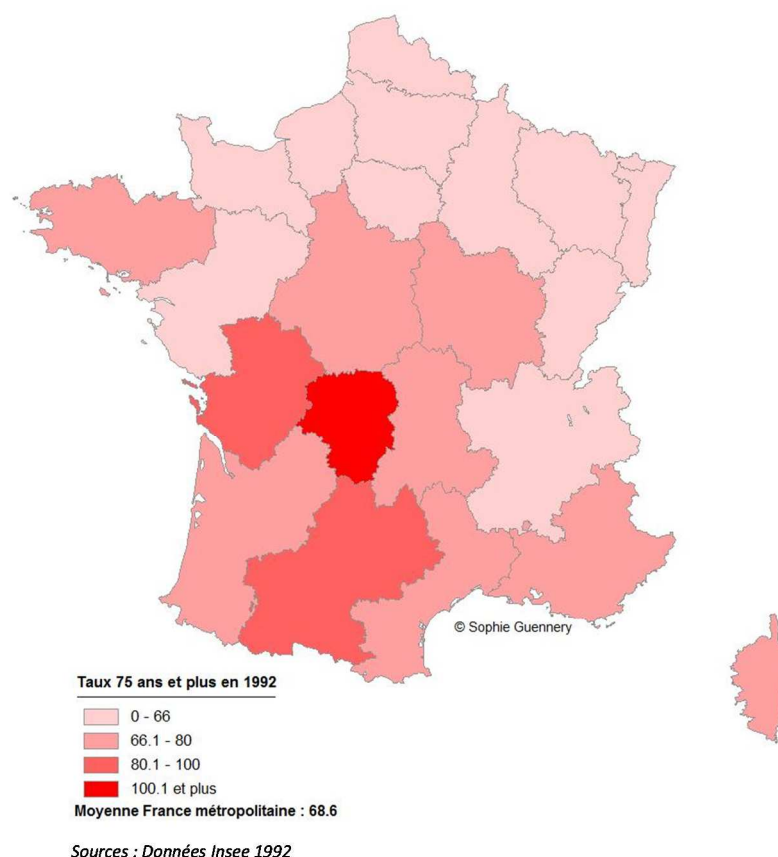


Figure 8 - Taux de personnes âgées de plus de 75 ans en 2007 (%)

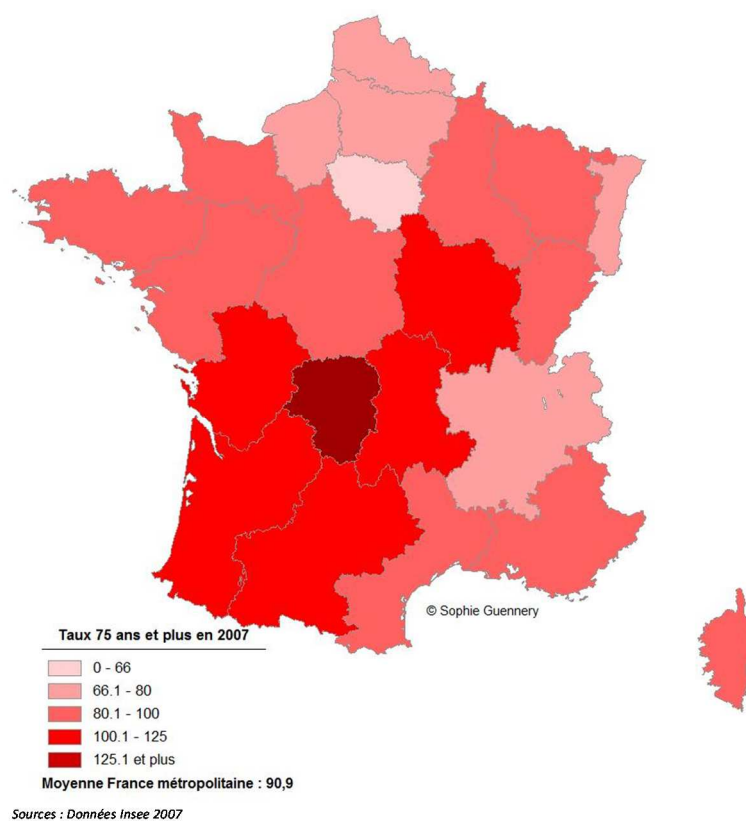
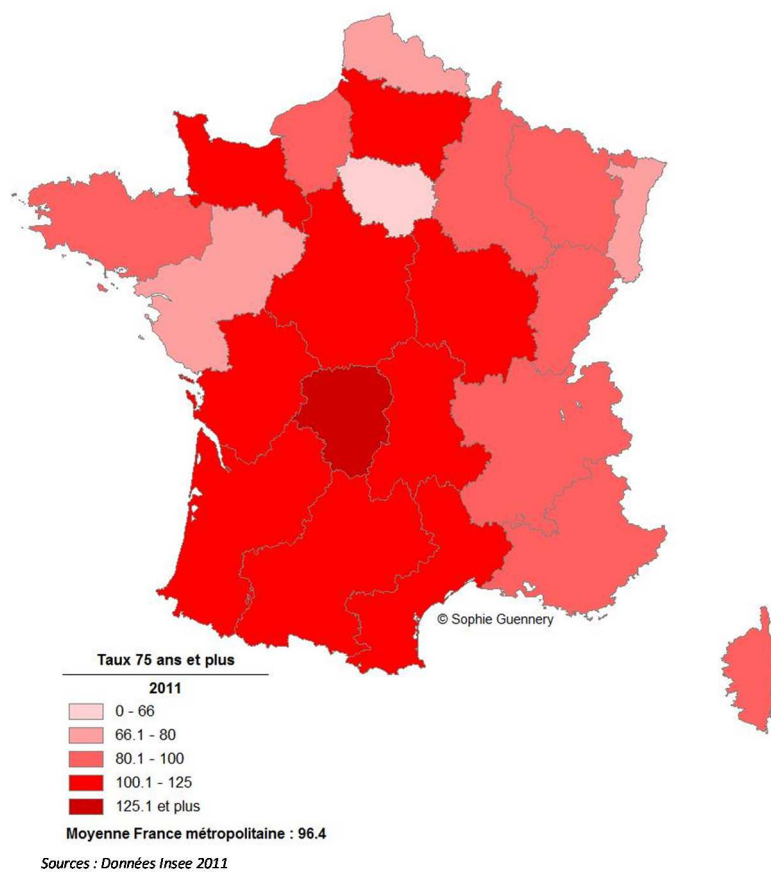


Figure 9 - Taux de personnes âgées de plus de 75 ans en 2011 (%)



L'année 1992 représente le pic le plus élevé des taux d'hébergement avec une moyenne nationale de 167 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans¹²⁹. Depuis, ce taux ne cesse de décroître, passant de 152 places pour 1 000 en 2002¹³⁰ à 127 places pour 1 000 en 2007¹³¹ et à 125 places pour 1 000 en 2011¹³². Si cette offre d'hébergement diminue, on serait tenté de penser que le recul de l'âge d'entrée en institution atténue et compense légèrement ce phénomène. En effet, l'espérance de vie continue d'augmenter, même s'il semblerait que l'espérance de vie sans incapacité soit moins favorable que ce que l'on a pu penser il y a quelques années¹³³, et l'âge d'entrée en établissement est passé de 79,5 ans en moyenne en 2003 à 80 ans en moyenne en 2007. Cependant, malgré cette évolution, l'offre d'hébergement reste tout de même insuffisante car les listes d'attente s'allongent et les personnes âgées ne trouvent pas toujours une réponse adaptée à leurs souhaits.

A partir de 2003, on dispose de données plus détaillées sur l'évolution du nombre de places des différents types d'établissements grâce aux enquêtes EHPA. Ainsi, entre 2003 et 2011, on peut voir que l'offre de places d'hébergement a peu progressé entre 2003 et 2007 (+1,4 %) mais elle est repartie à la hausse entre 2007 et 2011 (+5,3 %) (Tableau n°6). Ce sont les maisons de retraite qui affichent la progression la plus importante avec +8,4 % entre 2003 et 2007 et +18 % entre 2007 et 2011 (Tableau n°6). Pour les mêmes périodes, le nombre de places de foyers-logements diminue respectivement de -7,7 % et de -10 % et le nombre d'USLD baisse de -17,2 % et de -49,8 %. Enfin, les autres structures (résidences temporaires, établissements expérimentaux) réduisent de -30,7 % et de -7,2 %¹³⁴ (Tableau n°6). Ces dynamiques sont le résultat de plusieurs mesures. D'une part, la loi de tarification de 2003 a entraîné la transformation et la médicalisation d'un certain nombre de places d'hébergement, ce qui fait que certaines places d'USLD ou de foyers-logements ont progressivement été transformées en places de maisons de retraite. D'autres part, les Plans « Vieillesse et Solidarité » (2004-2007 et 2007-2012) ou « Plan Solidarité Grand Age » (2007-2012) ont impulsé la création de places d'hébergement et de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Enfin,

¹²⁹ Données disponibles sur le site Internet de la FNORS : <http://www.fnors.org/fnors/ors/Travaux/So/42.pdf> (dernière consultation le 31 août 2014)

¹³⁰ MESRINE A. (2003) *Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001 et 2002*, DREES, Etudes et résultats n°263, 8p.

¹³¹ PREVOT J. (2009) *L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, DREES, Etudes et résultats n°689, 8p.

¹³² DREES, *Enquête EHPA 2011*, premiers constats

¹³³ SIEURIN A., CAMBOIS E., ROBINE J-M., *Les espérances de vie sans incapacité en France – Une tendance moins favorable que dans le passé*, INED, Janvier 2011

¹³⁴ DREES, *Enquêtes EHPA 2003, 2007 et 2011* (premiers constats)

la création de la CNSA et les politiques volontaristes relatives au développement du secteur depuis 2005 ont entraîné une croissance des moyens financiers alloués en faveur de la prise en charge institutionnelle des personnes âgées.

Tableau 6 - Capacités des établissements de 2003 à 2011

Types de structures	Nombre de structures			Places installées			Evolution 2003-2007		Evolution 2007-2011	
	2003	2007	2011	2003	2007	2011	Places	%	Places	%
Logements foyers publics	2 065	1 957	1 782	107 485	100 757	90 604	-6 728	-6,3	-10 153	-10,1
Logements foyers privés à but non lucratifs	795	756	688	41 348	38 436	33 884	-2 912	-7,0	-4 552	-11,8
Logements foyers privés à but lucratif	114	73	89	6 018	3 720	4 178	-2 298	-38,2	458	12,3
Total foyers logements	2 974	2 786	2 559	154 851	142 913	128 666	-11 938	-7,7	-14 247	-10,0
Maisons de retraite publiques	2 751	2 754	3 146	220 268	232 589	275 330	12 321	5,6	42 741	18,4
Maisons de retraite privées à but non lucratif	2 068	2 062	2 311	126 701	135 509	160 436	8 808	7,0	24 927	18,4
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 620	1 688	1 768	87 738	103 004	120 007	15 266	17,4	17 003	16,5
Total maisons de retraite	6 439	6 504	7 225	434 707	471 102	555 773	36 395	8,4	84 671	18,0
Unités de soins de longue durée	1 093	903	608	82 337	68 142	34 187	-14 195	-17,2	-33 955	-49,8
Autres*	155	112	89	2 887	2 002	1 857	-885	-30,7	-145	-7,2
Ensemble des EHPA	10 661	10 305	10 481	674 782	684 159	720 483	9 377	1,4	36 324	5,3

Sources : Enquêtes EHPA 2007 et 2011 (1ers constats)

* Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux

Si l'on s'intéresse maintenant aux taux d'équipement, c'est-à-dire au nombre de places installées d'hébergement en fonction du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans entre 2003 et 2011, ces taux diffèrent selon le type de structure. Selon le recensement de l'INSEE de la population de plus de 75 ans en 2003 et en 2011 (respectivement 4 646 728 et 5 665 382 personnes de plus de 75 ans en France métropolitaine), ce sont les maisons de retraite qui arrivent en tête et qui affichent 93 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans en 2003 et 98 places en 2011¹³⁵. Viennent ensuite les foyers-logements avec 33 et 23 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans. Enfin, les USLD offrent 18 et 6 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans.

En 2011, l'offre en établissement reste majoritairement publique. En effet, 50 % des places en maison de retraite et 70 % des places en foyers-logements sont publiques, 12 % sont privées à but lucratif pour les deux types de structure et 27 % sont privées à but non lucratif¹³⁶. Entre 2003 et 2011, l'évolution de cette distribution est différente selon les statuts. Elle est de +17,4 % et +16,5 % pour les maisons de retraite privées à but lucratif, de +7 % et +18,4 % pour les

¹³⁵ Calculs personnels en fonction des données INSEE (Estimation de population au 1er janvier, par région, sexe et grande classe d'âge en 1992, 2007 et 2011) et des données EHPA 2003 et 2011

¹³⁶ DREES, Enquête EHPA 2007

maisons de retraite privées à but non lucratif et de +5,6 % et +18,4 % pour les maisons de retraite publiques. En revanche, cette proportion diminue de -7 % et -11,8 % pour les foyers-logements privés à but non lucratifs et de -6,3 % et -10,1 % pour les foyers-logements publics, alors qu'elle a fortement diminué entre 2003 et 2007 (-38,2 %) puis progressé à nouveau de +12,3 % pour les foyers-logements privés à but lucratifs. Enfin, d'un point de vue tarifaire, de plus en plus d'établissements signent des conventions tripartites. Si 67 % d'entre eux avaient signé une convention tripartite en 2007, 74 % en ont signé une en 2011, ce qui représente 82 % de l'ensemble des places d'accueil¹³⁷. Ce sont les maisons de retraite et les USLD qui ont le plus participé à ce mouvement (respectivement 95 % et 84 %) contre 13 % des foyers-logements.

Les taux d'hébergement complet (tout établissement confondu) ne sont pas homogènes sur l'ensemble du territoire français. Pour réaliser des comparaisons significatives et selon les mêmes années que pour les taux de personnes de plus de 75 ans (Figures n°7, n°8 et n°9), nous utiliserons les données régionales de l'INSEE, de la DREES et du FINESS de 1992, 2007 et 2011. En effet, les taux d'équipement de 1992 ne sont disponibles qu'à l'échelle régionale.

Entre 1992 et 2011, les taux d'équipement en hébergement complet ne cessent de décliner. Les taux moyens en France métropolitaine (pour mille personnes âgées de plus de 75 ans) perdent 42 points entre 1992 et 2011, passant ainsi de 169 ‰ la première année à 127 ‰ la seconde année (Figure n°10, n°11 et n°12). En 1992, le Sud est peu équipé alors qu'une large partie de la France possède des taux supérieurs à 150,1 ‰ (Figure n°10). Ainsi, la Basse-Normandie, les Pays-de-Loire et la Haute-Normandie disposent respectivement de 214, 229 et 241 lits d'hébergement complet pour 1 000 (Annexe n°2). Progressivement, la France se trouve de moins en moins équipée, en particulier les régions du Sud. En 2007, la Haute-Normandie et les Pays-de-Loire disposent des taux les plus importants (160 ‰ et 172 ‰), le taux d'équipement moyen national étant de 130 ‰. En revanche, à l'exception de la Corse, les régions de PACA et du Languedoc-Roussillon possèdent les taux les plus faibles, soit de 102 ‰ (Figure n°11). Enfin, en 2011, aucune région ne possède un taux d'équipement supérieur à 166 ‰ (Figure n°12). La Haute-Normandie et les Pays-de-Loire restent les régions les mieux pourvues avec respectivement 153 et 166 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans. A contrario, le

¹³⁷ DREES, *Enquête EHPA 2011*

Languedoc-Roussillon et la région PACA restent toujours les plus démunies avec respectivement 100 ‰ et 101 ‰.

Globalement, la France dispose de moins en moins de places d'hébergement complet pour accueillir l'ensemble de sa population âgée. Les départements du Sud-Est sont les moins bien lotis et cette situation est non seulement le résultat d'une attraction régionale liée à un cadre de vie agréable, mais également l'effet des migrations définitives des retraités au sein de ces régions.

Si le gouvernement privilégie le maintien à domicile depuis quelques décennies, l'offre institutionnelle représente tout de même une option incontournable lorsque la dépendance devient trop lourde. Il est donc nécessaire d'être vigilant à développer à la fois le domicile et à la fois le nombre de places d'EHPA.

Figure 10 - Taux d'équipement en hébergement complet pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans en 1992

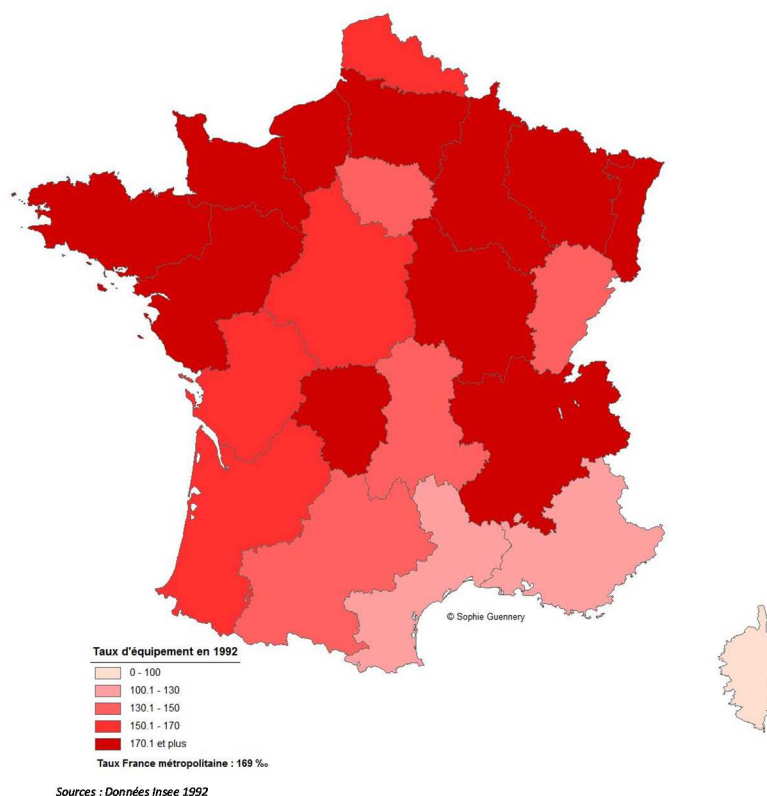


Figure 11 - Taux d'équipement en hébergement complet pour 1 000 personnes
âgées de plus de 75 ans en 2007

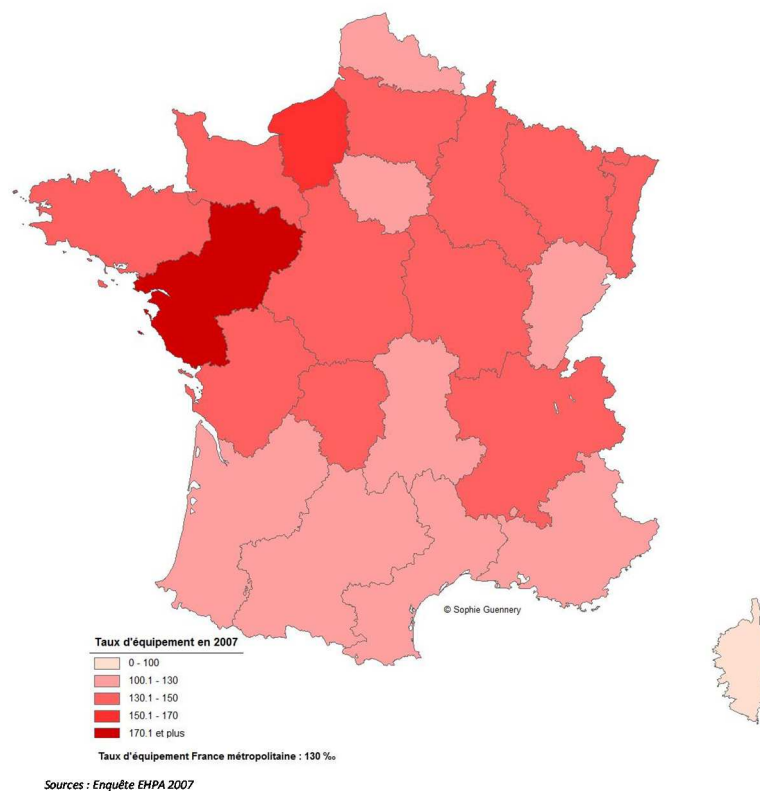
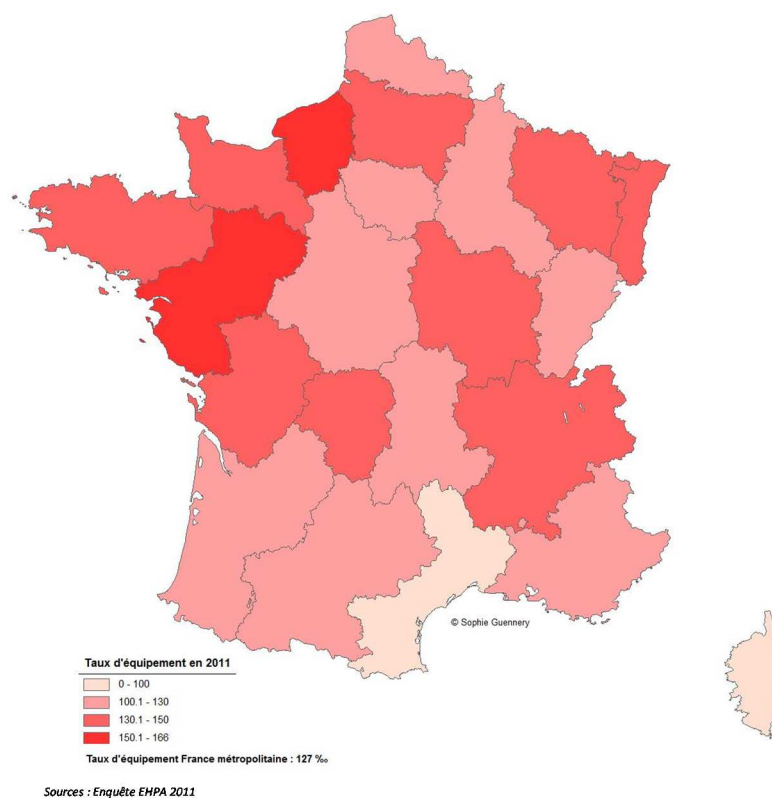


Figure 12 - Taux d'équipement en hébergement complet pour 1 000 personnes
âgées de plus de 75 ans en 2011



Conclusion chapitre 1

Le secteur médico-social a connu de grandes évolutions au cours du 20^{ème} siècle. Aujourd'hui, il dispose d'un cadre législatif permettant une prise en charge encadrée des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en établissement. Si en 1992, la France connaissait son pic de l'offre d'hébergement, depuis, cette dernière ne cesse de diminuer. En effet, le nombre de créations de places augmente mais les taux d'équipements d'hébergement diminuent. En d'autres termes, la progression du nombre de lits en EHPA reste insuffisante pour absorber la demande potentielle. Ce constat n'est pas rassurant. Dès lors, on peut se demander si cette évolution est spécifique ou non à la France. Quels types de prise en charge les pays de l'OCDE offrent-ils au public âgé ? Quels budgets allouent-ils au secteur de la dépendance ?

Pour le savoir, il convient de replacer la situation de la France dans un contexte plus large, c'est-à-dire en comparant ses données démographiques, médico-sociales et liées à la dépendance à celles des pays de l'OCDE.

CHAPITRE 2 La prise en charge de la dépendance au-delà des frontières nationales

Aujourd'hui, la France comme ses voisins européens, est concernée par son vieillissement démographique. Toutefois, cette évolution est-elle de même envergure selon les pays ? La France privilégie-t-elle une prise en charge en particulier ? Consacre-t-elle des budgets plus importants que ceux de ses voisins au secteur de la dépendance ? Enfin, la France mène-t-elle ses politiques gérontologiques de manière autonome ou est-elle vigilante aux objectifs internationaux ?

2.1 La situation de la France par rapport aux pays de L'OCDE

Pour prendre conscience du vieillissement démographique et du volume financier auxquels sont confrontés la France et les autres pays de l'OCDE, il convient d'étudier la part que représentent les personnes âgées dans les pays de l'OCDE aussi bien d'un point de vue démographique, notamment sur l'évolution et la représentativité des personnes âgées au sein de sa population générale, qu'au travers de l'ensemble des dépenses allouées aux secteurs de la vieillesse et de la dépendance selon le PIB des pays. En d'autres termes, l'orientation des politiques publiques de prise en charge de la gérontologie de la France se différencie-t-elle de l'ensemble des pays de l'OCDE, qui eux-mêmes, sont confrontés aux mêmes problèmes du vieillissement de leur structure démographique ?

2.1.1 Démographie et projections mondiales

En termes de dynamique démographique, la France suit la tendance européenne. A l'échelle mondiale, la population augmente et continuera de croître dans les décennies à venir. Elle est passée de 6,5 milliards en 2005 à 6,9 milliards d'individus en 2010 et serait, selon les projections moyennes, de 9,5 milliards de personnes en 2050, soit une progression de 38 % en 40 ans¹³⁸. A l'échelle mondiale, l'évolution démographique n'est pas identique pour tous les pays. Au cours des prochaines décennies, elle sera en constante croissance pour certains pays en développement comme l'Inde (+34 % entre 2010 et 2050) ; en ralentissement pour d'autres pays en développement tels que la Chine (+1,8 % entre 2010 et 2050) et en régression pour certains pays tels que la Fédération Russe (-15 % entre 2010 et 2050) (Annexe n°3).

¹³⁸ Données OCDE, 2014 (Annexe n°3)

A l'échelle des pays de l'OCDE, la croissance démographique reste constante. Elle était de 5,4 % entre 2002 et 2010 (1,17 milliard en 2002 à 1,23 milliard en 2010) et devrait être de 12,8 % entre 2010 et 2050, passant de 1,23 milliard à 1,39 milliard d'individus¹³⁹. De son côté, la France n'échappe pas à cette tendance puisqu'elle connaît et connaîtra une croissance démographique régulière sur son territoire de 15 % entre 2010 et 2050¹⁴⁰. Pour l'ensemble des pays de l'OCDE, la part des personnes âgées de plus de 65 ans devrait progresser plus largement (+27 % entre 2010 et 2050). Pour près de deux-tiers des pays de l'OCDE, au moins 25 % de la population sera âgées de plus de 65 ans d'ici 2050¹⁴¹. Parallèlement, la population de plus de 80 ans augmentera plus rapidement. Si en 2010, 4 % de la population appartient à cette tranche d'âge, elle représentera 10 % de la population totale de l'OCDE en 2050¹⁴².

La situation démographique de la France suivra la même tendance. Même si sa population âgée de plus de 65 ans sera légèrement inférieure à celle de ses voisins (Allemagne et Italie), elle représentera tout de même 20 % de sa population totale en 2020 et 26 % en 2050 (Tableau n°7).

Tableau 7 - Evolution de la structure de la population en France
au 1^{er} janvier de chaque année entre 2005 et 2050 (Hors Mayotte)

Année	Population (en milliers)	0-19 ans (%)	20-59 ans (%)	60-64 ans (%)	65 ans ou + (%)	75 ans ou + (%)
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8
2010	62 302	24,3	53	6	16,7	8,8
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6

Source : Insee, estimations de population, 2012

Selon les projections de l'INSEE et de la DREES, l'effectif des personnes âgées de plus de 60 ans devrait décroître progressivement en France entre 2010 et 2060 (Figure n°13). En revanche, l'évolution de la population de plus de 80 ans devrait être plus irrégulière. Ainsi, cette dernière devrait connaître un pic en 2025-2030 puis un ralentissement progressif jusqu'en 2060, tout en restant supérieure à celle des plus de 60 ans. Cette dynamique est liée aux phénomènes

¹³⁹ Données OCDE 2014 (Annexe n°3)

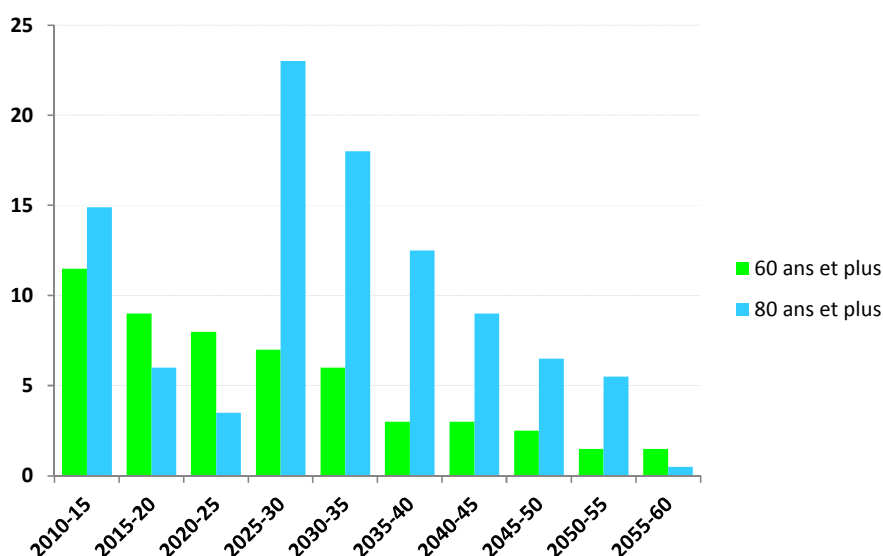
¹⁴⁰ Données OCDE 2014 (Annexe n°3)

¹⁴¹ OCDE (2013) Panorama de la santé, visible avec le lien suivant : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr, (dernière consultation le 31 juillet 2014)

¹⁴² OCDE (2013) Panorama de la santé, visible avec le lien suivant : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr, (dernière consultation le 31 juillet 2014)

démographiques connus. Les classes creuses nées pendant les années 1930 et lors de la seconde guerre mondiale atteindront les âges où l'incidence de la dépendance est importante vers 2015-2025, alors que les classes d'âge du baby-boom arriveront aux âges élevés plus tard, soit vers 2025-2035.

Figure 13 - Dynamique démographique des personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 80 ans entre 2010 et 2060 (%)



calculs Drees sur données Insee (projections démographiques France métropolitaine à 2060, scénario central).

Pour DUMONT G-F¹⁴³, on peut distinguer quatre types de vieillissement. Un vieillissement par le haut avec une augmentation de l'espérance de vie ; un vieillissement par le bas avec une diminution du taux de fécondité sous le seuil du taux de remplacement ; un vieillissement lié à l'arrivée à un âge avancé des générations du baby-boom et enfin un vieillissement lié à une éventuelle émigration des populations jeunes. La France est concernée par les deux premiers types de vieillissement¹⁴⁴.

Le vieillissement général de la population induit plusieurs conséquences. De manière systémique, l'augmentation du nombre de personnes retraitées induit une croissance du nombre de personnes en perte d'autonomie, qui à son tour, entraîne une amplification des besoins de

¹⁴³ DUMONT G-F. Et al. (2006) *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe*, Paris, Ellipses, 416p.

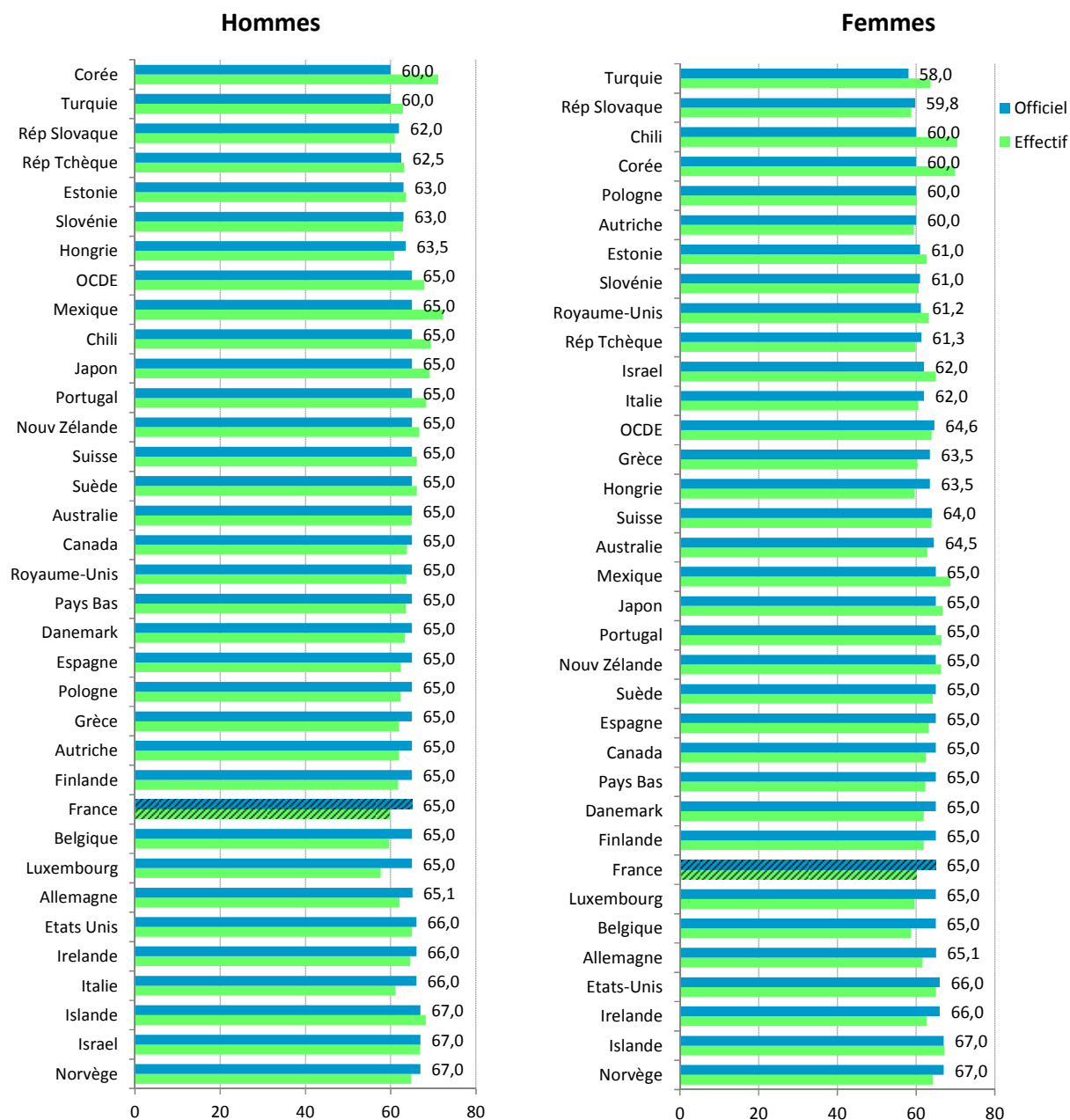
¹⁴⁴ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *Les défis de l'accompagnement du grand âge Perspectives internationales*, Centre d'analyse stratégique, DREES, 186p.

prise en charge de la dépendance, et donc influe au final sur une augmentation des budgets alloués à la vieillesse. Selon les systèmes de retraite en vigueur de chaque pays, l'âge de départ à la retraite varie de quelques années (Figure n°14). En France, l'âge officiel de départ en retraite est identique pour les femmes et les hommes et s'établit à 65 ans en 2010¹⁴⁵. Toutefois, les français prennent généralement leur retraite plus tôt (59,7 ans) ce qui fait que la France fait partie des pays pour lesquels l'âge de départ en retraite est le plus bas. En effet, beaucoup de pays doivent travailler jusqu'à 65 ans (Espagne, Portugal...), voire jusqu'à 67 ans (Norvège, Islande...). De plus, les français peuvent espérer profiter de leur retraite plus longtemps que les retraités des autres pays. Les femmes bénéficient en moyenne de 26,5 ans et les hommes de 21,8 ans de retraite (Figure n°15). Ces chiffres sont le résultat d'une espérance de vie élevée et d'un âge de départ en retraite bas. Par conséquent, les retraités français apparaissent plutôt avantagés par rapport à leurs voisins européens.

Cette élévation de l'espérance de vie ajoutée au fait que les retraités peuvent profiter plus longtemps de leur retraite nous interroge sur le ratio entre le nombre de personnes en retraite et le nombre de personnes en âge de travailler. L'OCDE propose ce type d'indicateurs qui permettent non seulement de rendre compte de la proportion de retraités par rapport à la population active mais également d'établir une estimation des besoins futurs et des coûts en matière de dépendance pour les années à venir. De manière générale, on se rend bien compte que l'ensemble des pays de l'OCDE est concerné par un vieillissement démographique et que le ratio entre le nombre d'actifs et le nombre de retraités diminue progressivement (Figure n°16). En 2008, la moyenne des pays de l'OCDE s'établit à 4,2 personnes actives pour une personne retraitée. Ainsi, la France, avec un ratio de 3,5 fait partie des dix pays les moins bien lotis (Figure n°16). Si l'on se réfère aux projections démographiques de l'OCDE, ces proportions sont amenées à diminuer pour beaucoup de pays jusqu'en 2050. La France ne fera pas exception puisque son ratio devrait passer de 3,5 en 2008 à 1,9 en 2050 (Figure n°16).

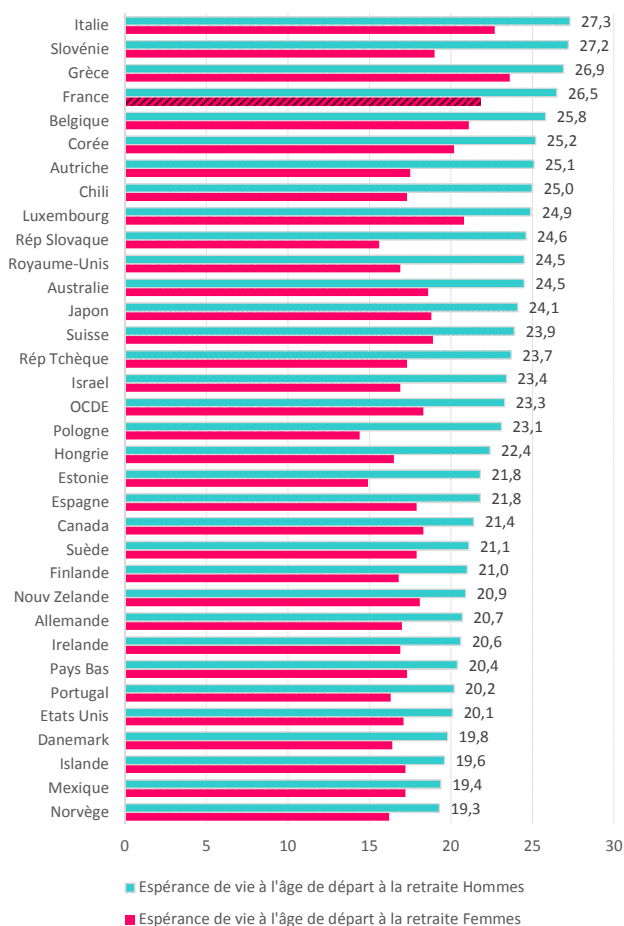
¹⁴⁵ OCDE, *Panorama de la société 2011 Les indicateurs sociaux de l'OCDE: Les indicateurs sociaux de l'OCDE*, 2011, 104p.

Figure 14 - Age de départ en retraite (officiel et effectif) des hommes et des femmes
au sein des pays de l'OCDE en 2010



Sources : Données OCDE 2007-2012

Figure 15 - Espérance de vie à l'âge de départ à la retraite pour les hommes et les femmes en 2010 en OCDE



Sources : OCDE, les pensions dans les pays de l'OCDE, 2010

Figure 16 - Ratio entre les populations en âge d'être en retraite et les populations en âge de travailler en OCDE



Sources : Les pensions dans les pays de l'OCDE, Données OCDE, 2010

La plupart des pays est concernée par un vieillissement démographique aujourd'hui et le sera encore pour les décennies à venir. Cette évolution liée à l'amélioration conjointe des conditions de vie et des progrès médicaux, a pour conséquence une augmentation inéluctable de l'espérance de vie, avec ou sans incapacité.

2.1.2 Evolution de l'espérance de vie et ses effets selon les pays

Selon les « mots de la géographie, dictionnaire critique », l'espérance de vie se définit comme : « la durée moyenne de la vie dans un espace défini, qui peut se calculer aussi par sexe, selon les catégories sociales et les métiers, et pour des âges définis. C'est par définition un indicateur

*social, et non individuel, dont les variations résultent de l'état sanitaire et des modes de vie, d'alimentation »*¹⁴⁶.

En 2010 l'espérance de vie dans le monde est de 68 ans à la naissance (INED)¹⁴⁷. Entre 1950 et 2010, la durée de vie moyenne a augmenté de 22 ans passant de 46 ans à 68 ans. Toutefois, cette hausse n'est pas identique dans tous les pays. En effet, si l'espérance de vie d'un européen est en moyenne de 76 ans, celle d'un sud-africain n'est que de 54 ans en 2010¹⁴⁸. Selon l'INSEE, l'espérance de vie en Europe va croître à peu près à la même vitesse selon les pays au cours des prochaines décennies¹⁴⁹. Les estimations INSEE pour 2030 prévoient une espérance de vie de 85,3 ans pour les femmes et de 80 ans pour les hommes, avec cependant des écarts parfois moins importants entre les deux sexes, comme par exemple pour Chypre (3 années de moins) ou plus conséquent pour la Lituanie, l'Estonie et la Lettonie (9 ans).

En France, l'espérance de vie n'a cessé de s'allonger depuis le milieu du 18^{ème} siècle grâce aux effets conjugués, des grands progrès économiques, médicaux, culturels et sociaux. Depuis 2004, les hommes et les femmes continuent de gagner en moyenne quatre mois de vie par an, même si cette évolution ralentit légèrement depuis 2010 (+ 0,9 % pour les femmes et + 1,3 % pour les hommes)¹⁵⁰. Il n'en demeure pas moins qu'en 2010, la France fait partie des pays dans lesquels on vit le plus vieux. Selon les données de l'INSEE, l'espérance de vie en France en 2010 s'établit à 84,7 ans pour les femmes et à 78 ans pour les hommes. A 65 ans, l'espérance de vie est estimée en moyenne à 22,7 ans pour les femmes et à 18,7 ans pour les hommes (Figures n°17 et n°18). Globalement, on constate que l'Ouest de la France bénéficie d'une espérance de vie plus élevée que la moyenne nationale pour les femmes. Pour les hommes, la moitié Sud du pays apparaît plus privilégiée. En revanche, les départements du Nord de la France affichent une espérance de vie plutôt défavorisée pour les deux sexes.

¹⁴⁶ BRUNET R., FERRAS R., THERY H. (1992) *Les mots de la géographie dictionnaire critique*, 2^{ème} édition, Coll. Dynamique du territoire, La Documentation française, 470p.

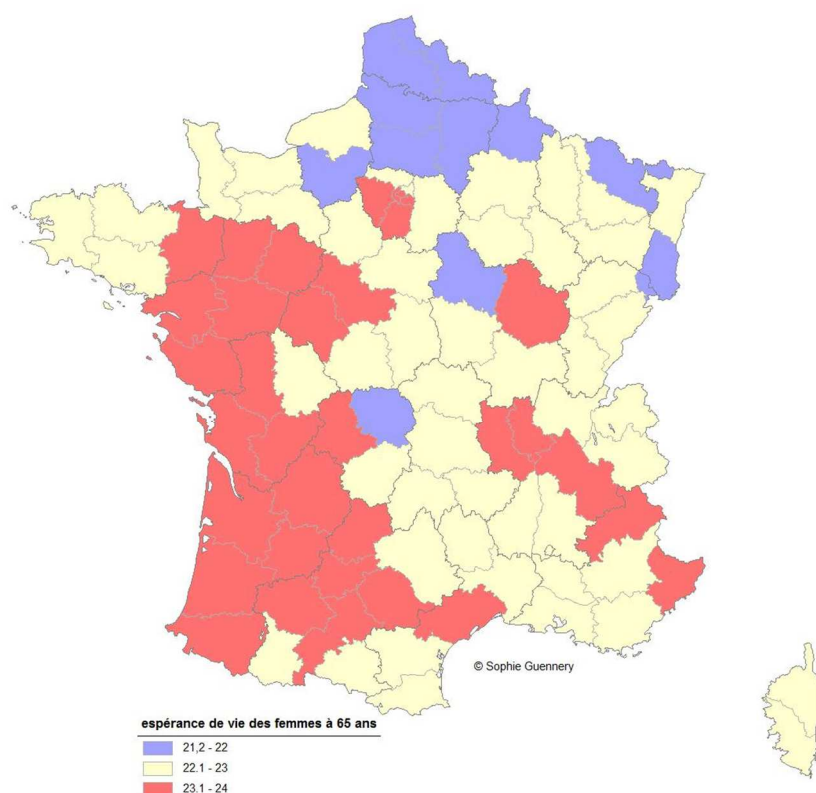
¹⁴⁷ INED, Fiche pédagogique visible sur le site Internet de l'INED : http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/duree_de_vie_deces_mortalite/duree_vie_monde/ (dernière visite le 31 juillet 2014)

¹⁴⁸ Données 2011 de la banque mondiale visible sur le site Internet de la banque mondiale : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.LE00.IN> (dernière visite le 31 juillet 2014)

¹⁴⁹ Données INSEE visibles sur le site Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F035 (dernière visite le 31 juillet 2014)

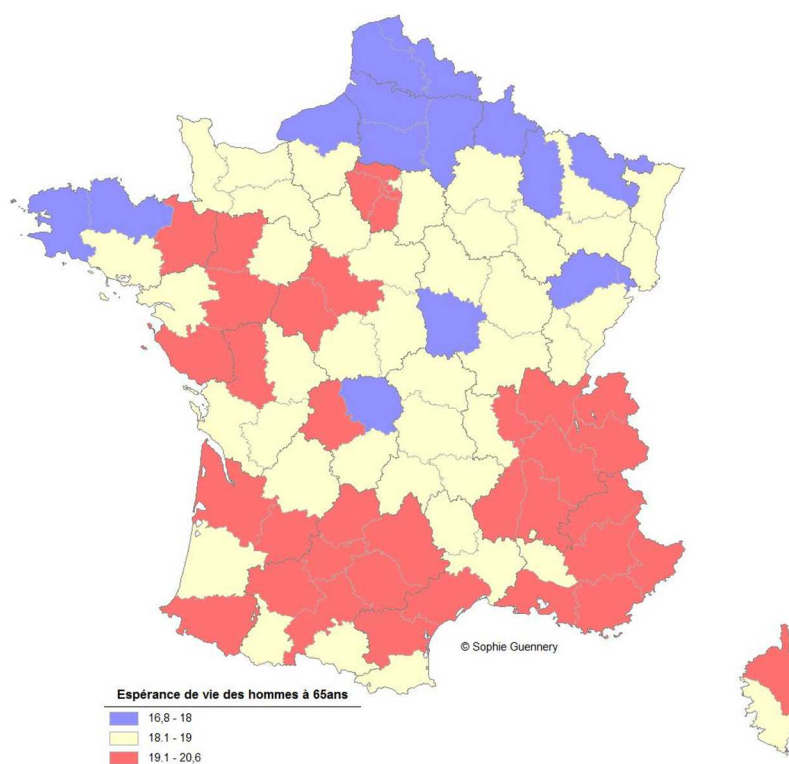
¹⁵⁰ PLA A., BEAUMEL C. (2011) *Bilan démographique 2010 : la population française atteint 65 millions d'habitants*, INSEE Première n° 1332, 4p

Figure 17 - Espérance de vie des femmes à 65 ans en 2010



Sources : Insee, Estimations de la population, état civil, 2011

Figure 18 - Espérance de vie des hommes à 65 ans en 2010



Sources : Insee, Estimations de la population, état civil, 2011

Depuis 1980, cet écart entre les hommes et les femmes se réduit progressivement pour la plupart des pays de l'OCDE (France, Canada, Royaume-Uni, Etats-Unis...). Selon l'INSEE, entre 1990 et 2010, les hommes ont gagné cinq années de vie et les femmes quatre années¹⁵¹. Cette baisse s'explique par la diminution des décès masculins (accidents de voiture, suicides...) et par le changement des comportements féminins. En effet, les femmes consomment plus d'alcool et de tabac qu'auparavant et sont davantage touchées par le même type de pathologies que les hommes. En France, l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une très légère baisse de la mortalité, même si elle reste relativement stable depuis une dizaine d'années. Selon l'INSEE, le taux de mortalité au 31 décembre 2010 est de 8,4 ‰, soit 545 000 décès (Tableau n°8). La mortalité infantile est de 3,7 ‰ en France en 2010 et reste stable depuis cinq ans. Elle se situe ainsi dans la moyenne européenne¹⁵². En 2010, le taux de mortalité des hommes reste trois fois supérieur à l'âge de 20 ans et deux fois supérieur à 30 ans par rapport à celui des femmes. Les années gagnées sont principalement après 60 ans et s'expliquent en grande partie par la baisse de la mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires et aux tumeurs¹⁵³.

Tableau 8 - Décès et taux de mortalité en France entre 1985 et 2010

	Décès (milliers)	Taux de mortalité (pour 1000)	Taux de mortalité infantile (pour 1000)
1985	560,4	9,9	..
1990	534,4	9,2	..
1995	540,3	9,1	5
2000	540,6	8,9	4,5
2005	538,1	8,5	3,8
2010 (p)	545	8,4	3,7

Sources : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil selon les années

p : Provisoire

.. Données non disponibles

Si l'espérance de vie est en constante augmentation dans les pays de l'OCDE, cela ne signifie pas nécessairement « vivre bien ». Même si les personnes vivent longtemps, combien d'années vivent-elles en bonne santé ? L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est un indicateur important pour comprendre la dimension des besoins de prise en charge de la dépendance au sein des pays. Selon BROUARD N., CAMBOIS E., ROBINE J-M., « *Les espérances de vie sans incapacité (EVSI) sont des indicateurs qui combinent les données de mortalité et*

¹⁵¹ BEAUMEL C., BREUIL-GENIER P., DAGUET F. (2012) Les âges de la vie : vingt ans d'évolution, *Regards sur la parité*, INSEE, 17p.

¹⁵² BEAUMEL C., BREUIL-GENIER P., DAGUET F. (2012) *ouvrage cité*

¹⁵³ BEAUMEL C., BREUIL-GENIER P., DAGUET F. (2012) *ouvrage cité*

d'incapacité pour rendre compte de la "qualité" des années de vie. Les indicateurs d'espérance de vie en santé combinent les données de mortalité et de santé. Ils indiquent le nombre moyen d'années vécues en bonne et en mauvaise santé au sein de l'espérance de vie totale, compte tenu des conditions de mortalité et de santé du moment. Il existe autant d'indicateurs d'espérance de vie en santé que d'indicateur de santé (bonne santé perçue, sans maladies chroniques, sans incapacité, sans dépendance)»¹⁵⁴.

A l'échelle mondiale, en matière de dépendance, les espérances de vie sans incapacité doivent être utilisées avec précaution. Certes, elles permettent de visualiser les pays dans lesquels on vit le plus longtemps et en bonne santé mais on sait que les situations divergent d'un continent à l'autre et qu'elles ne sont pas toujours comparables. De plus, l'espérance de vie sans incapacité peut être déclinée en fonction de différents critères (EVSI à 50 ans ou EVSI à 65 ans, EVSI partielle ou total...).

De manière générale, on constate que les femmes ont une durée de vie plus longue mais qu'elles sont davantage touchées par les incapacités. Certains pays comme la Suède ou Malte bénéficient d'une espérance de vie en bonne santé élevée avec respectivement 71,7 ans pour les hommes et 71,6 ans pour les femmes¹⁵⁵. Toutefois, ces données sont à manipuler avec précaution. En effet, il peut y avoir des différences significatives selon les pays et les différents rapports précisent bien que ces écarts peuvent être le résultat de différences de données, de traduction, de formulation des questions... Des ajustements sont réalisés au fur et à mesure des enquêtes pour permettre une meilleure comparabilité des pays.

En France à 65 ans, les hommes et les femmes peuvent espérer vivre cinq ans sans problème fonctionnel physique et sensoriel. Si l'on différencie le type d'activité et les incapacités liées, les durées de vie sans incapacité évoluent différemment selon les sexes. Ainsi à 65 ans, les hommes peuvent espérer vivre 15,6 ans et les femmes peuvent espérer vivre 18 ans sans restrictions d'activités de soins personnels (toilette, habillage...)¹⁵⁶. Pour les activités sans restrictions pour les actes domestiques (courses, repas, tâches administratives...), les hommes

¹⁵⁴ Données visibles sur le site Internet de l'INED : http://pole_vieillesse_et_vieillessements.site.ined.fr/fr/sante_autonomie/definition/ (dernière consultation le 31 juin 2014)

¹⁵⁵ ROBINE J-M. (2012) *Les dernières données sur l'espérance de vie en bonne santé dans les 27 pays de l'Union Européenne*, INSERM, Données visible sur le site Internet de l'INSERM : <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/les-dernieres-donnees-sur-l-espérance-de-vie-en-bonne-santé-dans-les-27-pays-de-l-ue-rendues-publiques-a-paris-cette-semaine> (dernière consultation le 30 juin 2014)

¹⁵⁶ ROBINE J-M. (2012) *ouvrage cité*

peuvent espérer vivre 15 ans et les femmes peuvent espérer vivre 14 ans sans incapacité¹⁵⁷. La France, qui possède l'espérance de vie la plus longue pour les femmes en 2010, occupe seulement la dixième place des pays de l'Union Européenne en termes d'espérance de vie sans incapacité. De plus, cette tendance diminue légèrement entre 2008 et 2010 (-0,8 année pour les hommes et -1,1 année pour les femmes)¹⁵⁸. La France est donc représentative de la situation où vivre longtemps ne signifie pas nécessairement vivre en bonne santé et sans incapacité. Dès lors, en matière de dépendance et de besoins de prise en charge, cet indicateur est important à prendre en considération.

Toutes ces données démographiques représentent des indicateurs importants quant à la représentativité des personnes âgées au sein des pays de l'OCDE. On assiste à un vieillissement de la population et par conséquent, à des besoins et à des financements spécifiques. Ces budgets ne sont pas toujours comparables à l'échelle mondiale car chaque pays possède ses spécificités politiques, économiques et culturelles. Néanmoins, toujours dans l'intérêt de connaître la position de la France par rapport à ses voisins européens et selon une vision la plus objective possible, il convient de replacer chaque pays en fonction de son contexte économique.

2.2 Quelle prise en charge de la dépendance en France et dans les pays de l'OCDE ?

Le système de prise en charge de la dépendance est différent selon les pays. Tout d'abord, la notion de dépendance n'est pas identique et ne recouvre pas les mêmes dimensions. Comme nous l'avons exposé en introduction, en France le terme « dépendance » désigne « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière* » (Loi n°97-60 du 24 janvier 1997). L'âge reste le critère discriminant et entraîne une coupure entre la prise en charge du handicap et la prise en charge de la dépendance. Au contraire, dans les pays anglo-saxons et les pays d'Europe du Nord, la prise en charge est réalisée en fonction du besoin de soins de la personne âgée et non de l'âge. Dans ces pays, le terme « soins de longue durée » est par ailleurs utilisé pour désigner ce type de prise en charge. L'hétérogénéité de l'organisation de la prise en charge de la dépendance vient également des différents modèles existants (beveridgien, bismarckien, intermédiaire et particulier) et des différences d'organisation du système (Etat central, collectivités locales et assurance sociale). Enfin, cette

¹⁵⁷ ROBINE J-M. (2012) ouvrage cité

¹⁵⁸ ROBINE J-M. (2012) ouvrage cité

prise en charge diffère à la fois selon les objectifs des gouvernements (institutionnalisation ou domicile) et à la fois d'une prise en compte de la dépendance récente ou ancienne, comme par exemple les pays du Nord (Suède, Danemark, Pays-Bas) qui sont les précurseurs de la prise en charge de la dépendance à domicile.

2.2.1 Le domicile et l'institutionnalisation : recherche constante d'une amélioration de la qualité de prise en charge

Le vieillissement de la population représente un enjeu commun pour l'ensemble des pays de l'OCDE. Globalement, la dépendance est un problème qui concerne le « grand âge » et la prévalence augmente avec l'âge. Mais il ne faut pas faire de généralités. En effet, la moitié des services de soins de longue durée est occupée par des personnes de plus de 80 ans mais une personne sur cinq est âgée de moins de 65 ans¹⁵⁹. Face au vieillissement démographique, les pays mènent des réflexions sur les modes de soutien adéquat pour faire face à la dépendance et sur une gestion des coûts financiers induits. Pour que l'offre réponde à la demande, elle doit non seulement reposer sur des solutions de maintien à domicile et d'institutionnalisation, mais également sur des réponses intermédiaires. Néanmoins, tous les pays n'ont pas envisagé la prise en charge de la dépendance au même moment et n'ont pas tous orienté leur politique vers les mêmes formes de prise en charge. En effet, les situations divergent en fonction de la place de l'individu, du rôle des familles, des aidants informels et des pouvoirs publics. Dans le domaine du maintien à domicile, le Danemark est le précurseur puisqu'il a fait de cette forme de prise en charge, une réelle priorité dès les années 1970. De son côté, la Suède favorise l'institutionnalisation jusqu'en 1980, pour ensuite considérer plus sérieusement le domicile. Mais la plupart des autres pays de l'OCDE, comme la France, attendront les années 1980 pour se concentrer plus sérieusement sur le domicile¹⁶⁰.

Au Danemark (5,4 millions d'habitants en 2008), 21,6 % des personnes âgées de plus de 65 ans en perte d'autonomie résident à domicile en 2008¹⁶¹, soit environ 1,1 millions de personnes. En France, ce sont 5,6 % des personnes âgées de plus de 60 ans (3,6 millions) qui résident chez elles malgré un problème de santé ou un problème de dépendance. Ces chiffres résultent d'une politique récente de maintien à domicile combinée à une diversification des prestations et des

¹⁵⁹ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *Les défis de l'accompagnement du grand âge Perspectives internationales*, Centre d'analyse stratégique, DREES, 186p.

¹⁶⁰ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

¹⁶¹ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

structures d'accueil depuis les années 1990, soit plus tardivement que dans les pays nordiques. De son côté, l'Italie ferme la marche avec un peu moins de 3 % de personnes âgées qui résident chez elles avec un problème de santé. Pour cette dernière, cette faible proportion provient d'un manque de dispositifs. L'offre de services minimaux ainsi que des prestations nationales existent mais ne suffisent pas à garantir une prise en charge à domicile adéquate. De plus, si le maintien à domicile repose initialement sur une prise en charge familiale et sur l'aide informelle, ces aides diminuent progressivement, ce qui fait que l'Italie a de plus en plus recours au marché privé informel et emploie des travailleurs immigrés pour faire face à ce type de besoins. Parallèlement, l'institutionnalisation n'est envisagée qu'en dernier recours et plus particulièrement pour les personnes qui ne bénéficient ni de ressources suffisantes, ni d'aide informelle ou pour les veuves¹⁶². Au Danemark, le domicile résulte d'un choix politique fort, ce qui fait que le pays possède une offre plus structurée en la matière. Quelques soit son degré de dépendance, une personne dépendante choisit son lieu de résidence. Les municipalités sont chargées d'organiser et de financer la prise en charge de la perte d'autonomie. Les services sont quasi gratuits ou nécessitent un co-paiement qui n'excède pas 15 % du revenu des personnes¹⁶³. De plus, les nouvelles constructions immobilières orientent leurs choix en fonction du maintien à domicile, ce qui fait que depuis 1987, seuls des appartements adaptés aux besoins des personnes âgées sont construits au dépend des maisons de retraite. En France, la question de l'adaptation du logement est plus récente. Les aides relèvent de l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) et de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) mais le dispositif reste peu lisible compte tenu de la diversité des acteurs et des aides octroyées. Depuis plusieurs années, la France tente de structurer ce secteur et nous verrons dans une prochaine partie les différents partenaires et les mesures engagées pour améliorer ce secteur (Livre 2, Chapitre 2). De manière générale, le maintien à domicile nécessite des logements évolutifs et adaptables aux besoins des personnes âgées. Dans ce domaine, les Pays-Bas et le Danemark sont les mieux pourvus avec respectivement 45 % et 20 % de logements adaptés pour la population âgée. Les taux les plus bas concernent l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne. La France arrive en situation intermédiaire avec 18 %¹⁶⁴.

Du côté de l'hébergement complet, les pays doivent également répondre à une demande croissante. En France, depuis la loi de 2002, les Etablissements d'Hébergement des Personnes

¹⁶² GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

¹⁶³ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

¹⁶⁴ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

Âgées Dépendantes (EHPAD) rassemblent l'ensemble des établissements médico-sociaux et sanitaires relatifs à la prise en charge des personnes âgées (maisons de retraite, USLD, foyers-logements, hébergements temporaires...). La plupart des structures réalise plusieurs types de prestations au sein d'une même entité mais elles tendent à se spécialiser progressivement en fonction du public hébergé. C'est le cas notamment avec le « Plan Alzheimer » et la création de services ou d'établissements spécialisés. En Allemagne, on assiste à la mise en place de zones de regroupement de services, où plusieurs établissements se regroupent au sein d'un même espace pour faciliter le transfert des personnes âgées d'une structure à l'autre selon les besoins¹⁶⁵.

Enfin, entre le domicile et l'institutionnalisation, les pays mènent des réflexions pour trouver des solutions d'accueil intermédiaire. Ce type d'accueil doit entretenir l'autonomie de la personne et prévenir de l'isolement social. Ces formes de logement concernent une large partie de la population âgée car ils répondent aux besoins des personnes légèrement dépendantes mais qui nécessitent tout de même des soins et des services. Aux Pays-Bas, cette formule est développée sous la dénomination de « Woongroepen ». En 2007, le pays possède 300 établissements de ce type organisés en petites structures ou en logements individuels au sein d'ensembles d'habitats¹⁶⁶. Au Royaume-Unis ou au Danemark, ce type d'hébergement existe sous forme de communautés d'habitation, nommées respectivement « Abbeyfield » et « Aelreboliger ». Ces résidences services permettent à des personnes âgées de résider de manière autonome dans un appartement tout en faisant appel à des aides et des soins extérieurs¹⁶⁷.

Depuis 2010, les pays doivent progressivement adopter un standard de qualité pour la prise en charge des soins de long terme. A titre d'exemple, cette gestion de la qualité dépend des autorités locales en Italie ou du niveau national aux Pays-Bas. En France, les normes de qualité sont gérées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Toutes ces pratiques sont innovantes et sont indispensables mais elles peuvent entraîner des différences importantes en matière de prise en charge selon les pays. Il est donc important de construire des indicateurs communs et d'intégrer les différents acteurs du système (professionnels, usagers, familles...) pour aboutir à une

¹⁶⁵ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

¹⁶⁶ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

¹⁶⁷ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

standardisation de l'offre et à une définition de meilleures pratiques. Certains pays ont bien intégré cela et avance en ce sens, en incluant l'utilisateur et sa famille. La Suède l'a bien compris et a d'ores et déjà mis en place un comité de patients dans chaque comté et dans chaque municipalité.

2.2.2 Le rôle primordial des aidants

Le rôle des aidants est très important, voire de premier plan, dans la prise en charge des personnes âgées. L'aide informelle est relativement identique selon les pays. Les aidants sont âgés entre 45 et 64 ans et deux tiers sont des femmes¹⁶⁸. Cette aide est principalement réalisée par un proche ou un membre de la famille. En effet, 80 % des heures d'aides sont assurées par un membre de la famille. Pourtant, ce rôle représente une réelle charge sur la vie personnelle des aidants. En effet, si l'aidant est un acteur important dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile, il a besoin de soutien pour faire face au poids de cet investissement. Il doit parfois prendre des décisions importantes dans un contexte d'urgence (maintien à domicile ou institutionnalisation) et peut être confronté à des relations tendues avec la personne dépendante. Ce poids engendre une modification des relations familiales et les priorités ne sont plus les mêmes. La personne âgée devient le centre des préoccupations, ce qui fait que l'aidant accorde moins de temps à sa vie personnelle et professionnelle.

Si cette ressource est très importante, elle devrait diminuer dans les décennies à venir. La féminisation du travail, l'éloignement géographique et les recompositions familiales sont des facteurs qui tendent à réduire le nombre d'aidants¹⁶⁹. Face à ce constat, les pays prennent conscience de l'importance de cette ressource et mènent des réflexions pour tenter de la préserver. Car le point essentiel pour préserver l'aide informelle reste le soutien. Ce rôle est mieux toléré si l'aidant arrive à trouver un équilibre et à concilier l'accompagnement d'une personne âgée, sa vie personnelle et professionnelle. Des mesures sont progressivement mises en place mais restent encore trop légères. En 2006, la France proposait une loi pour la création d'un « statut d'aidant » mais ce projet est laissé sans suite à l'époque. La même année, les Pays-Bas adoptaient une loi sur l'aide sociale, la «Wet maatschappelijke ondersteuning » (WMO) pour que les municipalités apportent le soutien nécessaire aux aidants. En 2009, la Suède

¹⁶⁸ BARANGE C., EUDIER V., SIRVEN N. (2008) Enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale, 2^{ème} vague de données, *Question d'économie de la santé* n°137, 4p.

¹⁶⁹ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

adoptait une loi pour que les des aides individualisées soient accordées aux aidants¹⁷⁰. A partir de cette période, certains pays commencent à rémunérer les aidants, notamment par le biais d'un contrat de travail. C'est le cas au Royaume-Uni mais les montants restent trop faibles et les critères d'attribution sont trop stricts. En Espagne, une prestation spécifique a été instituée dans le cadre de la loi « Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia » en 2006. La personne âgée a le choix de faire intervenir un membre de sa famille qui sera rémunéré par l'Etat en échange d'une inscription à la sécurité sociale. C'est toute la différence avec la France où ce type de contrat n'existe pas. Une personne âgée ne peut pas rémunérer une personne grâce à un contrat de travail. Elle peut uniquement le faire par le biais de l'APA. Parallèlement, depuis 2007, la France dispose de deux outils : le congé familial et le congé de solidarité familiale. Le premier consiste à effectuer une demande de congé pour un certain délai. Il assure un retour à l'emploi et une garantie de cotisations à la sécurité sociale. Le second accorde une interruption totale ou partielle de l'activité professionnelle de l'aidant. Depuis 2010, une allocation journalière d'accompagnement pour une personne en fin de vie a été mise en place. Cette démarche s'inspire de l'allocation suédoise « Care leave », dont le montant est plus avantageux qu'en France (80 % du salaire de l'aidant)¹⁷¹. Le montant journalier en France est de 53 euros en 2014 et cette prestation peut être perçue pour une durée maximale de vingt et un jours.

Lorsque l'aidant souhaite conserver sa profession, les temps de répit s'avèrent indispensables. Pour cela, la France dispose d'accueils de jour et de formes d'hébergements temporaires qui permettent à une personne dépendante d'être prise en charge pendant une période donnée. Au Québec, il existe une autre forme que l'on appelle « baluchonnage ». Cette forme « d'aide à l'aidant » consiste à faire intervenir une personne au domicile de la personne âgée pour lui tenir compagnie et la surveiller de manière continue. Au Luxembourg, il existe les gardes de nuits mais qui ne sont pas spécifiques aux personnes âgées. D'autres pays commencent à développer des formes de répit par le biais de prestations de loisirs. Au Royaume-Uni, il existe le « Direct payment for carer » pour financer certains loisirs et en Australie, des « summer camps » (camps de vacances) sont proposés aux aidants¹⁷².

Si les réflexions politiques orientent de plus en plus leurs mesures sur le développement du maintien à domicile et sur la prise en considération de l'aide informelle, elles intègrent

¹⁷⁰ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

¹⁷¹ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

¹⁷² GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

désormais les problématiques d'hébergement intermédiaires et de soutien des aidants. Toutefois, le chantier est vaste et beaucoup d'améliorations s'avèrent encore nécessaires. Les pays nordiques sont précurseurs dans le maintien à domicile mais la France doit rattraper un certain retard. En effet, elle manque de places d'hébergement complet, temporaire ou d'accueil de jour et les aides à domicile manquent de coordination et de structuration. De plus, lorsqu'elles existent, elles n'allègent que partiellement les contraintes professionnelles et financières des aidants.

2.3 Le financement de la dépendance

Le vieillissement démographique, l'augmentation de la dépendance et la diminution des aides informelles sont autant de facteurs qui entraînent une hausse des financements liés à la dépendance. Quels budgets la France consacre-t-elle à la prise en charge de la dépendance ? Comment se situe-t-elle par rapport aux autres pays de l'OCDE ?

2.3.1 Panorama de la couverture de la dépendance en OCDE

Aujourd'hui, le défi de la « dépendance » consiste à proposer une prise en charge adéquate pour l'ensemble de la population tout en disposant d'un système de financement viable sur le long terme. Dans la plupart des pays de l'OCDE, le financement des aides pour la prise en charge de la dépendance repose à la fois sur une participation des collectivités et sur les cotisations sociales. Seuls les pays pauvres envisagent uniquement les aides informelles et familiales. Les soins de santé qui nécessitent du personnel médical qualifié (infirmier, médecin...) sont globalement couverts par des budgets publics dédiés à la santé. Toutefois, la couverture des soins en établissement médicalisé de long séjour varie d'un pays à l'autre. Les pays à couverture universelle bénéficient d'un financement des soins médicaux et des aides à la personne alors que les pays à couverture mixte facturent indépendamment les soins médicaux des aides à la personne (France, Etats-Unis, Royaume-Unis)¹⁷³. A l'exception des pays nordiques, les activités de la vie quotidienne telles que l'aide-ménagère ne sont pas prises en charge par le système public. Certains pays incluent ces services au sein d'un dispositif d'offre globale (Belgique, Royaume-Uni) et d'autres y intègrent également les équipements matériels et technologiques (Australie, Suède...)¹⁷⁴. En établissement médicalisé de long séjour, les frais de séjour ne sont généralement pas couverts par l'assurance publique dépendance. En France

¹⁷³ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

¹⁷⁴ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

comme en Belgique ou en Allemagne, les frais de séjour sont dissociés des frais médicaux et des frais de dépendance. C'est l'utilisateur qui règle intégralement ses frais de séjour ou partiellement s'il bénéficie d'aides au logement. Les pays nordiques, quant à eux, proposent une couverture globale et définissent un tarif en fonction du revenu des personnes dépendantes ou de leur patrimoine.

Depuis quelques années, on note un léger développement de l'assurance privée. Elle est de deux types. Le premier est un dispositif privé d'assurance dans lequel une prestation est versée pour dédommager les dépenses de soins de longue durée (Etats-Unis). Le second est un contrat dans lequel des prestations sont versées en fonction du degré de dépendance de la personne et non des dépenses encourues (France). Le principe de l'assurance dépendance n'est pas encore très développé car il reste cher. De plus, il n'attire pas les individus car les risques sont trop lointains et la couverture reste floue. A l'exception de l'Allemagne et des Etats-Unis, moins de 2 % des dépenses liées à la dépendance sont financées par l'assurance dépendance de chaque pays¹⁷⁵.

Le vieillissement des pays de l'OCDE entraîne une prise de conscience générale, induisant une nécessaire planification et une maîtrise des dépenses publiques. Si les prestations et leurs conditions d'attribution varient d'un pays à l'autre, les choix politiques semblent converger vers un accès universel aux prestations de prise en charge et vers un financement collectif. Parallèlement, il devient indispensable d'anticiper les besoins liés à la perte d'autonomie, tant en termes de prévention auprès des individus qu'au niveau de la coordination des acteurs et de l'évolution de l'offre. De son côté, la France suit la tendance générale de ses voisins européens et fait partie des pays qui consacrent le plus de financement à la prise en charge de la vieillesse et de la dépendance. Mais, ce secteur est à l'image d'un paquebot, impliquant beaucoup d'acteurs et de fonds, dont la navigation s'avère compliquée. Si l'amélioration de l'offre est un fait, sa structuration et sa réorganisation ne peuvent pas s'effectuer du jour au lendemain.

2.3.2 Dépenses liées à la dépendance selon le PIB et les revenus des pays

Les dépenses liées à la prise en charge des personnes âgées, à la vieillesse et à la dépendance dépendent du fonctionnement de chaque pays et des ressources allouées à chaque secteur. La comparaison des pays n'est pas toujours adéquate car les niveaux de vie sont différents, la taille des pays n'est pas semblable et le nombre d'habitants n'est pas identique sur chaque territoire.

¹⁷⁵ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *ouvrage cité*

Pour cela, le PIB général et le PIB par habitant représentent des indicateurs pertinents, ou du moins très utilisés par de nombreux rapports, pour aboutir à des comparaisons plus objectives.

Le Produit Intérieur Brut (PIB) de la France s'élève à 2 580 milliards de dollars en 2012¹⁷⁶. La France fait partie du « G5 », groupe des cinq pays dont le PIB est le plus important dans le monde. Elle est devancée par les Etats-Unis (16 milliards de dollars), la Chine (8 milliards de dollars), le Japon (6 milliards de dollars) et l'Allemagne (3 milliards de dollars) (Tableau n°9). Toutefois, en termes de PIB par habitant, la France occupe seulement la vingtième place avec un peu plus de 41 150 dollars par habitant en 2012. Entre 2011 et 2012, son PIB a diminué de 4,5 %, ce qui la place juste après l'Allemagne (41 168 dollars) et la Belgique (43 175 dollars) (Tableau n°10). Notons toutefois que les pays les plus riches ne sont pas nécessairement les plus généreux en matière de financements dédiés à la vieillesse et à la dépendance. En 2007, ce sont l'Italie et la France qui consacrent la plus grande part de leur PIB pour les pensions de reversions en faveur des personnes âgées avec respectivement 14,1 % et 12,5 %. Entre 1990 et 2007, ces budgets évoluent de 17,5 % en France, passant de 10,6 % à 12,5 % du PIB (Annexe n°4).

En 2008, les dépenses sociales liées à la vieillesse (Annexe n°5) s'établissent en moyenne autour de 6,6 % du PIB de l'ensemble des pays. Par dépenses sociales liées à la vieillesse, l'OCDE regroupe les budgets de vieillesse, survie, incapacité, santé, famille, programmes actifs du marché du travail, chômage, logement, et autres domaines de politique sociale. Pour ce type de dépenses, ce sont de nouveau l'Italie et la France qui occupent les premières places avec respectivement 12,2 % et 11,5 % de leur PIB. Comme pour les dépenses précédentes, la France connaît une légère progression de 9,5 % entre 2002 et 2008.

¹⁷⁶ Fond monétaire international, Données 2012

Tableau 9 – Les 20 PIB les plus importants en 2011 et 2012 (estimations pour 2012)

Les pays au plus gros PIB (estimation 2012, prix courants)				
Rang	Pays	PIB 2012 (milliards \$)	PIB 2011 (milliards \$)	Evolution
1	Etats-Unis	15 653	15 076	3,80%
2	Chine	8 250	7 298	13,00%
3	Japon	5 984	5 867	2,00%
4	Allemagne	3 367	3 607	-6,70%
5	France	2 580	2 778	-7,10%
6	Royaume-Uni	2 434	2 431	0,10%
7	Brésil	2 425	2 493	-2,70%
8	Italie	1 980	2 199	-9,90%
9	Russie	1 954	1 850	5,60%
10	Inde	1 947	1 827	6,60%
11	Canada	1 770	1 739	1,80%
12	Australie	1 542	1 487	3,70%
13	Espagne	1 340	1 480	-9,40%
14	Mexique	1 163	1 154	0,80%
15	Corée	1 151	1 116	3,10%
16	Indonésie	895	846	5,70%
17	Turquie	783	774	1,10%
18	Pays-Bas	770	838	-8,10%
19	Arabie saoudite	657	597	10,00%
20	Suisse	623	661	-5,70%

Sources : Fond Monétaire International, Données 2012

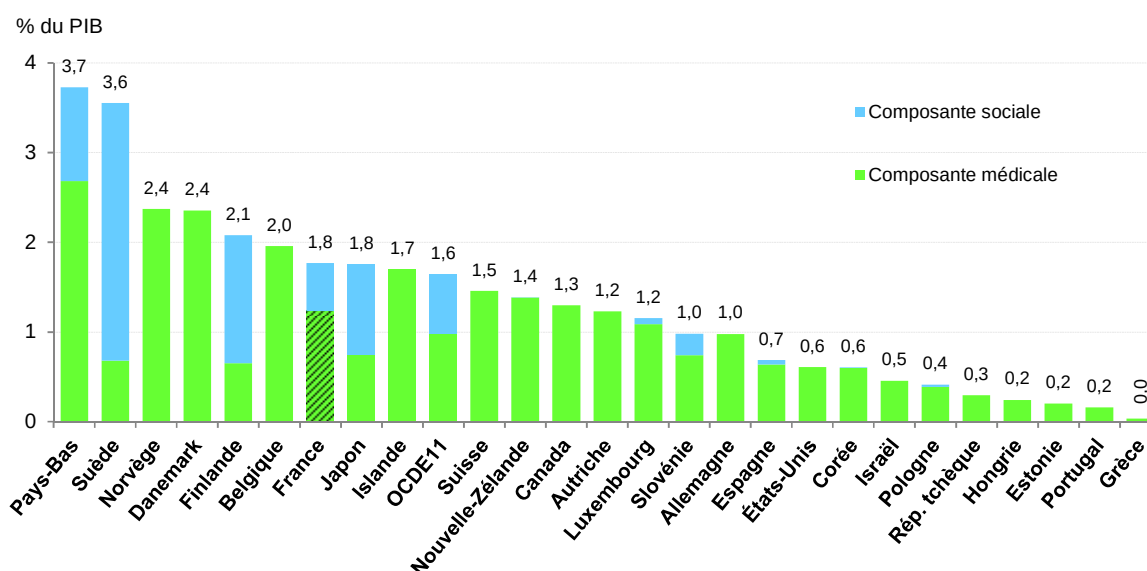
Tableau 10 - PIB par habitant en 2011 et 2012 (estimations pour 2012)

Les pays au plus gros PIB par habitant (estimations 2012, prix courants)				
Rang	Pays	PIB 2012 par habitant (\$)	PIB 2011 par habitant (\$)	Evolution
1	Luxembourg	105 720	115 809	-8,70%
2	Koweït	46 142	43 723	5,50%
3	Allemagne	41 168	44 111	-6,70%
4	Japon	46 896	45 870	2,20%
5	Belgique	43 175	46 989	-8,10%
6	Irlande	44 781	48 289	-7,30%
7	Etats-Unis	49 802	48 328	3,10%
8	Finlande	45 545	48 783	-6,60%
9	Singapour	49 936	49 271	1,40%
10	Autriche	46 330	49 688	-6,80%
11	Pays-Bas	45 942	50 216	-8,50%
12	Canada	50 826	50 496	0,70%
13	Suède	54 879	57 638	-4,80%
14	Danemark	55 448	59 709	-7,10%
15	Emirats arabes unis	65 377	63 626	2,80%
16	Australie	67 983	66 371	2,40%
17	Suisse	77 840	83 073	-6,30%
18	Norvège	99 316	97 607	1,80%
19	Qatar	100 378	98 144	2,30%
20	France	41 151	43 088	-4,50%

Sources : Fonds Monétaire International, Données 2012

Plus spécifiquement, les dépenses publiques liées à la dépendance représentent en moyenne 1,6 % du PIB pour l'ensemble des pays de l'OCDE (Figure n°19). Ces dépenses sont plus spécifiques que les dépenses sociales développées ci-dessus et intègrent uniquement les prestations du domaine sanitaire (soins médicaux...), les services médico-sociaux (aides à la vie quotidienne...) et les prestations sociales (aides pour l'autonomie). Ce sont les pays du Nord de l'Europe qui attribuent le plus de dépenses à la dépendance, comme les Pays-Bas et la Suède avec respectivement 3,7 % et 3,6 % de leurs PIB. Ici, la France consacre environ 1,8 % de son PIB aux dépenses liées à la dépendance. Son budget est supérieur à celui de la moyenne des pays de l'OCDE (1,6 %) et elle occupe la septième place. Comme la plupart des pays, la France dédie une part plus importante de son budget aux soins médicaux (1,6 %) qu'aux soins sociaux liés à la dépendance.

Figure 19 - Dépenses publiques de soins de longue durée en 2011



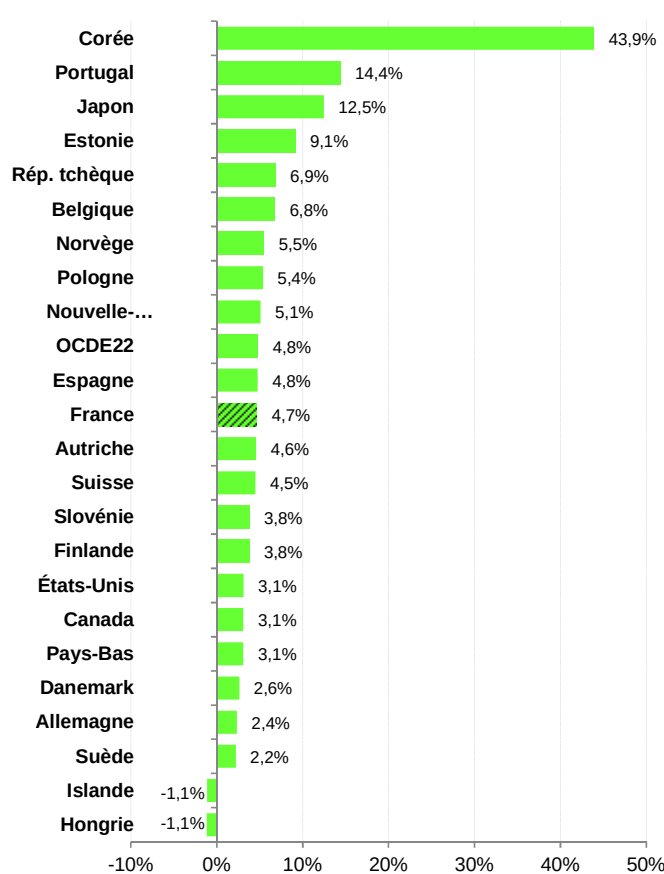
Sources : Données de santé de l'OCDE, 2013

Les disparités entre les pays s'expliquent en grande partie par des différences de besoins, d'organisation des services, du niveau et de la diversité des prestations proposées. Plus généralement, ces différences sont également la conséquence des traditions culturelles et de la conception du rôle de la famille dans la prise en charge des aînés¹⁷⁷.

¹⁷⁷ GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) ouvrage cité

Face au vieillissement démographique, les pays vouent un budget de plus en plus conséquent à la dépendance. Le budget de la France a augmenté de 4,7 % en six ans, entre 2005 et 2011 (Figure n°20). Certains pays devancent largement la France comme la Corée (+43,9 %), le Portugal (+14,4 %) ou le Japon (+12,5 %). Mais restons prudents sur l'interprétation de ces données car la prise en considération du vieillissement démographique est relativement récente pour ces pays et les disparités budgétaires sont généralement liées aux différences de besoins et aux politiques en vigueur au sein des pays.

Figure 20 - Taux de croissance des dépenses publiques liées aux soins de longue durée (composante médicale) 2005-2011 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

Connaissant le contexte démographique et budgétaire afférant à la dépendance pour la France et pour les pays de l'OCDE, il est maintenant possible d'étudier plus précisément les modes de prise en charge des personnes âgées. De quelle manière nos aînés sont-ils accompagnés en France et dans les autres pays de l'OCDE ? Et quels sont les différentes formes de prise en charge pour faire face à la perte d'autonomie ?

2.4 Une conception internationale du vieillissement et de la dépendance

Le 20^{ème} siècle est marqué par un accroissement important de la longévité. Cette longévité, accompagnée d'une croissance démographique aux 20^{ème} et 21^{ème} siècles, entraîne inévitablement une augmentation de la population âgée et un vieillissement démographique dans l'ensemble des pays. Ce phénomène peut conduire à des situations compliquées, particulièrement pour les pays en voie de développement. En effet, ces derniers doivent non seulement faire face au vieillissement de leur population mais ils doivent également être vigilants à la poursuite de leur développement (économique, sanitaire...). Les pays développés, quant à eux, doivent être attentifs à leur vieillissement démographique ainsi qu'au chômage et au maintien de leurs systèmes de pensions. Ainsi, le vieillissement représente un thème commun à la plupart des pays et le fait de vieillir correctement et dignement constitue une thématique d'envergure internationale, dont les objectifs sont d'aboutir à des échanges et à des accords internationaux¹⁷⁸. On peut d'ores et déjà s'interroger sur les fondements de cette démarche internationale ? Depuis quand et de quelle manière cette vision globale s'est-elle mise en place ? De plus, cette dimension internationale est directement liée à notre époque, c'est-à-dire à l'évolution des infrastructures, à la facilité de se déplacer et à la vulgarisation des nouvelles technologies (en particulier au sein des pays développés). Quelle est donc l'influence de ces éléments sur le comportement des personnes âgées. Engendrent-ils des migrations particulières ? Et ces mouvements modifient-ils l'économie locale ?

2.4.1 Echelle internationale : quelle démarche pour quels objectifs ?

La prise de conscience du vieillissement de la population débute au milieu du 20^{ème} siècle suite aux initiatives de l'Argentine en 1948 et de Malte en 1969¹⁷⁹ dans le cadre de l'Organisation des Nations-Unies (ONU). Dans le même temps, l'Assemblée générale des Nations-Unies adopte progressivement des « résolutions » relatives à la protection des droits et du bien-être des personnes âgées. En 1974, la Conférence mondiale sur la population invite les gouvernements à tenir compte de l'évolution de la population âgée dans leurs politiques. On assiste alors à une prise de conscience de la croissance de cette tranche de population. Dès lors, l'Assemblée générale des Nations-Unies organise un débat et convoque « une assemblée

¹⁷⁸ Rapport de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement (1982), Vienne, du 26 juillet au 6 août 1982, Nations-Unies, New-York, 119p.

¹⁷⁹ Rapport de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement (1982), Vienne, du 26 juillet au 6 août 1982, Nations-Unies, New-York, 119p.

mondiale sur le vieillissement ». En 1982, la première rencontre internationale est organisée à Vienne et est intitulée « la révolution silencieuse » (en lien avec l'image de l'évolution démographique). En 1990, l'Assemblée générale crée la « journée internationale des personnes âgées » afin de mettre en avant le vieillissement de la population. Elle représente un phénomène annuel destiné à promouvoir la contribution des personnes âgées au sein de la société. Tous les ans, elle est coordonnée par la ville de Genève sur une thématique particulière. Le 1^{er} octobre 2013, la thématique était : « L'avenir que nous voulons : ce que disent les personnes âgées ». Cet évènement a pour objectif de rendre visible les séniors, de valoriser leur image et d'impliquer l'ensemble de la population sur la question du vieillissement. En 2010, l'Assemblée générale des Nations-Unies forme un groupe de travail sur le thème du vieillissement, dont l'objectif est de protéger les droits fondamentaux des personnes âgées. Ce groupe de travail a pour mission d'examiner le cadre international en place, d'identifier les lacunes et d'élaborer de nouveaux instruments. Parallèlement, l'Assemblée générale lance une campagne mondiale d'informations et instaure des objectifs mondiaux en lien avec le vieillissement démographique.

Parmi les événements importants, « l'assemblée nationale sur le vieillissement » représente l'un des fondements politiques à l'échelle internationale pour l'ensemble des pays. La deuxième manifestation a eu lieu à Madrid en 2002 et avait pour objectif « *de faire face aux possibilités et aux défis du vieillissement de la population au 21^{ème} siècle et de promouvoir le développement d'une société pour tous les âges* »¹⁸⁰. Elle permet d'établir un « plan international d'actions sur le vieillissement », qui lui-même, représente un outil d'aide pour les décideurs. Il doit permettre aux différents pays de guider les projets en lien avec la vieillesse et de pouvoir élaborer des recommandations (selon le profil et le stade de développement des pays). Il revêt une multitude de domaines comme la place des personnes âgées au sein de la société, l'emploi des séniors, l'amélioration de l'état de santé et de la prise en charge des personnes âgées ainsi que la place des aidants. Tous ces thèmes concourent à l'intégration des personnes âgées dans la société, au recul de la dépendance et à une meilleure prise en charge. Car précisons qu'en matière d'emploi, les activités des personnes âgées (soins aux proches, gardes des petits-enfants, travaux ménagers, bénévolat...) sont encore trop souvent mises à l'écart (emplois, urbanisation, modifications du modèle familial, accès insuffisant aux technologies modernes...). Cette tendance s'accompagne également d'un réel manque d'insertion des tranches d'âge supérieures à 55 ans. En 2010, 40 % des personnes âgées de 55

¹⁸⁰ Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement (2002), Madrid, du 8 au 12 avril 2002, Nations-Unies, 2002, 84p.

à 64 ans sont en emploi en France, contre 46 % pour la Zone Euro et 48 % pour l'Union Européenne des quinze¹⁸¹. Cette tendance est le résultat du faible taux d'emplois des plus de 60 ans. En 2010, ces derniers ne sont que 18 % en France à exercer une activité professionnelle alors qu'ils sont 29 % au sein de la Zone Euro et près de 31 % sur l'ensemble de l'Union Européenne¹⁸².

En matière de santé, la croissance économique d'un pays est plus favorable si sa population est en bonne santé. Malheureusement, tous les pays ne prétendent pas allier longévité et bonne santé. Même si la santé dépend largement des déterminants environnementaux, économiques et sociaux (milieu géographique, éducation, profession, revenu...), les états doivent autant que possible encourager la promotion de la santé pour favoriser un vieillissement sain. Cet objectif s'avère particulièrement vrai lorsque l'on connaît l'évolution du nombre de personnes atteintes de démences. Pour cela, le « plan international d'actions sur le vieillissement » attache une importance particulière à l'environnement des personnes âgées. Le maintien à domicile et le rôle de l'aide informelle représentent ainsi des thèmes centraux importants.

Tous les pays s'accordent à dire que la recherche dans le domaine de la vieillesse et de la dépendance doit être mise en avant. La collecte et l'analyse de données, la mise en place d'indicateurs et l'utilisation d'outils communs sont indispensables pour obtenir des résultats standardisés. Ces résultats peuvent ensuite appuyer les actions gouvernementales et l'application des mesures sur le vieillissement. A ce titre, depuis 2011, l'OMS a lancé le programme « Villes amies des aînés » dont la première manifestation a eu lieu à Dublin¹⁸³. L'objectif de ce programme est d'aider les villes à se tenir informées des actions innovantes qui se réalisent partout dans le monde concernant la bonne santé et la vie des personnes âgées. Ainsi, une centaine de villes se sont associées à ce programme. Ce dernier a fait émerger de nombreuses idées et a entraîné la création d'un portail d'information pour mettre en contact les individus et les communautés du monde entier. Toutefois, toutes ces démarches et tous ces objectifs demandent des investissements et des ressources humaines et financières que peu de

¹⁸¹ CLAISSE C., DANIEL C., Et Al (2011) *Emploi des séniors : Synthèse des principales données sur l'emploi des séniors*, Document d'études DARES, n° 164, 101p.

¹⁸² CLAISSE C., DANIEL C., Et Al (2011) *ouvrage cité*

¹⁸³ BEARD J. (2012) Programme « Villes amies des aînés » de l'OMS par John BEARD, directeur du département Vieillesse et cycle de fin de vie de l'OMS, *Les défis territoriaux face au vieillissement*, La documentation française, 183p.

pays possèdent pour mener à bien ces actions. Chacun est alors vigilant à la distribution des ressources aux différentes échelles.

Dans le cadre de cette démarche standardisée, Eurostat prépare un règlement européen qui conduira les états membres à réaliser des enquêtes de santé et à tenir compte d'un questionnaire commun¹⁸⁴. Néanmoins, il ne faut pas omettre l'idée que la question du vieillissement est relativement récente pour certains pays, ce qui fait que les perspectives du « Plan international du vieillissement » sont parfois confrontées à des problèmes d'organisation et de financement. Le rôle du Plan est alors de donner des préconisations, comme par exemple, la sensibilisation des professionnels et des non professionnels, le développement de la médecine gériatrique, la construction de structures adaptées, l'adaptabilité du parc de logements existants, l'adaptation des infrastructures... et c'est ensuite aux pays de prendre le relai et d'intégrer progressivement ces problématiques au sein de leurs programmes. L'application du Plan ne peut fonctionner que si les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé collaborent. En France, ces thèmes sont connus du grand public et l'on retrouve ces objectifs au sein des politiques du pays.

Les interactions entre les pays, combinées à la croissance des richesses et au développement des technologies, entraînent de nouveaux comportements, en particulier pour les pays développés. En effet, aujourd'hui, les frontières deviennent de plus en plus perméables. Dès lors, au moment du passage à la retraite, certains foyers n'hésitent pas à changer de lieu de résidence et de mode de vie, aussi bien à une échelle locale qu'à une échelle internationale.

2.4.2 Une mobilité résidentielle croissante des retraités

Depuis quelques années, les retraités n'hésitent plus à quitter leur région d'origine ou à changer de pays. Bien entendu, le choix de la destination dépend des revenus de chacun et des règles d'acquisition des droits, du coût de la vie, aussi bien pour le logement et la nourriture que pour les soins. En Grèce et en Espagne, ces besoins de base représentent 80 % du budget des retraités et, en Grande-Bretagne, 67 % des retraités voient leur budget uniquement absorbé par la nourriture et le logement¹⁸⁵. Parmi ces besoins de base, le logement représente la principale source de dépenses des retraités. En effet, il est l'élément central du bien-être et de l'autonomie des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle certains retraités n'hésitent pas à changer de

¹⁸⁴ BOUVIER G. (2011) *Le volet Ménages de l'enquête Handicap-Santé : Présentation, calcul des poids*, INSEE, 61p.

¹⁸⁵ CRIBIER F., DIELEMAN F. (1993) La mobilité résidentielle des retraités en Europe occidentale, *Les migrations de personnes âgées en Europe*, Espace, populations, sociétés p.445-449

ville ou de pays pour pouvoir bénéficier de conditions de vie meilleures. Bien entendu, les migrations doivent être considérées en fonction du contexte de chaque pays.

2.4.2.1 Les grandes tendances migratoires des retraités selon les pays

A l'échelle internationale, les migrations des retraités diffèrent d'un pays à l'autre. Certains pays comme la France et la Grande-Bretagne ont davantage recours à la migration que d'autres nations telles que l'Espagne ou le Portugal. En 1988, les taux de migrations sont de 1 % à 2 % pour la Hongrie, l'Italie, la Belgique, les Pays-Bas et la Pologne¹⁸⁶. Cette proportion est plus importante (3 % à 4 %) pour l'Allemagne, la Grande-Bretagne et la France. Aux Etats-Unis, le recensement de 2000 indique que 20 % des personnes âgées de plus de 65 ans quittent leur lieu de résidence dans les cinq années qui précèdent ce recensement¹⁸⁷. Lorsqu'il s'agit de changer de pays, les couples sont plus mobiles que les personnes seules. Les situations de migrations pour rejoindre un pays d'origine ou pour retrouver sa famille existent mais elles ne représentent pas les principaux motifs de mobilité¹⁸⁸. Au contraire, le coût de la vie et l'environnement sont deux éléments importants qui motivent un changement de lieu de résidence.

Les évolutions démographiques et les migrations induites créent des « espaces-vieillessement »¹⁸⁹. En effet, dans la plupart des pays, les migrations entraînent une rupture entre les régions centrales, urbanisées, voire métropolitaines (Île-de-France, Californie...) au sein desquelles les aînés sont peu présents et les périphéries où, au contraire, les plus âgés sont plus nombreux. Ces périphéries se décomposent elles-mêmes en deux ensembles distincts, d'une part, les régions touristiques et littorales (Méditerranée, Floride...) qui vieillissent actuellement et qui vont continuer de vieillir en raison des migrations interrégionales, et les régions rurales et de moyennes montagnes qui sont peu attractives et qui vont vieillir en raison des populations sur place et du faible taux de renouvellement démographique des classes d'âges plus jeunes (Massif Central, Appalaches...). Ainsi, les régions les plus attractives pour les retraités sont les littorales (Angleterre, Belgique et France) et les abords des lacs (Allemagne, Suisse, Italie). Aux

¹⁸⁶ CRIBIER F., DIELEMAN F. (1993) La mobilité résidentielle des retraités en Europe occidentale, *Les migrations de personnes âgées en Europe*, Espace, populations, sociétés p.445-449.

¹⁸⁷ PIHET C. (2010) Bien vieillir aux Etats-Unis : mobilités résidentielles et territoire en mouvement, sous la direction de BURGEL G. et MACE J-M., *Les territoires de la santé*, Ville en parallèle n° 44, p. 75-94

¹⁸⁸ CRIBIER F., DIELEMAN F. (1993) *ouvrage cité*

¹⁸⁹ PIHET C. (2012) Vieillessement des populations et recherche de bien-être : exemple français et américains, p. 121-131, PIHET C., VIRIOT-DURANDAL J-P., PIHET C., CHAPON M-P. (2012) *Les défis territoriaux face au vieillissement*, La documentation française, 183p.

Etats-Unis, les mouvements migratoires des retraités s'organisent du Nord vers le Sud ou vers les littoraux. Les retraités américains quittent les états les plus urbanisés et les plus froids (du Nord) pour s'installer dans les états du Sud où le climat est plus agréable. Ainsi, les états de New-York et de l'Ohio perdent des habitants âgés alors que les états du Sud Atlantique, les états centraux et ceux du Sud-Ouest des Etats-Unis ont un solde positif pour ces tranches d'âge¹⁹⁰.

Les personnes âgées changent plus facilement de département ou de région que de pays. Dans le premier cas, il s'agit souvent d'un mouvement du centre urbain vers sa périphérie. Au passage à la retraite, ces foyers qui résidaient en centre-ville s'installent souvent en banlieue pour être plus au calme et bénéficier d'une résidence indépendante avec jardin. En périphérie des villes, les transports influencent largement le lieu de résidence. Plus ils sont développés, plus le rayon de résidence s'étend. L'âge influence également les migrations. Ce sont les personnes âgées de plus de 70 ans qui sont les plus mobiles et c'est leur niveau de revenu qui influence principalement ces migrations. Après 75 ans, cette mobilité devient plus importante mais pour entrer en institution. Dès lors, à cet âge, les femmes non mariées sont plus mobiles que les couples. Si autrefois, les migrations ne concernaient qu'une partie restreinte des classes sociales, ce n'est plus autant le cas aujourd'hui. Il y a 20 ans, ces changements de lieu de vie concernaient principalement les couches sociales aisées alors que depuis quelques années, ces migrations concernent de plus en plus les couches populaires. C'est particulièrement le cas aux Etats-Unis¹⁹¹.

2.4.2.2 Le comportement des retraités français

En 2010, plus de 1,5 millions de français vivent à l'étranger et leur proportion ne cesse d'augmenter¹⁹². Ce chiffre ne représente qu'une partie de la réalité car les français seraient environ deux fois plus nombreux à s'expatrier. En effet, beaucoup ne s'inscrivent pas sur les listes du consulat au moment de leur départ. Parmi ces expatriés, un tiers sont des retraités et leur proportion croît également. Beaucoup d'entre eux sont des salariés étrangers qui ont été naturalisés. Pour les autres, on constate qu'ils ne partent pas uniquement pour retrouver leur

¹⁹⁰ PIHET C. (2010) Bien vieillir aux Etats-Unis : mobilités résidentielles et territoire en mouvement, sous la direction de BURGEL G. et MACE J-M., *Les territoires de la santé*, Ville en parallèle n° 44, p. 75-94

¹⁹¹ PIHET C. (2010) *ouvrage cité*

¹⁹² CRIBIER F., DIELEMAN F. (1993) La mobilité résidentielle des retraités en Europe occidentale, *Les migrations de personnes âgées en Europe*, Espace, populations, sociétés p.445-449

pays d'origine mais tout simplement pour bénéficier de conditions de vie plus agréables. Cette situation apparaît d'actualité et d'ailleurs la « presse grand public » y porte un intérêt certain. Par exemple l'article du magazine « *le nouvel observateur* » paru en juillet 2012 traite de : « la retraite à l'étranger [qui] tente de plus en plus de Français ». Parmi les motifs de départ, c'est l'aspect de la douceur du climat qui arrive en tête. Ainsi, les destinations « phares » sont les pays qui bénéficient d'un climat chaud comme la Tunisie et le Maroc, voire tropical comme le Brésil, la République Dominicaine ou encore la Thaïlande¹⁹³. De plus, ces destinations sont convoitées pour des raisons fiscales. Le coût de la vie y est inférieur à celui de la France et est avantageux pour les retraités expatriés. Toutefois, la France reste célèbre pour son assurance médicale et certains français décident également de rester en Europe pour bénéficier de cette couverture. En effet, elle n'est pas systématique dans les autres pays. Certains pays ont passé une convention avec la France pour faciliter la prise en charge financière des soins alors que pour d'autres, il faut adhérer à la caisse des français à l'étranger (CFE).

Selon les chiffres de la Caisse des français à l'étranger, ils seraient 8 % en 2010, soit environ 50 000 retraités à résider au Maroc entre Marrakech et Agadir, la Tunisie arrivant juste après. Ces deux pays sont attractifs car ils sont proches de la France, on y parle français et le pouvoir d'achat y est plus important qu'en France. De plus, la fiscalité y est très intéressante puisque les abattements peuvent aller jusqu'à 80 %. Face à cet engouement, le Maroc tient par ailleurs tous les ans un salon de l'immobilier à Paris qui rencontre un franc succès. De plus, des complexes résidentiels destinés aux retraités européens voient progressivement le jour, tel que « l'Orangerie » situé entre Taroudant et Agadir ou « l'Oasis de Noria » (Sénioriales) du groupe « Pierre et Vacances »¹⁹⁴. Ce type de résidences offre des logements adaptés et propose une palette de services adaptés aux besoins des personnes âgées. Enfin d'autres destinations, comme la Thaïlande, sont attractives pour les retraités français. La douceur du climat et l'accueil chaleureux des autochtones rendent ce pays accueillant. En cinq ans, ces trois destinations ont connu une hausse de 350 % du nombre d'expatriés retraités¹⁹⁵. Même si les achats ne sont pas régis comme en France, pour 250 000 euros, les retraités peuvent acquérir une maison au bord de la plage en Thaïlande ou un appartement à Miami¹⁹⁶.

¹⁹³ TREGUIER E. (2012) La retraite à l'étranger tente de plus en plus de retraités, *Nouvel Observateur*, 30 juillet 2012

¹⁹⁴ CRIBIER F., DIELEMAN F. (1993) La mobilité résidentielle des retraités en Europe occidentale, *Les migrations de personnes âgées en Europe*, Espace, populations, sociétés p.445-449

¹⁹⁵ TREGUIER E. (2012) La retraite à l'étranger tente de plus en plus de retraités, *Nouvel Observateur*, 30 juillet 2012

¹⁹⁶ CRIBIER F., DIELEMAN F. (1993) *ouvrage cité*

Comme nous l'avons évoqué, il est difficile de connaître les raisons qui motivent les retraités à changer de pays. Certes, on connaît les tendances générales mais on ne dispose pas de données précises qui permettraient d'établir des statistiques et un suivi. Certains chercheurs¹⁹⁷ ont tout de même dressé une typologie en quatre groupes de la mobilité des retraités. Selon ces auteurs, le premier groupe est constitué par les personnes qui continuent de résider là où elles vivaient pendant leur activité professionnelle. Un deuxième groupe correspond aux personnes qui s'installent dans une campagne proche de la ville où elles travaillaient. Un troisième groupe rassemble les retraités qui souhaitent revenir dans la région de leur enfance. Enfin, un quatrième groupe est constitué par des populations qui ont apprécié une région lors de vacances et qui décident de s'y installer pour leur retraite. A ces quatre groupes s'ajoutent également les retraités qui possèdent plusieurs résidences et qui vivent dans chacune d'elle selon les saisons et leurs envies¹⁹⁸. En France, comme au niveau international, la mobilité résidentielle est moins fréquente chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. Entre les recensements de 1990 et 1999, environ la moitié des français ne réside pas dans le même logement et 20 % des personnes âgées de plus de 60 ans sont dans ce cas (Tableau n°11). Entre ces deux dates, 1,6 % des personnes de plus de 60 ans change de département tout en restant dans la même région et 4,6 % changent de région. Si des migrations existent et sont significatives pour les populations retraitées, les chiffres montrent bien qu'avec l'avancée en âge, la mobilité résidentielle diminue¹⁹⁹.

A l'échelle nationale, les flux des personnes de plus de 60 ans concernent principalement quelques régions françaises. Pour les raisons d'attraction, principalement d'ordre climatique et géographique (littorale), ce sont la Bretagne, l'Aquitaine, le Languedoc-Roussillon, la Corse et la Picardie qui attirent le plus les retraités pour la période 1999-2004. A l'inverse, l'Île-de-France, le Nord-Pas-de-Calais, le Pays-de-Loire et la Lorraine perdent le plus de retraités pour la même période (Tableau n°12 et figure n°21).

¹⁹⁷ CALLOIS J-M., MAZUEL L., ROUSSEL V., SENECEBE Y. et VOLLET D., 2003

¹⁹⁸ GODET M., MOUSLI M. (2006) *Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030*, Documentation française, Paris, 295p.

¹⁹⁹ DESPLANQUES G. (2005) Géographie de la population âgée en France, *Les nouvelles données démographiques*, Retraite et société, n° 45, p.23-41

Tableau 11 - Population âgée de plus de 60 ans ayant changé de résidence
entre 1990 et 1999 (%)

Age	Même logement	Autre logement d'une même commune	Autre commune du département	Autre département de la même région	Autre région	DOM TOM	Etranger
60-64 ans	74,7	8,7	7,1	2,2	6,4	0,5	0,5
65-69 ans	77,7	8,1	6	1,8	5,7	0,3	0,4
70-74 ans	82,4	7,2	4,8	1,4	3,8	0,2	0,3
75-79 ans	84,8	6,6	4,2	1,2	3	0,2	0,2
80-84 ans	83,6	7,2	4,3	1,3	3,1	0,2	0,2
85-89 ans	83,5	7,1	4,6	1,4	3,1	0,2	0,1
90-94 ans	81,6	7,6	5,3	1,6	3,6	0,2	0,2
95-99 ans	78,7	8,5	6,4	1,9	4,2	0,2	0,2
60 ans et plus	80,1	7,6	5,4	1,6	4,6	0,3	0,3
Tous âges	50,7	15,8	16,4	5,5	9,4	0,9	1,3

Source : Insee, Recensement général de la population, 1999.

Champ : personnes vivant dans un ménage en 1999.

Tableau 12 - Taux annuels de migration nette entre 1999 et 2004 pour 10 000 habitants

Régions	Tranches d'âge			
	20-29 ans	30-39 ans	40-59 ans	60 ans et plus
Alsace	41.6	-35.1	-18.6	-9.4
Aquitaine	-0.9	102.3	66.8	45.2
Auvergne	-95.8	55.6	46.2	33.9
Basse Normandie	-176.6	4.1	15.9	34.3
Bourgogne	-171.8	-44.4	14	22
Bretagne	-57.8	88.4	56.7	51.5
Centre	-111.5	28.8	11.3	16.6
Champagne Ardenne	-138.7	-83.2	-37.2	-7
Corse	-52.4	100.9	89.7	55.8
Franche Comte	-102.7	-12.6	-11.2	-2
Haute Normandie	-76.7	-27.3	-21.2	-8.9
Ile de France	171.2	-125.9	-96.5	-120.9
Languedoc-Roussillon	8.3	142	122.8	83.1
Limousin	-80.3	38.7	36.2	31.4
Lorraine	-63.6	-39	-23.4	-11.2
Midi Pyrenees	70.4	102.5	53.7	30.3
Nord Pas de Calais	-113.1	-65.3	-30.1	-20.3
PACA	-104.1	72.4	36	34.6
Pays de Loire	-101.5	-10.8	-23.1	-14.3
Picardie	-120.4	75.3	55.7	37.3
Poitou Charentes	55.9	73.9	46.8	33.5
Rhone Alpes	51	50	5.9	-2.4

Sources : Enquête de recensement 2004 Insee

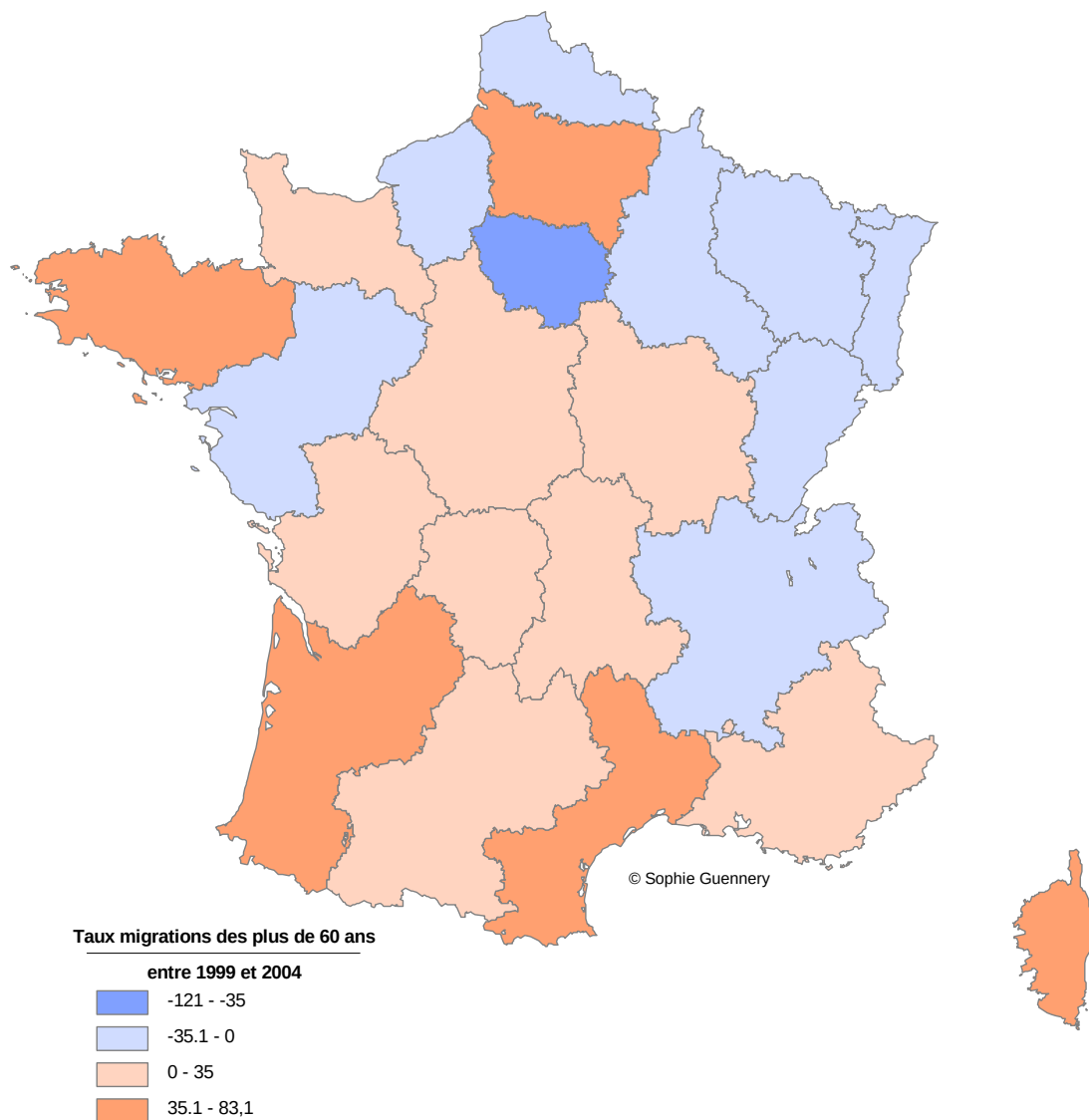
A l'échelle départementale, la Creuse représente le département le plus vieux de France car une personne sur trois est âgée de plus de 60 ans. A l'inverse, l'Oise est le département le plus jeune

avec une personne sur sept de cette tranche d'âge. A cette même échelle, la proportion de personnes âgées est moins importante dans les départements sièges des capitales régionales. A titre d'exemple, en 1999 la région Midi-Pyrénées, dont le taux de personnes âgées de plus de 60 ans est de 24 %, affiche une proportion de 19 % de personnes de la même tranche d'âge dans le département de Haute-Garonne, où Toulouse représente une agglomération d'un peu moins de 400 000 habitants en 1999²⁰⁰.

Figure 21 - Taux annuels de migrations régionales des personnes de plus de 60 ans

²⁰⁰ DESPLANQUES G. (2005) Géographie de la population âgée en France, *Les nouvelles données démographiques*, Retraite et société, n° 45, p.23-41

pour 10 000 habitants entre 1999 et 2004



Insee, recensement 2004

A une échelle plus fine, la proportion de personnes âgées varie selon la taille des communes et selon les tranches d'âge. De manière générale, avant 75 ans, les personnes résident plus souvent dans des communes de petite et moyenne taille (moins de 20 000 habitants) ainsi que dans des communes rurales (Tableau n°13). La proportion des plus de 60 ans est de 23,4 % dans les communes rurales et se situe entre 24 et 25 % au sein des unités urbaines de moins de 20 000 habitants. Cette proportion de personnes âgées de plus de 60 ans est de 23,9 % pour les communes de 50 000 à 99 000 habitants, de 22,2 % pour les agglomérations de 100 000 à

199 999 habitants et enfin de 21,1 % lorsque les unités urbaines atteignent entre 200 000 et 1 999 999 habitants²⁰¹.

Tableau 13 - Part des personnes âgées en fonction de la taille d'unité urbaine
en France métropolitaine (%)

Catégorie de commune	60 ans et plus	60-74 ans	75 ans et plus
Communes rurales	23.4	14.3	9.1
Unités urbaines			
de moins de 5 000 habitants	24.3	14.6	9.7
de 5 000 à 9 999 habitants	24.7	14.8	10
de 10 000 à 19 999 habitants	24.9	15	9.9
de 20 000 à 49 999 habitants	25.2	14.9	10.2
de 50 000 à 99 999 habitants	23.9	14.2	9.7
<i>Ville centre</i>	24	13.7	10.3
<i>Banlieue</i>	23.7	15	8.7
de 100 000 à 199 999 habitants	22.2	13.5	8.7
<i>Ville centre</i>	22	12.5	9.5
<i>Banlieue</i>	22.4	14.5	7.9
de 200 000 à 1 999 999 habitants	21.1	12.7	8.3
<i>Ville centre</i>	20.1	11.4	8.7
<i>Banlieue</i>	21.7	13.6	8.1
Agglomération parisienne	17.2	10,8	6.3
<i>Paris</i>	19.3	11.9	7.4
<i>Banlieue</i>	16.6	10.6	6
Ensemble	22.1	13.4	8.7

Source : Insee, Recensement général de la population en France métropolitaine, 2008

Globalement, pour les deux tranches d'âge, à mesure que la taille des agglomérations augmente, le nombre de personnes âgées diminue (tableau n°13), passant, pour les 60-74 ans, de 14,6 % pour les communes de moins de 5 000 habitants à 12,7 % pour les agglomérations de plus de 200 000 habitants et, pour les plus de 75 ans, de 9,7 % pour les communes de moins de 5 000 habitants à 8,3 % pour les agglomérations situées entre 200 000 et 1 999 999 habitants. On note une présence plus importante des 60-74 ans au sein des banlieues et à l'inverse, une proportion plus conséquente de plus de 75 ans dans les centres-villes²⁰². Si l'on prend l'exemple des agglomérations dont la taille se situe entre 50 000 et 99 999 habitants, on note 15 % de personnes de 60-74 ans au sein des banlieues alors qu'elles sont 13,7 % en centre-ville. A l'inverse, les personnes de plus de 75 ans sont 8,7 % à résider en banlieue et 10,3 % en centre-ville. Pourtant, l'attraction des personnes âgées n'est pas véritablement prise en compte par les

²⁰¹ DESPLANQUES G. (2005) Géographie de la population âgée en France, *Les nouvelles données démographiques*, Retraite et société, n° 45, p.23-41

²⁰² DESPLANQUES G. (2005) *Ouvrage cité*

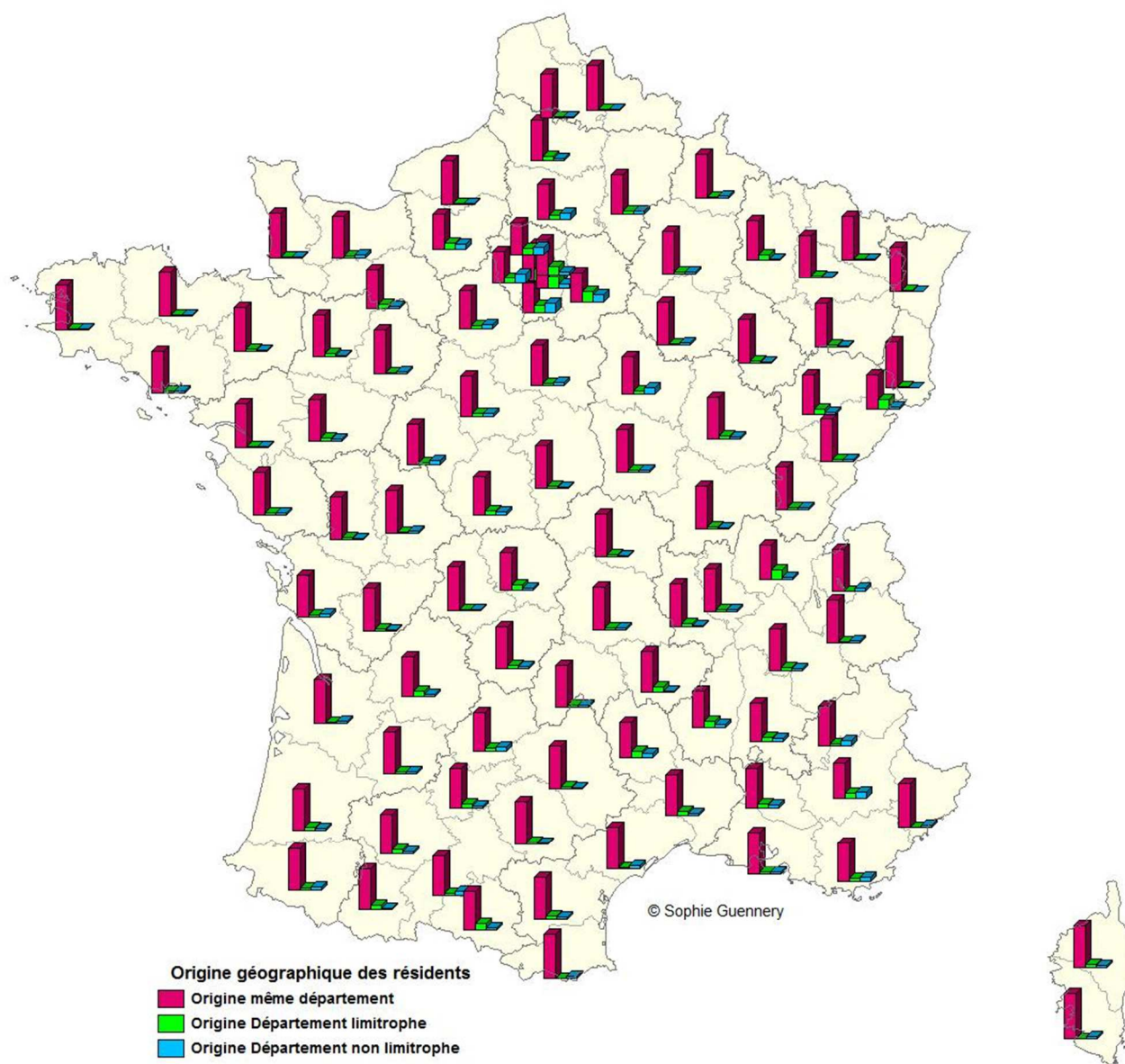
collectivités locales. Si les objectifs d'accueillir de nouvelles populations et de nouvelles activités restent réels, les collectivités s'orientent en général vers les producteurs d'activités économiques que vers un accueil des populations âgées.

En matière d'hébergement, même si ces flux ne sont pas majoritaires, on note des migrations de personnes âgées. Ces dernières n'hésitent pas à franchir les limites communales, départementales ou même régionales pour trouver une réponse d'hébergement. En 2011, un quart des résidents disposaient d'un EHPAD dans une autre commune que celle de leur lieu d'habitation²⁰³. Toutefois, le recours reste tout de même orienté au sein d'un même département, même si certains connaissent plus de mouvements que d'autres (Figure n°22). Ce sont les départements d'Île-de-France (8,8 % à 27,3 %), le Territoire de Belfort (21,8 %), l'Ain (21,8 %) ou encore l'Ardèche (15,7 %) et la Lozère (15,1 %) qui attirent le plus de personnes des départements limitrophes pour un hébergement (Annexe n°6). Quant à l'orientation vers un département non limitrophe pour trouver une réponse d'hébergement, ce sont les départements de l'Oise (15,4 %), des Alpes-De-Haute-Provence (13,8 %) ou encore de l'Yonne (13,7 %) qui attirent le plus de personnes (ces dernières n'habitaient pas dans un département limitrophe au département d'hébergement).

Comme nous l'avons énoncé, la mobilité diffère selon les âges et évolue dans le temps. De plus, avec l'augmentation de la longévité, on considère désormais les flux migratoires des personnes du « troisième âge » et du « quatrième âge ». En effet, avec l'avancée en âge, les retraités peuvent à nouveau changer de lieu de résidence bien après le passage à la retraite, pour des raisons familiales (veuvage, rapprochement des enfants...), pour se rapprocher de services médicaux ou bien quand leur autonomie commence à diminuer. Cette mobilité est en partie liée à l'évolution de notre société. Elle se répercute sur les générations nées après 1940 qui ont vécu avec l'idée de pouvoir s'installer n'importe où en fonction de leurs souhaits personnels. Aujourd'hui, avec le développement des nouvelles technologies et de l'information, un entrepreneur peut s'installer dans la région qu'il souhaite. Les réseaux d'infrastructures permettent généralement de trouver une organisation adaptée et des solutions satisfaisantes pour qu'une activité fonctionne correctement. Dès lors, cette nouvelle liberté facilite les mobilités.

²⁰³ RAMOS-GORAND M., VOLANT S. (2014) *Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011*, DREES Etudes et résultats n°891, 6p.

Figure 22 - Origine géographique des personnes âgées pour trouver un EHPA (%)



Sources : DREES, enquête EHPA 2007

Aujourd'hui, les générations en âge d'être à la retraite sont relativement familiarisées avec les nouvelles technologies et sont habituées à entretenir des relations avec des individus physiquement lointains (technologies de l'information et de la communication, transports...). A l'âge de la retraite, ces personnes gardent ce même fonctionnement, c'est-à-dire, une accessibilité « mondialisée », qui peut entrer en ligne de compte pour le choix d'un lieu de résidence²⁰⁴.

²⁰⁴ GODET M., MOUSLI M. (2006) *Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030*, Documentation française, Paris, 295p.

2.4.2.3 L'attrait des retraités étrangers pour la France

Si certains français préfèrent se retirer dans un autre pays après leur cessation d'activité, la France attire d'autres retraités étrangers. Peu de données existent sur ces flux étrangers mais certains auteurs ont tout de même étudié ces migrations et fournissent certaines informations. Par exemple, GERVAIS-AGUER M. s'est particulièrement intéressée aux migrations des individus d'origine britannique pour tenter de comprendre les déterminants de la localisation résidentielle et de l'attractivité territoriale de ces étrangers. Bien entendu, il ne s'agit que d'un exemple de migrations parmi d'autres, mais qui a retenu notre attention car notre terrain d'étude s'avère être la région Poitou-Charentes. Les migrations peuvent être identifiables grâce aux recensements démographiques mais l'auteur se base sur la fréquentation des aéroports. En effet, les migrations des britanniques se réalisent principalement par les airs pour rejoindre certaines régions françaises, comme c'est le cas en région Poitou-Charentes. Par exemple, aujourd'hui, la compagnie « Ryanair » relie Londres à seize aéroports français. La conséquence directe est que l'aéroport de la Rochelle, qui a longtemps fonctionné grâce à sa liaison avec Paris, a modifié son organisation depuis 2001 en une stratégie internationale, notamment avec la Grande-Bretagne²⁰⁵. Les professionnels de l'immobilier considèrent qu'il existe un lien direct entre le développement des transports aériens et l'acquisition de résidences en France. Une étude réalisée en 2003 auprès de « Ryanair » montre que 16 % des 2 500 voyageurs britanniques atterrissent à Limoges. Ces derniers souhaitent, dans un premier temps, acheter une résidence secondaire en France et en faire leur résidence principale ensuite²⁰⁶.

De fait, on s'aperçoit que les Britanniques sont de plus en plus nombreux à venir s'installer en France²⁰⁷. En 1999, ils sont un peu moins de 76 000, soit une croissance de 50,8 % par rapport au recensement de 1990. Ils s'installent principalement dans le Sud-Ouest du pays où ils atteignent 0,8 % de la population en Dordogne, lieu privilégié d'installation pour les britanniques depuis longtemps. Seulement, cet attrait entraîne rapidement une hausse des prix de l'immobilier et s'étend progressivement aux départements voisins, notamment en Charente et en Charente-Maritime. Le développement des liaisons aériennes à bas prix entre Londres et les aéroports de Poitiers et de La Rochelle a largement participé à l'attraction de ces départements. En 1999, la majorité des Britanniques qui résident en France est âgée entre 45 et

²⁰⁵ LABIE M. (2004) *Immigration britannique en Poitou-Charentes*, Mémoire de DEA, Maison des Sciences de l'homme, Poitiers

²⁰⁶ LELOGEAS E. (2004) Région : l'effet « Ryanair », *Les Echos* n° 19124, page 109

²⁰⁷ LABIE M. (2004) *Immigration britannique en Poitou-Charentes*, Mémoire de DEA, Maison des Sciences de l'homme, Poitiers

75 ans. Depuis, cette tranche d'âge reste la plus importante même si les migrations s'étendent progressivement à l'ensemble de la population étrangère. Ainsi, la région Poitou-Charentes fait partie des régions privilégiées pour les anglais. Ils s'installent majoritairement en Charente (40 %) et en Charente-Maritime (30 %), puis dans le département de la Vienne et des Deux-Sèvres (15 %)²⁰⁸ où ils résident principalement dans les petits villages avec des commerces de proximité. Ces mobilités représentent des avantages et des inconvénients. Elles font revivre certaines régions françaises en déclin (Limousin) mais l'attractivité de certaines zones engendre inévitablement une augmentation des prix de l'immobilier (Dordogne). Elles viennent irriguer ces territoires et développent et/ou font revivre l'économie locale (DAVEZIES L., 2008).

Contrairement à certaines migrations résidentielles qui sont motivées par une amélioration du cadre de vie (littoral, climat doux...), d'autres transferts de population sont réalisés pour des besoins tout autre. C'est le cas des régions frontalières au sein desquelles les habitants sont habitués à franchir régulièrement la frontière pour avoir recours à certains services. Plus tard, avec l'avancée en âge, ces comportements restent identiques. Par conséquent, au moment du choix d'un hébergement, si l'offre est plus avantageuse ou plus accessible de l'autre côté de la frontière plutôt qu'en France, cette limite administrative ne représente pas un obstacle. Certes, ces situations ne représentent pas une généralité mais elles existent et font partie des problématiques de planification sanitaire et médico-sociale. Les relations transfrontalières entre la France et la Belgique illustrent parfaitement ce type de migrations puisque ces deux pays ont établi une convention en vue de planifier le recours à l'hébergement des personnes âgées. En effet, les habitants du Nord de la France n'hésitent pas à se rendre en Belgique pour trouver une réponse en termes d'hébergement.

2.4.3 Les conventions internationales – Exemple de la France et de la Belgique

Que ce soit pour l'accueil des personnes handicapées ou pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes, beaucoup de familles du Nord de la France se rendent en Belgique (région Wallonne) pour trouver une réponse d'hébergement adapté. En 2005, le rapport franco-belge de la Santé évalue à 1 575 le nombre de personnes âgées françaises hébergées dans 106 établissements collectifs wallons²⁰⁹. A l'inverse, et selon ce même rapport, ce sont seulement une douzaine de résidents belges qui seraient hébergés en France. Depuis 2005, faute d'outils

²⁰⁸ LABIE M. (2004) *Ouvrage cité*

²⁰⁹ GALLET C. (2009) *Rapport sur l'hébergement des personnes âgées et des personnes handicapées françaises en Belgique*, 91p.

fiables, aucun recensement exact n'a été réalisé. Les caisses régionales d'assurance maladie ne disposent pas des compétences nécessaires pour récolter ces chiffres et les conseils généraux français ne versent pas l'allocation personnalisée d'autonomie aux personnes âgées hébergées à l'étranger, ici en Belgique²¹⁰. De plus, les autorités wallonnes ne disposent pas de données exactes sur le niveau de dépendance des personnes hébergées. Les seules données disponibles proviennent ainsi du rapport de l'observatoire franco-belge de la santé sur la mobilité transfrontalière des personnes âgées. Toutefois, l'évolution du nombre de personnes hébergées doit être appréhendée de manière relative. En effet, la population hébergée en Belgique est globalement plus dépendante qu'en France avec une forte proportion de personnes hébergées située en « classe C belge », ce qui équivaut aux GIR 1, 2 et 3 en France.

En 2005, les 1 575 personnes âgées hébergées en Belgique proviennent principalement des départements du Nord (80 %), Nord-Pas-de-Calais (7 %), Ardennes (5 %) et Meurthe-et-Moselle, Aisne, Somme, Marne, Paris, Pays-de-la-Loire et Normandie (8 %)²¹¹. Selon les projections démographiques de l'INSEE, même si ces départements ne sont pas les plus âgés de France, ils devraient connaître un accroissement du nombre de personnes âgées. En 2050, la population de plus de 75 ans du Nord-Pas-de-Calais devrait être multipliée par 2,6 et celle de plus de 85 ans par 3,8. Par conséquent, les flux inter frontaliers devraient augmenter conjointement. Toutefois, cette tendance reste difficile à estimer car les chiffres fluctuent. En effet, entre 2004 et 2005, ces migrations ont diminué de 8 %²¹².

Plusieurs facteurs incitent les français à se tourner vers la Belgique pour trouver une réponse d'hébergement. Tout d'abord, la situation géographique des départements du Nord de la France entraîne des comportements particuliers. Les habitants sont habitués à franchir la frontière franco-belge car la Belgique est considérée comme une continuité du territoire français. Dès lors, au moment d'une institutionnalisation, l'état d'esprit reste le même et les proches n'hésitent pas à chercher une réponse en Belgique si elle s'avère être plus simple et plus proche de leur domicile. C'est particulièrement le cas lorsque les entrées en établissement sont réalisées dans l'urgence. Les familles s'orientent alors vers l'offre la plus accessible, soit parfois en Belgique. Dans ce cas, la distance est en moyenne de quinze à vingt kilomètres. Parallèlement, il semblerait que le choix de la Belgique soit également lié à sa qualité d'hébergement, elle-

²¹⁰ GALLET C. (2009) *Ouvrage cité*

²¹¹ GALLET C. (2009) *Ouvrage cité*

²¹² GALLET C. (2009) *Ouvrage cité*

même inhérente à l'encadrement du personnel. En effet, les chiffres indiquent 0,22 Equivalents Temps Plein (ETP) par lit en Belgique contre 0,18 ETP par lit en France (Tableau n°14). La Belgique semble mieux placée par rapport à la France pour le personnel de soins (0,15 ETP contre 0,03 ETP par lit) alors qu'elle est moins bien lotie pour l'hôtellerie (0,13 ETP contre 0,06 ETP par lit).

Tableau 14 - Comparaison du personnel (ETP) entre les établissements français et belges

	France - EHPA	Belgique - MR
Administration	0,015	0,015
Soins	0,03	0,15
Hôtellerie	0,13	0,06
Total agents/lits par fonction	0,18	0,22

Sources : chiffres de l'OFBS, Rapport C. Gallet, l'hébergement des personnes âgées et des personnes handicapées françaises en Belgique, 2008

Toutefois, ces chiffres sont à interpréter avec précaution car les normes relatives à la classification de la dépendance et à l'encadrement professionnel ne sont pas identiques entre les deux pays. Si la Belgique possède 13 à 14 lits pour 1 000 habitants contre 8,4 lits pour la France, ce décalage s'explique en partie par les différences de seuil d'âge retenu. La Belgique prend comme référence un cadre de desserte en lit d'hébergement de 100 habitants de plus de 60 ans alors que la France raisonne en fonction d'une desserte de 100 habitants de plus de 75 ans pour un lit. De plus, ces chiffres sont à relativiser car l'entrée en institution se fait souvent à 80 ans, voire 85 ans plutôt qu'à 60 ans, comme nous le démontrerons un peu plus loin en partie 4.1.2.2 du chapitre 4 (Livre 2).

Si le nombre de places d'hébergement semble plus important en Belgique qu'en France, il semblerait également qu'elle propose un hébergement à moindre coût. Bien entendu, il faut garder à l'esprit que le financement de la dépendance entre ces deux pays est différent. En France, le coût de la prise en charge se divise en fonction de trois tarifs (hébergement, dépendance et soins) alors qu'en Belgique, ce coût se décompose uniquement selon l'hébergement et les soins. Pour les résidents français, la caisse primaire d'assurance maladie de Tourcoing fait l'intermédiaire²¹³. En Belgique, une personne paye entre 37 et 40 euros par jour et l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité belge (INAMI) prend en charge entre

²¹³ GALLET C. (2009) *Ouvrage cité*

26 et 36 euros par résident. Ainsi, une personne âgée paye en moyenne entre 1 150 et 1 250 euros par mois (hors frais de produits d'incontinence et de médicaments spécifiques à sa pathologie), soit entre 1 350 et 1 400 euros par mois tout compris. En France, une personne âgée paye en moyenne 59 euros par jour, soit un montant total d'hébergement de 1830 euros par mois en 2005. Par conséquent, le coût est entre 30 % et 35 % plus élevé en France qu'en Belgique.

De manière générale, les structures belges sont plus petites, plus médicalisées, plus encadrées, plus souples qu'en France et accompagnent davantage les personnes dans leur parcours. Elles ont une capacité moyenne de soixante lits, même s'il existe des écarts entre le déclaré et le réel. De plus, les procédures administratives sont plus simples et plus rapides en Belgique qu'en France²¹⁴. A titre d'exemple, l'autorisation pour l'ouverture d'une structure belge prend environ six mois alors que ce délai se situe entre trois et sept ans en France. En France, les mises aux normes sont de plus en plus exigeantes et très contraignantes. Les investisseurs se trouvent rapidement démotivés tant par ces exigences que par la longueur des délais d'accord de construction.

Tous ces éléments rendent compte des différences de prise en charge et des avantages que peut représenter un hébergement en Belgique lorsque l'on est domicilié à proximité de la frontière franco-belge. Ces comportements obligent la France et la Belgique à mener des réflexions communes dans le but d'harmoniser la prise en charge des personnes âgées et de pouvoir recenser les informations. Par conséquent, cette démarche implique une harmonisation des niveaux de dépendance, l'utilisation d'outils communs, le recensement des personnes hébergées (sexe, âge, degré de dépendance...) et l'harmonisation des demandes d'hébergement (dossier unique et identique)²¹⁵ afin de faciliter le croisement des données et de bénéficier de résultats comparables. Ces pistes doivent permettre d'obtenir une meilleure visibilité de la consommation des personnes âgées et de pouvoir ajuster l'offre à la demande. Depuis la publication du rapport de Cécile GALLEZ en 2009, des mesures sont progressivement menées en ce sens, tant du côté belge que du côté français. Pour la première, l'idée d'un dispositif unique de conventionnement des structures belges permettrait de faciliter la prise en charge des français en Belgique. Pour la seconde, il s'agit de créer des places d'hébergement supplémentaires pour garantir une place institutionnelle à ses ressortissants fragiles. Car même

²¹⁴ GALLET C. (2009) *Ouvrage cité*

²¹⁵ GALLET C. (2009) *Ouvrage cité*

si l'hébergement des français âgés en Belgique soulage la France en termes d'installation de places en établissements, cette dynamique entraîne une fuite économique et par conséquent une perte de consommation et de revenus (DAVEZIES L., 2008). En effet, les migrations des retraités et des personnes dépendantes ont un impact économique territorial. Autant le passage à la retraite renvoie une image favorable, autant les populations plus âgées « du 4^{ème} âge » représentent une image plus négative²¹⁶. Dans le premier cas, l'installation de retraités dans une commune signifie que leurs revenus vont participer à l'économie locale. Dans le second cas, cette dernière tranche d'âge est associée aux sources de dépenses liées aux aides et aux coûts de prise en charge de la dépendance, notamment avec le versement de l'APA par le conseil général. Pourtant, la prise en charge des personnes âgées dépendantes représente une dynamique économique, un vivier d'emplois important, c'est à dire une économie résidentielle positive.

2.4.4 Les migrations des plus âgés et leur rôle dans la dynamique économique territoriale

Au passage à la retraite, les personnes âgées sont de plus en plus considérées comme un atout économique. Elles s'installent dans des zones périurbaines ou rurales et redonnent une certaine dynamique aux petites villes. Elles constituent une population permanente qui réduit les effets saisonniers sur les activités économiques. Ainsi, le revenu des retraités représente un facteur de revenu territorial important. En 2004, ces derniers pèsent un peu moins d'un quart des ressources des ménages imposables sur l'ensemble de la population²¹⁷. Cette recette est particulièrement significative dans les zones touristiques du Sud de la France et au sein des départements littoraux, non seulement parce que ce sont des territoires peu actifs et peu productifs, mais également parce qu'ils séduisent les retraités. Les revenus des retraités ne sont pas dépensés dans les régions d'origine des retraités mais sont investis au sein de leurs nouveaux espaces résidentiels. Ainsi, ce sont les dépenses alimentaires (élevées chez les retraités), celles relatives au logement (qui font travailler les professionnels du secteur) et les dépenses liées à la consommation médicale et paramédicale qui sont les plus développées²¹⁸. Toutes ces dépenses jouent un rôle très important dans l'économie régionale et ont un effet

²¹⁶ DAVEZIES L. (2008) *La République et ses territoires, la circulation invisible des richesses*, La république des idées, Ed. Seuil, 110p.

²¹⁷ DAVEZIES L. (2008) *La République et ses territoires, la circulation invisible des richesses*, La république des idées, Ed. Seuil, 110p.

²¹⁸ PIHET C. (2003) *Vieillir aux Etats-Unis une géographie sociale et régionale des personnes âgées*, Coll. Géographie sociale, Presses universitaires de Rennes, 253p.

positif dit « contracyclique » qui atténue les fluctuations en périodes de crise²¹⁹. De plus, ces consommations entraînent un développement des métiers artisanaux et libéraux, des emplois qualifiés et bien rémunérés, qui de surcroît, ont un effet dynamisant sur les autres secteurs de l'économie locale. De ce fait, ces revenus résidentiels équilibrent les pertes financières relatives aux baisses d'activités agricoles ou industrielles. C'est le cas de certains départements tels que la Creuse où 35 % des revenus sont composés des pensions de retraite, les Pyrénées-Orientales (34 %) ou encore la Nièvre ou le Lot (33 %)²²⁰. Le revenu des retraités représente donc un facteur important dans la croissance des revenus locaux, même si cette affirmation ne s'applique pas partout de la même manière. En effet, ces ressources peuvent au contraire constituer un facteur de sous-développement lorsque les revenus des retraités sont bas, dans lesquels leur consommation est réduite et où les emplois de services se développent moins (Seine-Saint-Denis, Nord-Pas-de-Calais...)²²¹. De plus, certaines personnes âgées autochtones à ces régions touristiques restent à l'écart de cette configuration. Ils résident généralement dans les espaces ruraux et au sein des petites villes. Ce sont souvent d'anciens ouvriers, agriculteurs ou pêcheurs qui ne bénéficient pas de revenus suffisants pour faire face à la hausse permanente des prix de l'immobilier²²². Cette interprétation de « l'économie résidentielle » (DAVEZIES L. 2008), montre l'influence économique que peuvent représenter les personnes âgées (entre autres) sur un territoire.

L'économie résidentielle se définit comme un ensemble d'activités économiques destinées à la consommation de la population résidant sur ce même territoire. Les activités résidentielles qui constituent cette consommation locale peuvent entrer en concurrence les unes avec les autres mais elles ne subissent pas de concurrence internationale. De plus, cette économie est directement en lien avec la population du territoire sur lequel elle est implantée, ce qui fait qu'elle ne peut pas être délocalisée. L'économie résidentielle s'appuie sur le modèle de la théorie de la base économique. Cette dernière a été développée au début du 20^{ème} siècle par Werner SOMBART, sociologue allemand et stipule que : « *le développement des territoires dépend de deux mécanismes : leur capacité à capter du revenu de l'extérieur de leurs frontières (c'est ce qu'on appelle la Base ou revenus basiques) et celle à redistribuer ces revenus basiques* »

²¹⁹ PIHET C. (2003) *Ouvrage cité*

²²⁰ DAVEZIES L. (2008) *Ouvrage cité*

²²¹ DAVEZIES L. (2008) *Ouvrage cité*

²²² PIHET C. (2003) *Ouvrage cité*

dans leur économie locale sous la forme de dépenses de consommations »²²³. La « théorie de la base économique » permet de développer une lecture territoriale particulière. DAVEZIES L. étudie ainsi la manière dont un territoire capte des revenus et prend en compte quatre types de mécanismes : la base productive, la base publique, la base sociale et la base résidentielle²²⁴. Parmi ces mécanismes, on retrouve les revenus sociaux de transfert des habitants qui regroupent les aides diverses (indemnités journalières de maladie et de maternité, RSA, minimum vieillesse, allocations logements, consommation médicale...), les pensions de retraite (base résidentielle) ainsi que les revenus. Tous ces revenus participent au développement du territoire car ils sont réintégrés dans l'économie locale par le biais de la consommation des individus. Ils favorisent la création d'emplois et d'activités domestiques (production de biens et services) et par conséquent, participent au développement d'un territoire. D'autant que le secteur domestique permet d'intégrer des publics peu qualifiés sur le marché du travail. C'est pourquoi, si les revenus des personnes âgées sont injectés dans l'économie résidentielle, leur lieu de résidence est déterminant dans le développement d'un territoire. La présence de personnes âgées, dépendantes ou non, favorise ainsi le développement d'activités de commerce de détail et de services qui doivent être installés à proximité de leur lieu de résidence.

Depuis quelques années, les services à la personne (entretien du domicile, aides aux personnes âgées ou handicapées, gardes d'enfants...) sont en forte expansion et entraînent une croissance du nombre d'emplois du secteur. Cette progression est en grande partie liée aux activités à domicile envers les personnes âgées et seront amenées à se densifier pour répondre à une demande croissante et de plus en plus diversifiée. En milieu rural, l'offre doit s'adapter à la demande. En effet, il est rare d'avoir plusieurs demandeurs pour un service identique ce qui fait qu'en campagne, l'offre doit être polyvalente pour satisfaire l'ensemble de la population. Cette polyvalence permet de développer des activités spécifiques qui entraînent ensuite une mobilité plus importante des prestataires. Dans ces conditions, le marché peut se développer et désenclaver progressivement le milieu rural²²⁵.

Plusieurs exemples illustrent la dynamique de l'économie résidentielle, aussi bien en France que dans d'autres pays. En France, la communauté de communes de « Bourganeuf - Royère de

²²³ BAUDET S. (2011) *Dossier économie résidentielle : du diagnostic à la stratégie*, Centre de ressources du développement territorial, réseau rural français, p. 6, 40p.

²²⁴ DAVEZIES L. (2008) *Ouvrage cité*

²²⁵ DAVEZIES L. (2008) *Ouvrage cité*

Vassivière » témoigne de l'adaptation des activités face à la demande du public âgé. Cette communauté est située dans le Limousin au Sud-Ouest de la Creuse, à 25 kilomètres de Guéret et à 50 kilomètres de Limoges. Elle connaît un vieillissement prononcé sur son territoire compte tenu d'une « accumulation relative » car les jeunes partent et les personnes âgées restent. Ainsi, la population âgée de plus de 60 ans représente 37 % de la population totale de la Creuse. Elle connaît un solde négatif (-1,06 %), un solde migratoire positif (+0,32 %) et un taux de variation annuel de population de -0,8 % pour la période 1990-1999²²⁶. Face à cette situation, la communauté de communes de « Bourganeuf - Royère de Vassivière » a mis en place plusieurs initiatives en collaboration avec les communautés de communes voisines (Creuse, Thaurion, Gartempe). D'abord, en matière de prise en charge de la dépendance, ce territoire bénéficie d'une association d'aide à domicile, d'un service de portage de repas grâce à la maison de retraite de Royères ainsi que de deux SSIAD. La communauté de communes possède également trois établissements (Bourganeuf, Royères, Monteil) pour un total de 244 lits. La présence de retraités et de personnes âgées sur ce territoire représente un impact économique conséquent car leur consommation entraîne une économie locale et dynamise le secteur de l'emploi. Les services destinés aux personnes âgées (institution et domicile) représentent 8 % des emplois, ce qui correspond pour la seule commune de Bourganeuf à 141 emplois (sur 1 765 personnes actives âgées de 15 à 64 ans²²⁷). Face au vieillissement de ce territoire et aux besoins associés, la communauté de communes de Bourganeuf est innovante dans le domaine de l'aide à domicile. Dès 1991, elle prévoit la signature de contrats locaux d'objectifs établis entre la Préfecture, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et les établissements, instaurant le début d'une collaboration entre les institutions et les professionnels de la santé. En 1995, un réseau « ville/hôpital » est mis en place, associant un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) et une coordination gériatrique. Parallèlement, la présence du centre hospitalier de Bourganeuf représente un atout de proximité pour les personnes âgées mais ces dernières permettent également sa pérennité. Cet hôpital favorise ainsi le lancement d'initiatives de coordination dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes âgées à la suite d'une hospitalisation.

²²⁶ VOLLET D., ROUSSEL V., HERVIOU S. (2007) Les retraités : *Quel impact socio-économique sur les territoires ? Illustration à partir de la zone de Bourganeuf dans la Creuse*, Région et développement n°26, p. 207-223

²²⁷ Données de la commune de Bourganeuf, visibles sur le site Internet de l'INSEE : http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES/DL/DEP/23/COM/DL_COM23030.pdf (dernière consultation le 30 juin 2014)

Un autre exemple illustre la théorie de l'économie résidentielle, celui des lotissements dédiés aux personnes âgées en France ou dans d'autres pays. Comme le signale PIHET C. (2010), ce concept vient des Etats-Unis avec les « *gated communities* » et le regroupement des individus par âge (PIHET C., 2003 ; PIHET C., VIRIOT-DURANDAL J-P., 2010). En Californie, en Floride et plus récemment dans l'Ohio dans la ville de « Conneaut », des lotissements ont été créés et ont permis de développer de nouveaux commerces, des services et des loisirs. Dès lors, cette offre a entraîné une nouvelle organisation spatiale²²⁸. Les promoteurs ont bien compris cette dynamique et ont associé les facteurs indispensables pour rendre ces lotissements attractifs et viables. Ainsi, les déplacements doivent être accessibles et bien organisés, la proximité d'un centre urbain est essentielle et certaines activités doivent être mises en valeur. Ce sont tous ces facteurs qui déterminent le lieu d'implantation des lotissements. Dès lors, des compagnies « bas prix » doivent être mises en place afin de desservir certaines régions et ces lotissements doivent être bâtis à proximité d'une ville pour proposer les équipements nécessaires à la vie de tous les jours (culture, services de santé...). Par exemple, les lotissements du Sud des Etats-Unis sont organisés autour d'un pôle d'activité comme un « country-club » ou un golf.

Depuis une dizaine d'années, ce concept américain s'exporte en France et rencontre un franc succès. Plusieurs promoteurs proposent ce type de résidences sous le nom de « Sénioriales », « Bleu résidences », « Jardins d'Arcadie »... Si l'on prend l'exemple des « Sénioriales », ce promoteur dispose d'une cinquantaine de résidences, organisées en maisons individuelles en villages et en appartements en ville²²⁹. La notion de proximité étant importante, elles se situent au cœur des villes, à proximité de commerces et de services ou dans des villages. Elles sont également implantées dans un périmètre d'une vingtaine de kilomètres d'un centre hospitalier. La plupart des résidences est située dans le Sud de la France et près des littoraux. Toutefois, face à leur succès, elles se développent progressivement dans le reste du pays pour permettre aux personnes qui le souhaitent de rester au sein de leur région (Figure n°23). Ces habitations sont disponibles à l'achat ou à la location. En village, 80 % des habitants sont propriétaires alors qu'en ville (en appartements), la plupart des habitants sont locataires. Ce projet d'habitation naît généralement aux alentours de 65 ans et l'emménagement se réalise vers 66-67 ans. Les personnes qui vivent au sein de ces résidences ont trois souhaits : confort, sécurité et

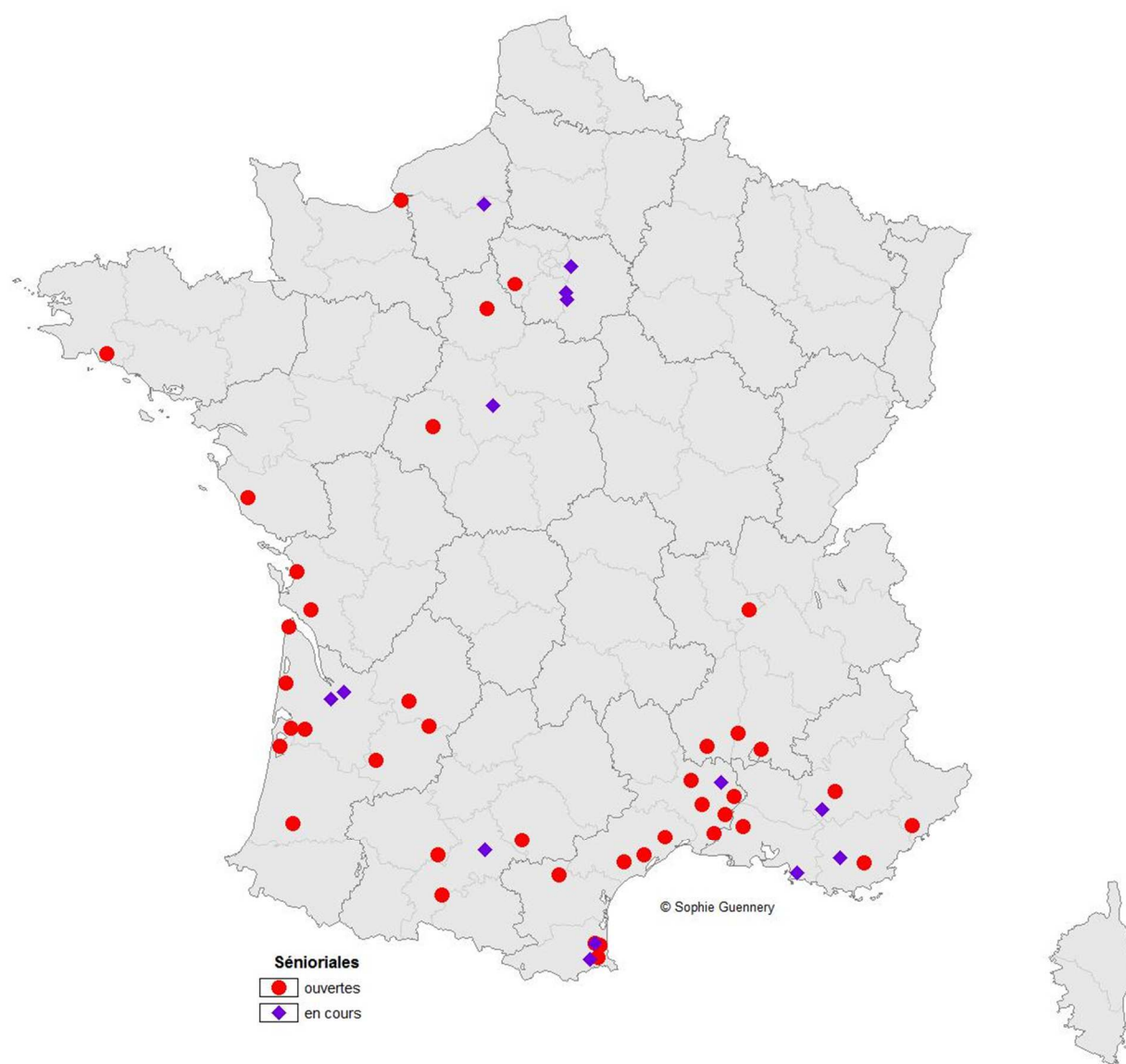
²²⁸ PIHET C., sous la direction de BURGEL G. et MACE J-M. (2010) Bien vieillir aux Etats-Unis : mobilités résidentielles et territoire en mouvement, *Les territoires de la santé*, Ville en parallèle n° 44, p. 75-94

²²⁹ Données sur le site Internet : www.senioriales.com, Rubrique « Voir toutes nos résidences »

convivialité²³⁰. Les logements sont alors conçus spécifiquement pour faciliter les déplacements, pour limiter les contraintes d'entretien et pour optimiser l'espace. Ainsi, les maisons sont de plain-pied, sans marche, les salles de bain sont équipées de douches, les volets sont électriques, les logements sont équipés d'une climatisation, les équipements électriques sont accessibles par une commande centralisée... Les résidences bénéficient de matériaux modernes et adaptés aux normes actuelles (THPE Très Haute Performance Énergétique, Label BBC Bâtiment Basse Consommation). De plus, depuis 2010, les constructions sont conformes à la norme Accessibilité « PMR » (Personne à Mobilité Réduite). Ces résidences mettent en avant la sécurité des habitants. En effet, chaque lotissement est clôturé et l'entrée est équipée d'un portail électrique et d'une caméra. L'accès principal est contrôlé par la présence d'un personnel. Au sein des villages, un gardien jardinier est logé sur place. Il veille sur la résidence et assure l'entretien des parties communes. En ville, un réceptionniste régisseur assure une permanence et accueille les visiteurs. Il coordonne également les services et les animations au sein de la résidence.

²³⁰ Interview du Directeur « Sénioriales » sur France Info le 25 novembre 2012

Figure 23 - Localisation des résidences « Sénioriales » en France en 2013



Sources : Données Sénioriales 2013

D'un point de vue général, l'objectif de ces résidences est de proposer des activités, un accompagnement, un confort de vie adapté à l'avancée en âge et une logistique dont les personnes âgées n'ont plus envie de s'occuper. Ainsi, les activités sont mises en place pour favoriser le contact et les échanges entre les personnes, choses qu'elles n'auraient peut-être pas eu en ville. Toutefois, l'autonomie est respectée et chacun s'organise comme il le souhaite. Selon les résidences, les habitants ont ainsi à disposition une salle de sport, un boulodrome, un espace multi-activité, une bibliothèque... Les animateurs proposent également des sorties à l'extérieur de la résidence (randonnées, ateliers théâtre...). Ils peuvent aussi bénéficier de services pratiques tels que la livraison de repas, la livraison de médicaments, de services de

bricolage, de coiffure... Bien entendu, ce confort et ces services ont un coût. Pour les « Sénioriales », le prix moyen d'un appartement est de 250 000 euros pour 80m² et 150 000 euros pour un logement de 50m². A cela s'ajoute des charges mensuelles situées entre 140 et 180 euros²³¹. En location, l'enseigne les « Villages d'Or » proposent des locations pour un montant moyen mensuel de 550 euros²³². Ces budgets sont conséquents et laissent présager une certaine ségrégation car toutes les personnes âgées ne peuvent pas prétendre à de tels investissements pour bénéficier de ces prestations.

Ces différents exemples (commune de Bourgneuf, lotissement de « Conneaut », Sénioriales) montrent bien que la présence de personnes âgées sur un territoire représente des effets positifs, tant pour les services aux retraités que pour les aides aux personnes plus dépendantes. Cette population permet de maintenir une activité locale et des emplois. Ces territoires ont tout intérêt à développer l'accueil des retraités pour stimuler le développement local. Les retraités s'installeront volontiers sur un territoire, qu'il soit rural ou non, jeune ou vieillissant, s'ils savent qu'ils seront correctement pris en charge plus tard. D'autant que ce qui améliore la vie des personnes âgées peut également profiter aux autres générations. Résider dans une ville qui comporte des logements adaptés aux personnes âgées convient également aux jeunes familles avec enfants²³³. Ce phénomène évite ainsi l'exode vers les communes proches des pôles urbains et redynamise des territoires peu attractifs. De plus, ces zones, plutôt résidentielles que productives, représentent une réelle opportunité d'emploi pour les individus, y compris les moins qualifiés²³⁴. Enfin, le développement de nouveaux services et produits, notamment financiers, profiteront finalement à l'ensemble de la population²³⁵.

Conclusion chapitre 2

La France suit la même dynamique que de ses voisins européens, tant par son évolution démographique que par ses modes de prise en charge. Depuis une vingtaine d'année, elle attache une attention particulière à améliorer le maintien à domicile, non seulement pour

²³¹ Brochure les Sénioriales, 2013

²³² LITZLER J-B. Vivre dans une résidence pour seniors, combien ça coûte ? Article *Figaro* du 21 mars 2013

²³³ LE PEN C. (2011) Le vieillissement est surtout dans nos têtes ! *La tribune*, 5 janvier 2011, visible sur le site Internet de La Tribune : <http://www.latribune.fr/opinions/20110105trib000589039/le-vieillissement-est-surtout-dans-nos-tetes-.html> (dernière consultation le 31 août 2014)

²³⁴ DAVEZIES L. (2008) *La République et ses territoires, la circulation invisible des richesses*, La république des idées, Ed. Seuil, 110p.

²³⁵ LE PEN C. (2011) *ouvrage cité*

respecter le souhait des personnes âgées mais également dans un souci de réduction des dépenses publiques nationales. Dans les décennies à venir, elle sera toujours confrontée au vieillissement de sa population et à l'augmentation de ses dépenses liées à la dépendance. D'autant qu'elle fait partie des pays qui consacrent le plus de budgets à la prise en charge de la vieillesse et de la dépendance. Arrivera-t-elle à faire perdurer cette tendance ? Là est tout l'enjeu des politiques actuelles. Aujourd'hui, les crédits alloués au secteur de la prise en charge des publics fragiles (personnes âgées), lors du budget voté au sein du Plan de financement de la sécurité sociale de 2013, vont en ce sens puisqu'ils ont augmenté de 4,6 % entre 2012 et 2013. Nous y reviendrons plus en détails au cours du chapitre 5 de ce premier livre.

Les objectifs d'une prise en charge adéquate et adaptée aux souhaits des personnes âgées n'est pas propre à la France et prend une dimension internationale. En effet, depuis une trentaine d'années, des actions telles que le « plan d'action international sur le vieillissement » confirment que certains pays, dont la France, adhèrent à des objectifs et à des préconisations communes pour ensuite les intégrer au sein de leurs propres programmes. Enfin, la planification sanitaire et médico-sociale doit aujourd'hui tenir compte des flux de personnes âgées, tant interdépartementaux qu'à l'échelle internationale. A première vue, ces relations transfrontalières ne posent pas de problèmes particuliers mais elles entraînent tout de même une perte de dynamisme économique (emplois et services). Il faut donc être vigilant à ne pas laisser échapper un potentiel de revenus et d'emplois et considérer au contraire le public âgé comme une opportunité de relancer l'économie locale (DAVEZIES L., 2008). Le vieillissement ne doit plus uniquement être considéré au travers d'une approche quantitative et doit désormais prendre en compte les dimensions qualitatives liées aux personnes âgées. Cette tranche de population doit être intégrée au sein de l'espace public et l'on doit pratiquer un « vieillissement actif » pour permettre à chaque personne âgée d'avoir accès au bien-être, car finalement, la notion de « vieillissement » est relative ! « *Ce qui compte pour l'activité économique, sociale, culturelle, c'est l'âge social et non l'âge biologique* »²³⁶.

²³⁶ LE PEN C. (2011) Le vieillissement est surtout dans nos têtes ! *La tribune*, 5 janvier 2011, visible sur le site Internet de La Tribune : <http://www.latribune.fr/opinions/20110105trib000589039/le-vieillissement-est-surtout-dans-nos-tetes-.html> (dernière consultation le 31 août 2014)

CHAPITRE 3 Les principales entités administratives du système de prise en charge en faveur des personnes âgées dépendantes

Le secteur médico-social recouvre une offre diversifiée de structures, de professionnels et de prestations pour faire face aux besoins des personnes âgées. Sa gestion, son fonctionnement et son financement dépendent de différents acteurs et de plusieurs entités chacune à une échelle différente.

Quels sont ces acteurs ? Quelles sont leurs compétences et comment interviennent-ils dans le domaine de la prise en charge de la dépendance ?

3.1 Le Conseil Général : acteur et pilote d'une politique gérontologique

Depuis la loi du 2 mars 1982, chaque instance (communes, départements, régions) dispose de ses propres compétences. A cette époque, la circulaire « Franceschi » du 7 avril 1982 préconisait déjà la mise en place d'un plan gérontologique à l'échelle du département pour favoriser un système de coordination²³⁷. L'article 2 de la loi du 6 janvier 1986 modifiait la loi du 30 juin 1975 et confirmait que le schéma était arrêté par le conseil général. La loi du 2 janvier 2002 vient réformer cette organisation et introduit la responsabilité conjointe du conseil général et du préfet pour adopter un schéma départemental. Si au départ le conseil général ne dispose que d'un rôle de gestionnaire des actions en faveur des personnes âgées, il devient progressivement le principal acteur de la planification gérontologique. La loi relative « aux libertés et responsabilités locales » du 13 août 2004, dite « acte II de la décentralisation » précise clairement que « *le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale les actions menées par les différents intervenants, définit les secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public* »²³⁸. Le département se retrouve ainsi au cœur du développement social. Ses responsabilités ne concernent plus uniquement la programmation et le conventionnement des équipements mais il gère désormais l'attribution des prestations d'aide sociale, il intervient dans l'économie du vieillissement (financement de l'APA) et dans le développement social. En matière de politique

²³⁷ SANCHEZ J-L., LATTY A. (2003) *Réussir l'observation gérontologique, vieillissement et cohésion sociale*, ODAS, Ed. Dunod, Paris, 128p.

²³⁸ TIZON P., sous la direction de PALARD J., VEZINA J. (2007) *Décentralisation et organisation départementale de l'action gérontologique en France (1982-2005), Vieillesse : santé et société, défis et perspectives, compte-rendu de la troisième édition des rencontres Champlain-Montaigne*, Québec, 4-6 mai 2005, Ed. Les Presses de l'université de Laval, Canada, p.131-146.

gérontologique, il opère désormais dans le domaine de l'aide sociale, du maintien à domicile et de la coordination des actions en faveur des personnes âgées. Il a également à charge « les prestations d'aides légales et d'aides sociales », telles que l'APA. Au travers du schéma gérontologique départemental, il intervient dans la réflexion et la mise en place des services et des équipements en faveur des personnes âgées. Il mesure l'offre et la demande afin d'en définir des objectifs. Il dresse un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre de services sociaux et médico-sociaux et évalue l'évolution des besoins de la population âgée. Le conseil général fixe des objectifs et des actions relatives à la création, la transformation ou la suppression d'établissements et de services. Enfin, le département encadre le fonctionnement des CLIC, qui eux-mêmes, sont chargés de renseigner et d'orienter les personnes âgées vers la réponse la plus appropriée par rapport à leurs besoins. Toutes ces fonctions sont réalisées par le biais du PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC²³⁹). Par ailleurs, ce dernier est arrêté pour une durée de cinq ans et est révisé tous les ans. Ces objectifs doivent impérativement s'inscrire au sein des priorités de la CNSA et être compatibles avec les enveloppes budgétaires annuelles. Enfin, le Président du conseil général assure d'autres rôles comme celui de la présidence du COmité DEpartemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA).

Le secteur social représente le pôle d'interventions et de dépenses le plus important des conseils généraux. En 2011, les dépenses totales nettes d'aide sociale s'élèvent à 31,1 milliards d'euros en France, soit une hausse de 0,7 % par rapport à 2010. Parmi ces dépenses, le secteur des personnes âgées occupent le deuxième poste budgétaire avec 6,8 milliards d'euros en 2011²⁴⁰, soit 0,2 % du PIB total français (PIB France en 2011 : 2 778 milliards d'euros selon le tableau n°9)

L'annonce de la suppression des départements d'ici 2017 réalisée par le Président de la République le 6 mai 2014²⁴¹ questionne quant à l'organisation de l'action sociale. En effet, le transfert des prestations sociales risque de se révéler très complexe. Est-ce que ce rôle serait

²³⁹ Le PRIAC est mis en place suite à l'article 58 de la loi 2005-102 du 11 février 2005. Selon cet article, « *Il a pour objectif l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accompagnement collectif médico-social au sein de la région, afin de garantir l'équité territoriale dans l'accès aux droits et à la compensation* ».

²⁴⁰ LEROUX I. (2013) *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2011*, DREES n°835, 6p.

²⁴¹ REVAULT D'ALLONNES D. (2014) François Hollande accélère la refonte territoriale, Article Le Monde du 5 juillet 2014, Visible sur le site Internet Le Monde : http://www.lemonde.fr/politique/article/2014/05/07/francois-hollande-accelere-sa-refonte-territoriale_4412762_823448.html (dernière consultation le 31 août 2014)

confié aux grandes agglomérations ? Dans ce cas, comment organiser la mission locale en milieu rural. Est-ce que les départements pourraient devenir des établissements publics et un prestataire de services en fonction des demandes des intercommunalités et de l'Etat ? Cette réforme annonce de grandes modifications structurelles et financières complexes pour les différentes échelles décisionnelles, en particulier pour l'échelon départemental.

3.2 L'Agence Régionale de Santé : un rôle de coordination

L'Agence Régionale de Santé (ARS) assure à l'échelle régionale le pilotage du système de santé. Depuis sa création (Loi HPST 2009), l'agence regroupe plusieurs organismes chargés de différentes missions de santé au sein des régions et des départements telles que les Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS et DRASS), les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Désormais, elle représente un interlocuteur unique et constitue ainsi un intermédiaire entre l'Etat et les départements. Elle veille à ce que les objectifs nationaux soient appliqués aux échelles plus fines (départements, communes...), ce qui fait qu'elle travaille de plus en plus conjointement avec les conseils généraux. En effet, elle doit non seulement veiller à ce que les actions départementales soient cohérentes mais elle doit également rendre des comptes au niveau national (Figure n°24). A titre d'exemple, les ARS intègrent désormais le PRIAC, dont l'objectif est de programmer les actions et les financements en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie, et de maintenir une correspondance entre ce dernier, le Projet Régional de Santé (PRS) et le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social (SROMS). Au final, les SROMS constituent une interface entre les objectifs locaux et les orientations politiques nationales.

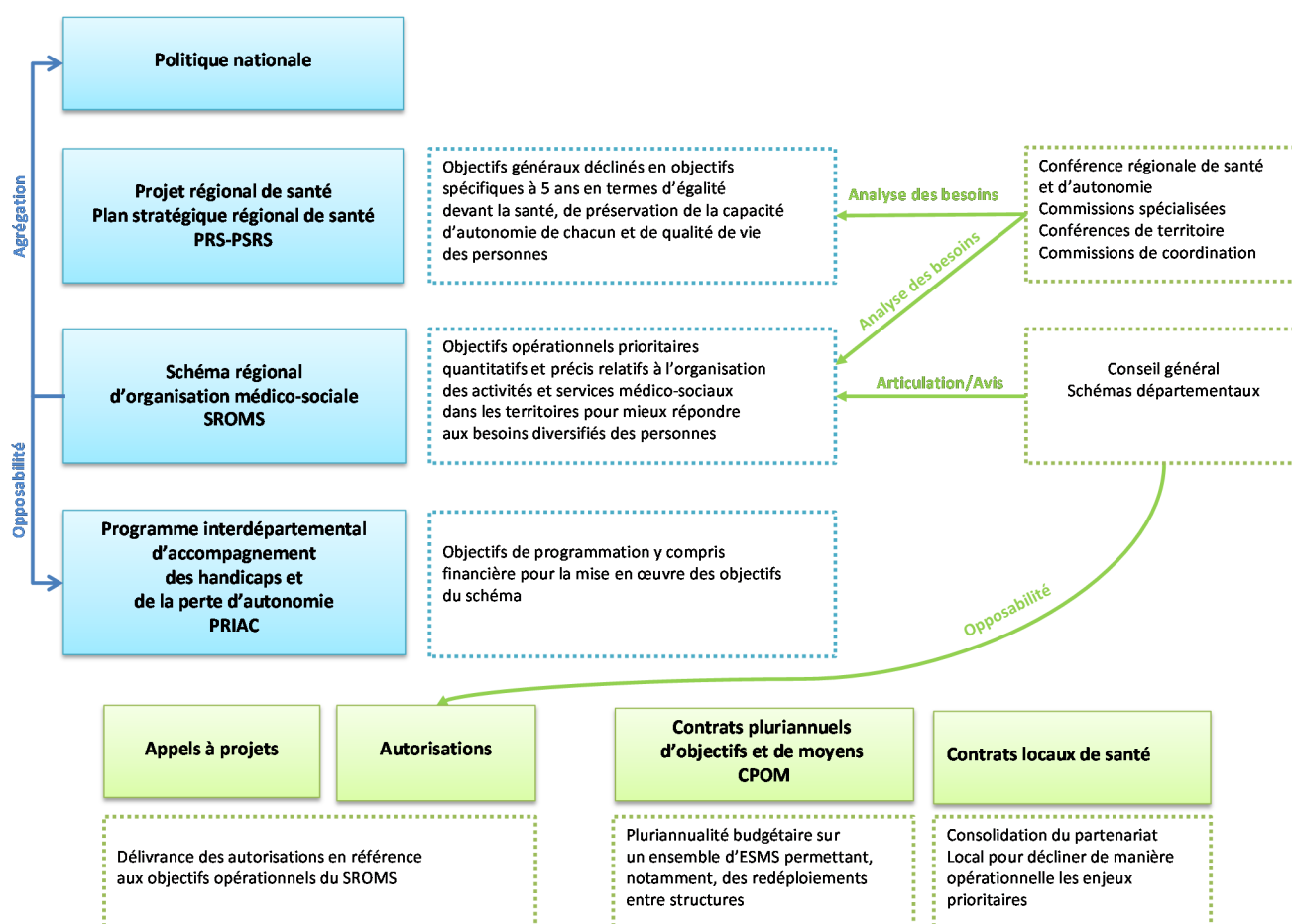
L'ARS est responsable de la sécurité sanitaire, des actions de prévention et de l'organisation de l'offre de soins, y compris de celle des EHPA. Elle a à charge de fluidifier le parcours de soins des individus, ce qui fait qu'elle doit réunir l'ensemble des acteurs du parcours de santé des personnes âgées (sanitaires, sociaux et médico-sociaux). Elle doit non seulement simplifier les procédures pour les professionnels, mais également garantir un accès équitable des soins à l'ensemble des individus ainsi qu'une coordination entre les professionnels et les établissements sanitaires et médico-sociaux sur le terrain. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, les ARS ont un rôle très important à tenir en matière de coordination des soins dédiés aux personnes âgées dépendantes. Pour cela, elles assurent le pilotage du « Projet Personne Âgée en Risque

de Perte d'Autonomie » (PAERPA) sur le parcours de soins de ce public, dont l'initiative a été lancée en janvier 2013 par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé²⁴². Ce projet est pour l'instant expérimental au sein de quelques régions pilotes (trois arrondissements de l'Est parisien en Île-de-France, la Mayenne en Pays-de-Loire, les Hautes-Pyrénées en Midi-Pyrénées, le Grand-Nancy en Lorraine, les environs de Loches et l'Indre-et-Loire dans le Centre, le Valenciennois-Quercitain dans le Nord-Pas-de-Calais, autour de Bordeaux pour l'Aquitaine et aux environs d'Ussel et en Corrèze pour le Limousin). Il s'agit d'évaluer le parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans et de mesurer les allocations nécessaires à leur prise en charge. Les objectifs sont d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants, d'adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie et de mettre en place des conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs. Ces différents axes d'amélioration doivent non seulement permettre une meilleure adéquation de la prise en charge des personnes âgées mais également de diminuer les finances publiques suite aux passages inutiles aux urgences.

La réforme territoriale et le redécoupage des régions administratives aura inévitablement des répercussions sur l'administration de la santé. Si la loi HPST obligeait jusqu'alors chaque région à disposer d'une ARS, ces dernières sont désormais vouées à diminuer. Dès lors, il est indispensable d'anticiper non seulement les réponses aux besoins de la population mais également l'organisation de l'administration du système de santé. D'autant que si ce nouveau découpage peut éventuellement tenir compte des dimensions démographiques, historiques, culturelles..., il ne tient pas compte des dimensions sanitaires. Dès lors, les impacts seront indéniables. Des régions comme la Picardie-Champagne-Ardenne, qui additionne des problèmes déjà existants où les besoins de santé sont importants et où l'offre d'hébergement est plus faible qu'ailleurs, annoncent des problèmes importants. Il en est de même pour la nouvelle région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin qui cumulerait des distances importantes, des problèmes d'accessibilité aux équipements et un vieillissement important. Comment alors organiser une planification équitable pour l'ensemble de la population ? L'administration de la santé qui a connu de grands bouleversements ces dernières années laisse présager un avenir incertain.

²⁴² MOUNIER C., WAQUET C. (2013) *Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*, IGAS, 85p.

Figure 24 - Les différents outils de planification médico-sociale



Sources : ANAP, CNSA, Anticiper et comprendre, Le secteur médico-social Comprendre pour agir mieux, Juillet 2013

3.3 La commune et le centre communal d'action sociale : des acteurs locaux

Les politiques gérontologiques ont toujours concerné le niveau local, c'est-à-dire, la commune. Certaines d'entre elles n'hésitent pas d'ailleurs à définir leur propre schéma. Une enquête de la DREES réalisée en 2002 montre que huit communes sur dix développent des actions en faveur des personnes âgées (portage de repas...) ²⁴³. Toutefois, cette articulation n'est envisageable que si en amont, les objectifs concordent avec les orientations départementales, et selon une planification réalisée en collaboration avec les autres communes.

Les communes interviennent principalement pour la création ou la transformation d'établissement (maisons de retraite, foyers-logements), dans l'aide à domicile (aide-ménagère, soins à domicile...) et dans la coordination des services en lien avec les CLIC. Les communes

²⁴³ DUTHEIL N. (2002) *L'action sociale des communes : premiers résultats*, DREES Etudes et résultats n°195, 4p.

ont un rôle important en matière de coordination gérontologique car elles se fondent sur une réalité locale et sur un territoire bien déterminé. Cette échelle locale est donc adaptée à l'identification des besoins des personnes âgées, notamment en termes d'aides et d'emplois de proximité²⁴⁴.

La municipalité est représentée par le conseil municipal et le maire. Ce dernier (ou l'un de ses représentants) assure la présidence des établissements sociaux et médico-sociaux de la commune. Depuis les années 1990, le développement de l'intercommunalité a permis au secteur social de se développer. En effet, à partir de cette période, les collectivités territoriales peuvent se réunir pour exercer leurs compétences sous différentes formes, dont la plus répandue est « l'établissement public de coopération ». En matière de dépendance, la commune revêt plusieurs responsabilités. Elle traite et statue sur les demandes d'aide sociale. Lors de situation d'urgence, c'est elle qui décide de l'admission d'une personne au sein d'un établissement d'hébergement. Elle arrête également l'attribution de l'aide-ménagère et de la domiciliation des personnes sans domicile fixe. De plus, elle assure la gestion du développement des aides à la personne et du soutien à domicile (portage de repas, aide-ménagère...). Enfin, la municipalité possède des compétences facultatives comme la mise en œuvre de l'APA et de l'aide sociale si une convention est établie avec le conseil général.

Chaque Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) est rattaché à une commune et c'est le maire de cette dernière qui en est le Président du conseil d'administration. Le CCAS intervient ainsi à l'échelle communale et dispose d'un budget et d'un personnel spécifique. De manière générale, un CCAS assure une mission de prévention et de développement social au sein de sa commune et représente l'acteur local de l'action sociale. Dans le domaine des personnes âgées et de la dépendance, le CCAS possède de multiples fonctions. Il évalue les besoins sociaux de la population (en particulier âgée) et il intervient dans l'instruction des demandes d'aides sociales légales pour ensuite les transmettre au conseil général, à la préfecture ou aux organismes de sécurité sociale. De plus, les CCAS jouent un rôle important en matière de politique sociale et d'aides sociales facultatives (secours d'urgence, chèques d'accompagnement personnalisé...). Enfin, si un CCAS passe une convention avec le conseil général, il peut assurer certaines fonctions supplémentaires, comme l'instruction des dossiers d'aide sociale. Les CCAS et les Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS) sont

²⁴⁴ SANCHEZ J-L., LATTY A. (2003) *Réussir l'observation gérontologique, vieillissement et cohésion sociale*, ODAS, Ed. Dunod, Paris, 128p.

représentés par l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS) aux niveaux départemental, régional, national et européen. Le conseil d'administration de cette dernière est composé d'adjoints au maire et des vice-présidents des CCAS des communes. Elle représente la quasi-totalité des communes de plus de 10 000 habitants, 80 % des communes de 5 000 à 10 000 habitants et environ 2 000 communes de moins de 5 000 habitants²⁴⁵. Elle bénéficie d'une expertise de terrain grâce à ses acteurs (élus, professionnels de l'action sociale et représentants d'associations). Elle a pour rôle, non seulement, d'établir un lien avec les institutions et les partenaires de l'action sociale mais également de participer aux débats nationaux afin de promouvoir une politique d'action sociale adaptée.

La réforme territoriale et la suppression des départements entraîneront aussi, à cette échelle locale, de grands bouleversements structurels du secteur social. En conséquence, les communes et les communautés de communes, qui représentent déjà « l'échelle opérationnelle de proximité », verront certainement leurs compétences renforcées en matière de gestion sociale.

3.4 Les organismes de sécurité sociale : un engagement de plus en plus important dans le maintien à domicile

La Sécurité Sociale possède une branche spécifique dédiée aux personnes âgées, la branche vieillesse qui assure la gestion des retraites et des pensions de réversion. Parallèlement, au sein des régimes d'assurance sociale obligatoire, le régime général de sécurité sociale comprend la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS). Outre le fait que ces organismes gèrent l'aspect financier des pensions et du remboursement des soins, les branches vieillesse et maladie de la sécurité sociale réalisent des études sur le vieillissement de la population. En effet, certaines pathologies de la population âgée devenant récurrentes, ces recherches ont pour objectif de connaître les dépenses liées aux pathologies, puis de réfléchir à la mise en place de politiques préventives. Ces organismes statuent également sur l'indemnisation de la population selon le degré de dépendance car, si les personnes âgées en GIR 1 à 4 bénéficient de l'APA (versée par le département), les personnes en GIR 5 et 6 bénéficient d'aides financées par les caisses de retraite. Toutefois, la CNAV peut intervenir en complément de l'APA auprès des personnes les plus dépendantes.

Face à l'augmentation de son implication financière en faveur des personnes âgées, la CNAV reporte progressivement une partie de son action sociale sur la prévention de la perte

²⁴⁵ UNCCAS (2011) *La dépendance : un enjeu de solidarité nationale*, UNCCAS, 48p.

d'autonomie. De plus, certaines caisses d'assurance maladie et certaines caisses de retraite apportent un soutien financier de plus en plus important pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées (aide-ménagère, SSIAD...).

3.5 La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : un rôle d'accompagnement et d'équité territoriale

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), dont la création remonte à la loi du 30 juin 2004 afférant à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, remplace le Fonds de Financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (FFAPA) depuis la loi n° 2004- 626. Cette loi a été modifiée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, puis par la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le rôle de la CNSA est non seulement, de piloter l'ensemble des acteurs, des prestations et des budgets relatifs à la prise en charge des personnes âgées dépendantes mais également de financer les actions innovantes en faveur des publics fragiles (dépendants et handicapés). Ainsi, le rôle de cette entité est d'atténuer le cloisonnement des secteurs (séparations des responsabilités, incohérences institutionnelles...) qui se retrouvent pénalisés pour pouvoir apporter une réponse adéquate aux personnes dépendantes. La CNSA fonctionne selon des conventions d'objectifs signées avec l'Etat et est constituée de différents représentants (associations, conseil général, organismes de protection sociale, représentants de l'Etat...). Son budget se divise en deux sections. La première finance les aides individuelles (APA, PCH) et le fonctionnement des nouvelles maisons départementales des personnes handicapées. La seconde est utilisée pour l'offre collective (établissements, services). En amont, la CNSA évalue les besoins régionaux et estime le montant des dotations annuelles à destination des établissements et des services médico-sociaux en faveur du public dépendant. Elle en définit ensuite le montant des dotations régionales et départementales à affecter. Elle consacre également une petite partie de son budget à la recherche, aux études et aux actions innovantes pour développer et améliorer les réponses en matière d'accompagnement de l'autonomie des personnes, aussi bien à domicile qu'en établissement.

Les ressources de la CNSA proviennent de deux origines (Figure n°25). En premier lieu, elle reçoit des crédits de l'assurance maladie, par le biais de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) médico-social qui représente 80 % du budget et qui est voté chaque année par le Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS). En second

lieu, elle perçoit des ressources de la Contribution Solidarité Autonomie (CSA) ainsi qu'une fraction de 0,1 point de la Contribution Sociale Généralisée (CSG)²⁴⁶ (environ 18 % du budget). Les 2 % restant proviennent de ressources telles que le reversement de l'assurance vieillesse, des produits de trésorerie et des reprises de provisions²⁴⁷. Selon le budget primitif établi pour 2013, le budget de la CNSA représente 21,1 milliards d'euros²⁴⁸. La CSA (journée de solidarité), la CSG et la Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA) participent à hauteur de 3,7 milliards d'euros au financement de la perte d'autonomie. La CASA représente 0,15 % en 2013 et devrait être de 0,30 % dès 2014. Elle devrait rapporter 350 millions d'euros en 2013 et le double en 2014. La première année, elle est affectée au fonds de solidarité vieillesse et sera ensuite directement versée à la CNSA en 2014. La CASA est créée selon l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale 2013. Elle est prélevée depuis le 1^{er} avril 2013 à hauteur de 0,3 % sur les pensions de retraite, de préretraite (pour les salariés et non-salariés) et sur les pensions d'invalidité. Les pensionnés non-imposables ou soumis à un taux réduit de CSG (3,8 %) sont exonérés de cette contribution²⁴⁹.

La CNSA verse une enveloppe de 2,3 milliards d'euros aux départements dont 74 % participent au financement de l'APA (1,7 milliards d'euros). Parallèlement, elle attribue des financements aux établissements et aux services des ARS, qu'elle répartit de manière équivalente entre le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées avec respectivement 9,3 et 9 milliards d'euros (Figure n°26).

Une petite partie des ressources de la CNSA (300 millions d'euros) est affectée à des projets courts (plusieurs mois ou plusieurs années) ; à des actions de formation (modules spécifiques...) et d'accompagnement des salariés (validation des acquis d'expérience ; à la mise en place de démarches qualité ; à la création de nouveaux services, etc). Tous ces projets sont encadrés par des conventions départementales signées entre l'Etat et le conseil général, voire d'autres acteurs du territoire concerné lorsque cela est nécessaire.

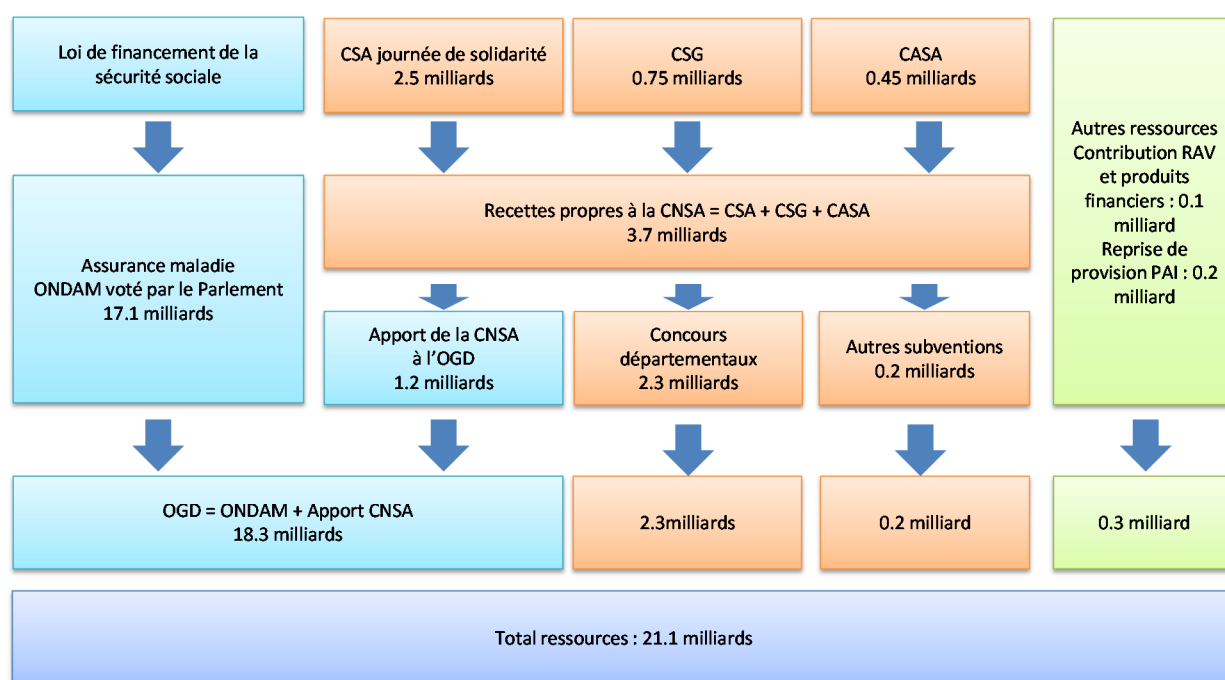
²⁴⁶ Selon l'INSEE, la CSG représente « un impôt dû par les personnes physiques domiciliées en France pour l'impôt sur le revenu. C'est un prélèvement à la source sur la plupart des revenus, son taux variant selon les types des revenus et la situation de l'intéressé ». Cette contribution sert à « financer une partie des dépenses de Sécurité sociale relevant des prestations familiales, des prestations liées à la dépendance, de l'assurance maladie et des prestations non contributives des régimes de base de l'assurance vieillesse ».

²⁴⁷ CNSA, Rapports d'activité de la CNSA de 2012

²⁴⁸ CNSA, ouvrage cité

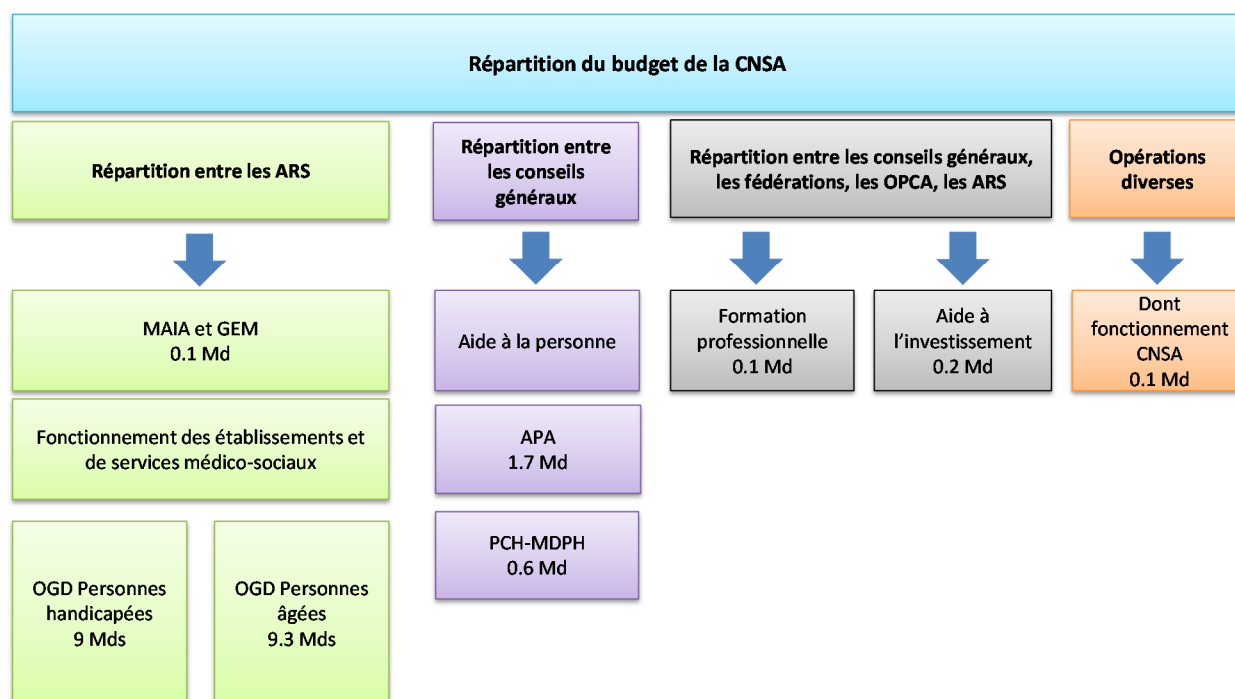
²⁴⁹ Données disponibles sur le site Internet de la sécurité sociale : <http://www.securite-sociale.fr/Contribution-additionnelle-de-solidarite-pour-l-autonomie-CASA,2992> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

Figure 25 - Budget primitif de la CNSA pour 2013



Sources : Rapport d'activité de 2012 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Figure 26 - Répartition du budget primitif de la CNSA pour 2013



Sources : Rapport d'activité de 2012 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

La CNSA a un objectif principal, celui de veiller à mener des actions de proximité auprès des personnes âgées. Elle a un rôle de conciliation et de mise en œuvre des politiques nationales, d'accompagnement et d'équité territoriale.

3.6 Le premier réseau français pour le maintien à domicile

L'Union Nationale de l'Aide et des services à domicile (UNA) a été fondée le 17 janvier 1970 et représente le premier réseau français pour le maintien à domicile. Son rôle est de mener une politique de maintien, de soutien et d'accompagnement des personnes âgées à domicile. Elle représente le premier réseau français d'aides, de soins et de services à domicile. Au 31 décembre 2010, l'UNA regroupe 1 100 structures adhérentes réparties sur l'ensemble de la France (y compris les départements d'Outre-Mer)²⁵⁰, par le biais de services prestataires, mandataires et de SSIAD. La plupart de ces structures sont des associations mais l'UNA regroupe également des entités publiques territoriales (CCAS, services municipaux), des organismes de mutuelle, des fondations et des comités « Croix Rouge ». Ces structures mettent à disposition une palette de services à domicile pour répondre aux besoins de la population, le principal objectif de l'UNA étant de garantir un accès aux soins, des aides et des services à domicile auprès des personnes âgées et des personnes fragiles (handicapées, malades, particuliers et familles en difficultés).

En 2010, l'UNA dispose d'un réseau de 130 000 professionnels et a soutenu 775 000 personnes. Cette activité représente environ 110 millions d'heures d'interventions (tous publics confondus)²⁵¹. Depuis 2010, associée à la CNSA, l'UNA est très active dans la mise en place d'une démarche qualité auprès des structures du réseau et des prestations apportées aux personnes fragiles. Ainsi en 2010, 35 % de son réseau bénéficie d'une certification NF « Services aux personnes à domicile » et concerne 23 % des salariés du secteur. Elle a pour objectif de certifier l'ensemble de son réseau d'ici 2020 pour promouvoir un réseau fiable auprès des publics fragiles. Depuis le 8 mars 2008, toujours en partenariat avec l'Etat et la CNSA, l'UNA accompagne la modernisation du réseau de services à domicile. Dès 2009, un budget de neuf millions d'euros lui a été alloué (ressources provenant de l'Etat et de la CNSA) pour développer des actions de modernisation telles que le développement de bonnes pratiques, la formation, l'évaluation et la prévention des risques du personnel...²⁵². Cette coopération doit permettre à l'UNA de disposer de données sur les activités du secteur pour ensuite pouvoir améliorer la prise en charge des personnes fragiles et adapter l'offre en fonction d'une demande en constante évolution (augmentation de la dépendance, maintien à domicile).

²⁵⁰ Données visibles sur le site Internet de l'UNA : <http://www.una.fr/3908-S/a-propos-una.html>, Rubrique « A propos d'UNA » (dernière consultation le 31 juillet 2014)

²⁵¹ Données visibles sur le site Internet de l'UNA : <http://www.una.fr/3908-S/a-propos-una.html>, Rubrique « A propos d'UNA » (dernière consultation le 31 juillet 2014)

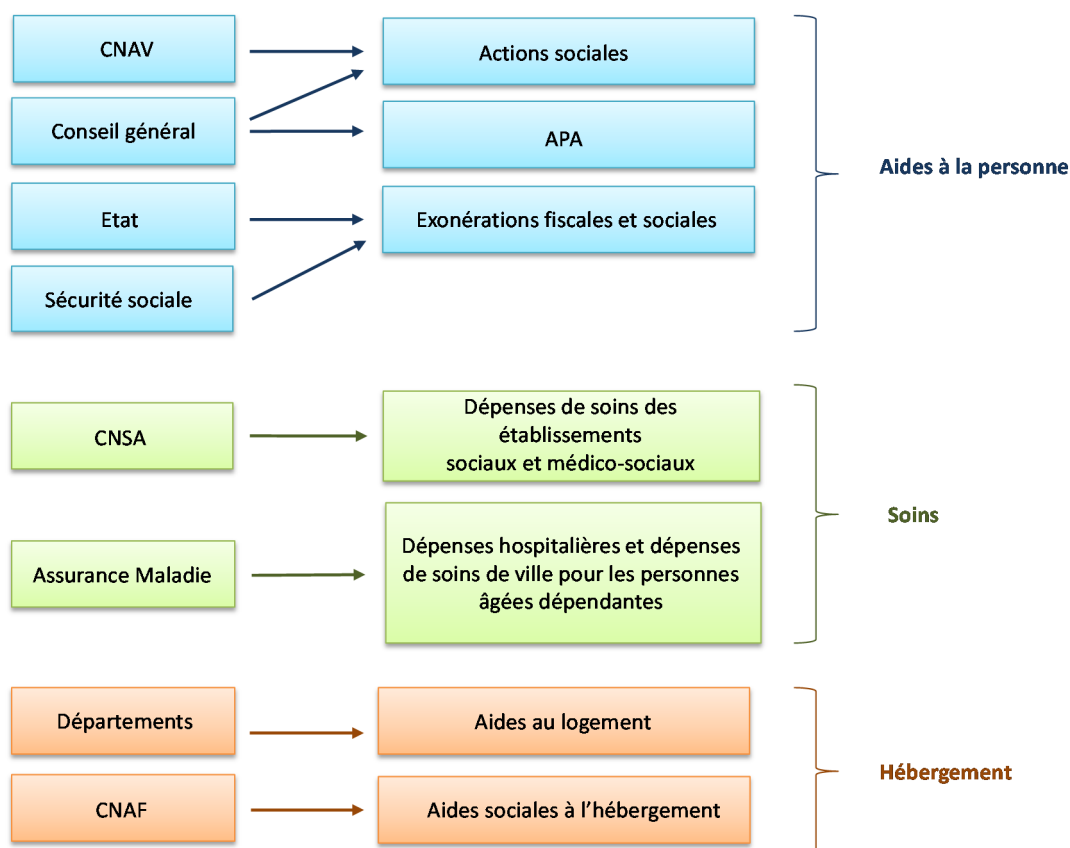
²⁵² Données visibles sur le site Internet de l'UNA : <http://www.una.fr/3908-S/a-propos-una.html>, Rubrique « A propos d'UNA » (dernière consultation le 31 juillet 2014)

3.7 Le comité départemental des retraités et des personnes âgées

Le Comité National des Retraités et des Personnes Âgées (CNRPA) et le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA) représentent deux entités à deux échelles différentes (niveau national et départemental), dont l'objectif est de mener des réflexions et de donner un avis sur toutes les questions relatives aux retraités et aux personnes âgées. Le CNRPA a été créé par le décret n°82-697 du 4 août 1982. Présidé par le ministre chargé des personnes âgées, le CNRPA représente une instance administrative consultative et participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de solidarité nationale concernant le public âgé. Le CNRPA est consulté par le Ministre chargé des personnes âgées sur différents thèmes comme la prévention de la perte d'autonomie, le soutien à la dépendance, le maintien à domicile, la coordination gériatrique ou encore sur les études et les programmes à mettre en place. Le CNRPA anime des commissions régionales, et chaque année, il remet un rapport sur l'évolution de la place des retraités et des personnes âgées au sein de la société. Parallèlement, le CODERPA est une instance consultative sous l'autorité du Président du conseil général. Il est composé de différents représentants (représentants des retraités et des personnes âgées, associations, professionnels, financeurs...). Il constitue un lieu de dialogues, de réflexions et de propositions et intervient sur différents projets concernant les personnes âgées (prévention, coordination gériatrique, qualité de services...).

Tous ces acteurs, participent à l'organisation administrative et/ou financière de la prise en charge de la dépendance selon différentes échelles. D'un point de vue strictement financier, ils se regroupent en trois principaux ensembles : les aides à la personne, les soins et l'hébergement. Ainsi, la CNAV, le conseil général, l'Etat et la Sécurité sociale financent les aides à la personne. La CNSA et l'assurance maladie financent les soins. Enfin, les départements et la CNAF financent les aides à l'hébergement (Figure n°27).

Figure 27 - Financeurs des prestations relatives à la dépendance



Sources : Rapport Vasselle 2011

Conclusion chapitre 3

L'organisation de la prise en charge des personnes âgées dépend de différentes entités, chacune compétente dans l'évaluation, la gestion et le financement de la dépendance. On assiste à un emboîtement d'échelles d'interventions et de compétences qui participent à la réponse des besoins médico-sociaux. Tous ces acteurs ont un même objectif, celui d'améliorer la prise en charge des plus fragiles. Toutefois, ces entités sont nombreuses et rendent ce secteur peu lisible. En effet, les mesures publiques souhaitent optimiser l'action publique, les logiques d'organisation et de fonctionnement territorial mais elles sont encore confrontées à une fragmentation et à des découpages sectoriels qui engendrent des problèmes de coordination entre les professionnels²⁵³. Il faut donc rester vigilant à ne pas créer d'autres entités au risque d'ajouter des couches de compétences supplémentaires. Au contraire, il faut simplifier la

²⁵³ VIRIOT-DURANDAL J-P., PIHET C., CHAPON M-P. (2012) *Les défis territoriaux face au vieillissement*, La documentation française, 183p.

planification. Et c'est bien dans cet objectif que la réforme territoriale souhaite supprimer certains échelons et alléger ce millefeuille territorial.

CHAPITRE 4 Les prestations en faveur des personnes âgées

Pour faire face à la dépendance, et lorsque leurs revenus sont insuffisants, les personnes âgées peuvent avoir recours à des prestations pour financer des aides et/ou des services, aussi bien en établissement qu'à domicile.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) représente la principale prestation dont les personnes âgées peuvent bénéficier pour faire face à la dépendance. Parallèlement, d'autres prestations existent pour aider à financer un hébergement (aide sociale à l'hébergement) ; permettre d'adapter un logement, se munir de matériels (avantages fiscaux et réduction de TVA) ou encore de participer au financement de l'emploi d'un professionnel à domicile (exonération de cotisation sociale).

4.1 Les aides sociales en faveur des personnes âgées

L'aide sociale relève principalement des conseils généraux depuis les lois de décentralisation de 1982. Elle englobe les prestations destinées aux personnes qui ne peuvent pas faire face à un besoin en raison de la vieillesse, d'un handicap ou de difficultés sociales. Par conséquent, son champ d'intervention est large et regroupe les aides aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance et aux personnes en situation de précarité. Les conditions d'accès à l'aide sociale dépendent de l'article 111-1 du Code de l'Action Sociale et de la Famille et définit que « *toute personne résidant en France bénéficie, si elle remplit les conditions légales d'attribution, des formes de l'aide sociale telles qu'elles sont définies par le présent code* ». Parmi les prestations destinées aux personnes âgées, on distingue les aides « légales » et les aides « extra légales ». Les premières dépendent d'une procédure et sont accordées aux personnes qui remplissent des critères fixés par la loi et les secondes sont variables et sont mises en place en fonction des objectifs de chaque conseil général. Les aides légales comprennent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH), l'aide-ménagère en nature, les frais de portage de repas ou encore les avantages fiscaux. Quant aux aides extra légales, il s'agit par exemple des cartes « Améthystes », des cartes « Rubis »... qui permettent de bénéficier de réductions dans les transports en commun.

Le financement de l'aide sociale dépend principalement du conseil général, même si l'Etat et les caisses de retraite versent une participation financière pour certaines prestations telles que l'APA. A contrario, les aides extra légales sont uniquement financées par les conseils généraux.

Au 31 décembre 2011, 3,5 millions de prestations sociales sont distribuées par les départements (France métropolitaine), tout public confondu, dont le montant total représente 29,1 milliards d'euros (hors services communs et autres interventions sociales, hors frais de personnel à l'exception de ceux liés au RMI et au RSA), soit une croissance de +1,3 % par rapport à 2010 (en euros constants) ²⁵⁴. Les dépenses brutes dédiées uniquement aux personnes âgées représentent 27 % des dépenses globales d'aide sociale, soit 7,9 milliards d'euros pour 1,3 millions de bénéficiaires²⁵⁵. Par rapport à 2007, ce budget a progressé de +16,2 %, avec une stagnation (+1,8 %) entre 2010 et 2011 (Tableau n°15). Pour les mêmes périodes, les dépenses nettes en faveur des personnes âgées évoluent à la même vitesse. Leurs montants sont moins importants que les dépenses brutes car elles incluent les recours sur récupération des conseils généraux auprès des bénéficiaires de certaines aides (ASH, PSD) ; les recouvrements auprès de collectivités territoriales ; des remboursements de participations et de prestations ; des mandats annulés ou atteints par déchéance ainsi que des subventions. Ainsi en 2011, les dépenses nettes représentent 6,7 milliards d'euros, soit une croissance de +17,9 % entre 2007 et 2011 et une légère augmentation (+2,4 %) entre 2010 et 2011²⁵⁶.

Entre 2007 et 2011, le nombre de personnes âgées bénéficiant de l'aide sociale ne cesse d'augmenter (+14,3 %). Cette progression est plus importante pour les prestations délivrées à domicile (+16,8 %) que pour les aides à l'accueil (+11,3 %) (Tableau n°15). Au total, une grande partie des conseils généraux consacrent entre 40 % et 50 % de leurs dépenses sociales en faveur des personnes âgées, soit un montant équivalent à la moyenne métropolitaine (Figure n°28). Certains y consacrent plus de 60 % (Pas-de-Calais, Seine-Saint-Denis, Creuse, Aveyron, Hérault, Gers, Hautes-Pyrénées et Corse) et d'autres moins de 40 % (Oise, Seine-et-Marne, Charente-Maritime, Meuse ou Ain...).

²⁵⁴ AMAR E. (2013) *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2011*, DREES, série statistiques n° 182, 133p.

²⁵⁵ AMAR E. (2013) *ouvrage cité*

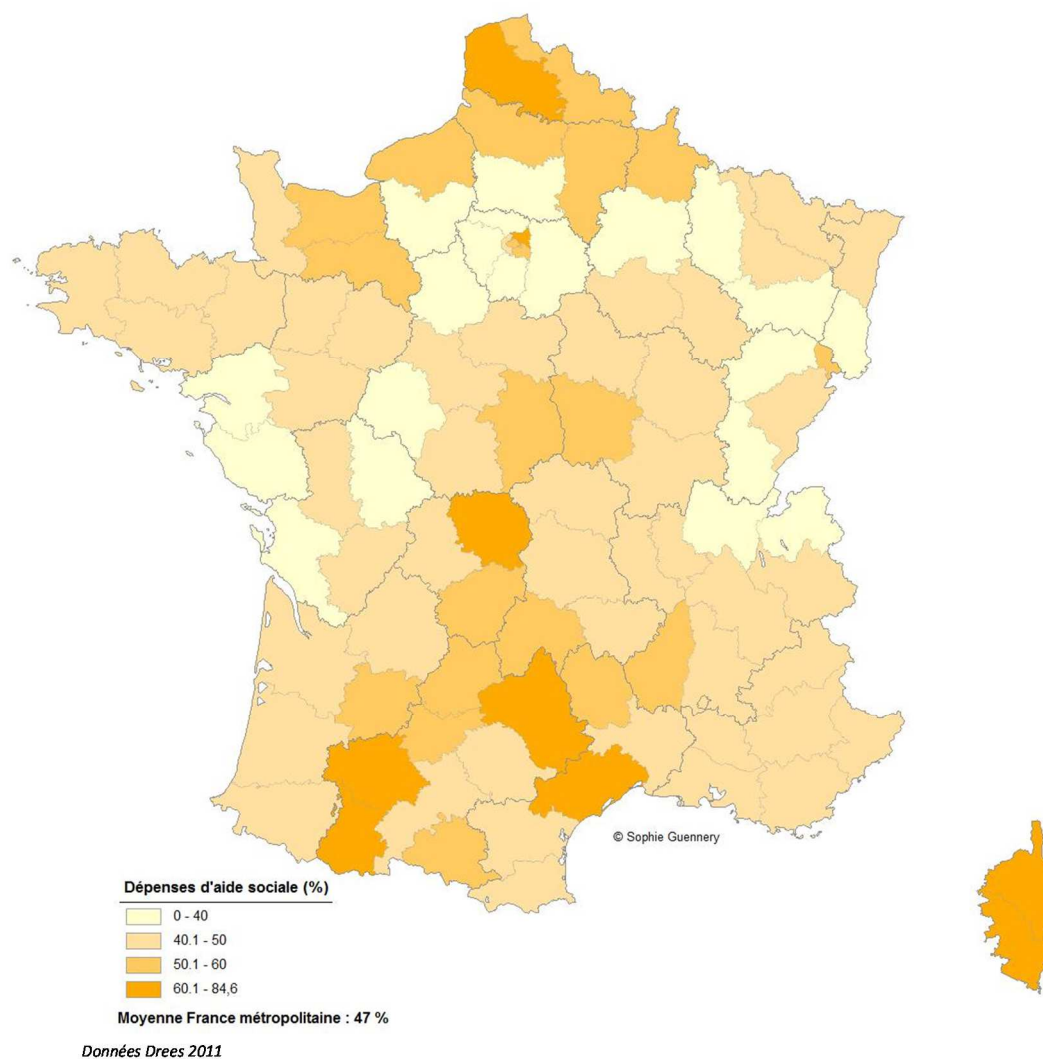
²⁵⁶ AMAR E. (2013) *ouvrage cité*

Tableau 15 - Aide sociale départementale en faveur des personnes âgées de 2007 à 2011

	Aide sociale aux personnes âgées					Évolution 2011/2010	Évolution 2011/2007
	2007	2008	2009	2010	2011		
Aide à domicile (APA, ACTP et PCH des 60 ans ou +, aides ménagères)	648 300	689 000	717 600	740 700	757 400	2,3%	16,8%
Aide à l'accueil (ASH, APA, Accueil familial)	529 500	545 600	560 900	574 100	589 300	2,6%	11,3%
Total bénéficiaires	1 177 800	1 234 600	1 278 500	1 314 800	1 346 700	2,4%	14,3%
Aide à domicile (APA, ACTP et PCH des 60 ans ou +, aides ménagères)	3 128	3 322	3 427	3 538	3 569	0,9%	14,1%
Aide à l'accueil (ASH, APA, Accueil familial)	3 557	3 729	3 905	4 076	4 185	2,7%	17,7%
Total dépenses brutes (Millions d'euros)	6 867	7 238	7 564	7 838	7 979	1,8%	16,2%
Total dépenses nettes (Millions d'euros)	5 758	6 111	6 382	6 626	6 786	2,4%	17,9%

Sources : Dépenses d'aide sociale départementale en 2011, E. Amar, Drees, série statistique n° 182, Juillet 2013

Figure 28 - Dépenses départementales d'aides sociales en faveur des personnes âgées de plus de 60 ans en 2011



4.2 L'allocation personnalisée d'autonomie

Parmi les aides sociales destinées aux personnes âgées dépendantes, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) représente la principale prestation dont ce public peut bénéficier. Elle peut être octroyée aussi bien à domicile qu'en établissement.

4.2.1 Cadre général et conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie

L'APA a été adoptée avec la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002. Elle s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans qui résident à domicile ou en établissement, qui rencontrent des difficultés ou qui sont dans l'incapacité d'assurer les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, repas, habillage...). Son montant dépend du degré de dépendance (selon les groupes iso-ressources 1, 2, 3 et 4 de la grille AGGIR) et des ressources du bénéficiaire. Pour pouvoir prétendre à l'APA, les allocataires doivent attester d'une résidence régulière en France ou être titulaires d'un titre de séjour en cours de validité (un passeport en cours de validité pour les ressortissants de la communauté européenne et une carte de résidence ou un titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère). Les personnes sans domicile fixe peuvent également bénéficier de l'APA mais elles doivent être domiciliées auprès d'organismes agréés (CCAS, CIAS, CLIC, organisme régi par le code de la mutualité, d'un service d'aide à domicile ou en établissement agréé). En revanche, l'APA n'est pas versée aux personnes de nationalité française qui résident à l'étranger. A domicile, l'APA a pour objectif d'aider les personnes dépendantes à exécuter les actes de la vie courante et éviter l'institutionnalisation. Elle couvre les dépenses en nature telles que la rémunération des intervenants à domicile, l'accueil de jour, l'adaptation du logement, les aides techniques (non couvertes par la sécurité sociale)... En établissement, l'objectif de cette allocation est d'aider au financement de l'institutionnalisation. Pour cela, elle couvre le tarif « dépendance » de l'établissement dont le montant dépend du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire. La gestion de l'APA dépend du conseil général. Son attribution est réalisée lors d'une assemblée constituée et dirigée par le Président du conseil général et composée de trois représentants du département, de deux représentants des organismes de sécurité sociale conventionnés par le département ainsi que d'un membre d'un organisme public social ayant passé une convention avec le département dans le cadre de l'APA. A domicile, l'APA est versée par le département du lieu de résidence. En établissement, cette prestation est versée par le département dans lequel la personne a résidé au moins trois mois consécutifs avant son entrée en institution.

Dans les textes, selon l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles, la définition de l'APA est la suivante : « *Toute personne résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière* ».

Le calcul du montant de l'APA dépend des ressources de la personne qui sont de trois natures : les revenus déclarés lors de l'année de référence figurant sur l'avis d'imposition ou de non-imposition du foyer fiscal (ils intègrent le revenu du conjoint ou du concubin) ; les revenus soumis à prélèvement libératoire (article 125 A du code général des impôts) ainsi que le patrimoine « dormant » (biens immobiliers et mobiliers non exploités et non placés). Les ressources non prises en compte dans le calcul du montant de l'APA sont les placements sur les livrets A ; Codevi ; plans d'épargne logement ; livrets d'épargne populaire ; les capitaux qui n'entrent pas dans la définition du patrimoine dormant ; les rentes viagères destinées à se prémunir face à la dépendance ainsi que certaines prestations sociales (prestations en nature de l'assurance maladie, allocations de logement...). Pour un couple, l'estimation des ressources est particulière. Elle est divisée par 1,7 pour deux personnes résidant à domicile et divisée par 2 lorsque le couple vit en structure ou si l'un des membres du couple réside à domicile et l'autre en établissement. La loi n° 2001-647 (article L.232-14) stipule le principe de révision périodique de l'APA en cas de modification de la situation financière du bénéficiaire (décès, chômage, pension de retraite ou d'invalidité du conjoint, concubin ou la personne avec qui le bénéficiaire a conclu un PACS, divorce ou séparation). La réévaluation est effectuée à partir du premier jour du mois du changement de situation. Cette révision revient aux départements et peut être demandée par l'intéressé, son représentant légal ou le Président du conseil général. En établissement, cette révision est fixée par une convention pluriannuelle entre l'établissement, le Président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat.

L'APA représente une prestation personnalisée aussi bien à domicile qu'en établissement. Si le bénéficiaire est hospitalisé et quitte son logement ou l'établissement dans lequel il est hébergé, l'APA est alors versée pendant les trente premiers jours. Ensuite, son versement est suspendu.

Une absence pour convenance personnelle peut suivre les mêmes règles à condition que la structure d'hébergement soit préalablement informée de l'absence à venir.

Depuis sa mise en place, le nombre de bénéficiaires de l'APA ne cesse d'augmenter. Face à ce constat et dans un contexte de réduction des dépenses publiques, le gouvernement mène des réflexions pour tenter de maîtriser le budget de l'APA. L'une des pistes en suspens mais qui reste envisageable par le ministère des affaires sociales et de la santé reste la participation des personnes âgées, notamment par le biais du recours sur succession. A ce titre, plusieurs propositions ont déjà été effectuées mais actuellement aucun texte n'a encore été adopté. Le 13 décembre 2012, le Sénat a de nouveau rejeté une proposition visant à récupérer sur les successions supérieures à 150 000 euros les sommes versées au titre de l'APA²⁵⁷. En 2009, une proposition avait déjà été présentée pour un recours sur patrimoine d'un montant supérieur à 100 000 euros. Bien entendu, ces propositions entraînent beaucoup de réactions. Certains décideurs pensent que ce texte représente un élément de réponse face au financement de cette allocation. D'autres estiment que la compensation de la dépendance doit être financée par la solidarité nationale.

4.2.2 L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

L'attribution de l'APA repose sur des critères précis et mobilise l'intervention de différents acteurs. Non seulement, le futur bénéficiaire doit effectuer des démarches administratives mais une équipe médico-sociale doit réaliser une évaluation auprès de la personne pour ensuite calculer le montant de l'allocation en fonction du degré de perte d'autonomie.

4.2.2.1 Démarches pour bénéficier de l'APA à domicile

A domicile, l'APA peut être utilisée pour la rémunération d'un service (portage de repas, téléalarme, travaux d'adaptation du logement, fauteuil roulant, canne...) ou l'emploi d'une tierce personne (aide-ménagère, acte de la vie quotidienne...). Pour cela, le bénéficiaire peut recourir à un service prestataire, mandataire ou engager directement un salarié. L'allocataire dispose d'un délai d'un mois pour déclarer le ou les employés auxquels il fait appel dans le

²⁵⁷ Données visibles sur le site Internet du Sénat : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl12-092.html> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

cadre de son plan d'aides et doit conserver les justificatifs de dépenses techniques pour d'éventuels contrôles. Tout changement de situation doit être signalé au conseil général.

Pour une demande d'APA à domicile, une équipe médico-sociale effectue une visite au logement du demandeur. Cette visite a pour objectif de déterminer le degré de dépendance de la personne et d'évaluer ses besoins liés à sa perte d'autonomie. Cette évaluation tient compte du logement de la personne, de son environnement social et familial et permet d'établir les aides nécessaires au maintien à domicile. Le plan d'aides est aussi bien attribué pour une personne résidant à son propre domicile que séjournant avec sa famille ou dans une famille d'accueil agréée. Une fois l'évaluation réalisée, le Président du conseil général dispose d'un délai de deux mois pour notifier la décision à compter de la date de dépôt du dossier complet. Si ce délai est dépassé, l'APA est automatiquement accordée selon un montant forfaitaire en attendant la notification expresse de la décision d'attribution. L'équipe médico-sociale transmet une réponse par courrier au demandeur. Si ce dernier est classé en GIR 1 à 4, une proposition de plan d'aide et un montant de participation sont établis dans un délai de trente jours après la visite. Le demandeur dispose ensuite d'un délai de dix jours pour faire connaître son acceptation ou son refus de l'ensemble ou d'une partie du plan d'aides. En cas d'opposition, le demandeur reçoit une nouvelle proposition par courrier recommandé avec avis de réception dans les huit jours suivants. Ce dernier dispose alors de dix jours pour donner sa réponse. Le refus ou l'absence de réponse dans ces délais sont considérés comme un abandon de la demande. En revanche, si le demandeur est classé en GIR 5 à 6, il n'est pas éligible à l'APA et ne bénéficie pas de plan d'aides. L'équipe lui adresse tout de même un compte-rendu de visite et de conseils pour améliorer sa situation au sein de son domicile (aide-ménagère...). La notification de décision précise le délai de revalorisation de la situation de la personne, le montant mensuel de l'APA, la participation éventuelle du bénéficiaire et le montant du premier versement s'il y a une rétroaction des droits (en fonction de la date de dépôt du dossier). Le bénéficiaire dispose ensuite d'un délai d'un mois pour fournir les justificatifs d'aides relatifs à la rémunération du personnel engagé par le biais de l'APA. Ensuite, le versement de l'allocation à domicile débute à la date de notification de décision. Lorsque les démarches administratives sont réglées, l'APA est alors versée mensuellement. A tout moment, son montant peut être révisé sur demande de la personne, de son représentant, du Président du conseil général ou de l'équipe médico-sociale à domicile.

4.2.2.2 Calcul du montant de l'APA et de la participation du bénéficiaire

Le montant maximum du plan d'aides est calculé « sous conditions », c'est-à-dire, en fonction de la valeur de la « Majoration pour Tierce Personne » (MTP) et selon le degré de dépendance de la personne. Au 1^{er} avril 2014, les tarifs mensuels sont de 1 312,67 euros pour une personne classée en GIR1 ; 1 125,14 euros en GIR2 ; 843,86 euros pour le GIR3 et 562,57 euros pour le GIR4²⁵⁸. En cas de situation d'urgence, le montant de l'APA correspond à 50 % du montant mensuel du plan d'aide maximum du GIR1, soit 656,33 euros au 1^{er} avril 2014. La participation du bénéficiaire dépend également de ses ressources. Depuis le 1^{er} avril 2014, si une personne perçoit des revenus mensuels inférieurs ou égaux à 739,06 euros (0,67 fois la MTP), aucune participation n'est demandée (Tableau 16). Pour des revenus compris entre 739,06 euros et 2 945,23 euros mensuels (entre 0,67 et 2,67 fois la MTP), la participation varie entre 0 % et 90 % du montant du plan d'aide.

Tableau 16 - Calcul du montant de l'APA à domicile

Ressources du bénéficiaire	Participation du bénéficiaire
Inférieures ou égales à 739,06€	Pas de participation
Supérieures à 739,06€ et inférieures ou égales à 2 945,23€	La participation varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide
Supérieures à 2 945,23€	Participation égale à 90 % du montant du plan d'aide

Sources: Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014

Techniquement, le montant de participation de l'allocataire est calculé en fonction d'un indice représentatif du revenu mensuel situé entre 739,06 euros et 2 945,23 euros, auquel est appliqué un taux de participation entre 0 et 90 %. Le calcul est le suivant :

$$P = (R - IMi) / Imax$$

où :

P = Participation du bénéficiaire

R = Revenu de la personne

IMi = Indice minimum

²⁵⁸ Données visibles sur le site Internet du Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes : <http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/l-allocation-personnalisee-d,1900/l-allocation-personnalisee-d,12399.html> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

Imax = Indice maximum (différence entre l'indice de revenu le plus bas et l'indice de revenu le plus élevé), soit :

$$2\,945,23 - 739,06 = 2\,206,17$$

Parallèlement, la participation du bénéficiaire se calcule selon la formule suivante :

$$P = A \times \frac{R - (S \times 0,67) \times 90\%}{S \times 2}$$

où :

A = Montant du plan d'aides proposé

R = Revenu mensuel du bénéficiaire

S = Montant de la majoration pour tierce personne (entre 2,67 et 0,67)

Le coefficient égal à « 2 » est le résultat de la différence entre les valeurs « 2,67 » et « 0,67 »

Ensuite, le calcul de l'APA dépend du montant du plan d'aide et de la participation du bénéficiaire, dont la formule est la suivante :

$$APA = A - P$$

où :

A = Montant du plan d'aide

P = Participation du bénéficiaire

Dans la pratique, le département verse au bénéficiaire la différence entre le montant d'APA octroyé et sa participation. Ce type de formule évite les effets de seuil d'un barème par tranche de ressources. Selon le Ministère des affaires sociales et de la santé, il existe trois types de situations. Si le revenu du bénéficiaire est inférieur ou égal à 0,67 fois le montant de la MTP, l'APA est équivalente au montant du plan d'aide ($APA = A$). Si le revenu est compris entre 0,67 et 2,67 fois le montant de la MTP, l'APA est égale à la différence entre le montant du plan d'aide et la participation du bénéficiaire ($APA = A - P$). Enfin, si le revenu est supérieur à 2,67 fois le montant de la MTP, l'APA est égale au plan d'aide majorée de 10 % ($APA = A \times 10\%$). Lorsque le demandeur d'APA vit en couple, les ressources du conjoint, concubin ou de la personne avec qui ce dernier a conclu un PACS, sont également prises en compte dans le calcul du montant de l'APA. Si l'un des membres ou les deux membres du couple bénéficient de l'APA, les ressources de l'une ou des deux personnes sont alors prises en compte en divisant le total des revenus du couple par 1,7.

Au 31 décembre 2011, le montant moyen de l'APA à domicile représente 487 euros, soit une régression de -2,6 % entre 2002 et 2007 et de -1,6 % entre 2007 et 2011 (Tableau n°17). La participation des conseils généraux ne cesse de diminuer (-14,7 % entre 2002 et 2007 et -5,6 % entre 2007 et 2011) alors que de manière concomitante, la part laissée à la charge des bénéficiaires ne fait qu'augmenter pour cette période (+245,8 % entre 2002 et 2007 et +16,9 % entre 2007 et 2011)²⁵⁹.

Tableau 17 - Montant moyen mensuel de l'APA à domicile entre 2002 et 2011

	2002	2007	2011	Evolution 2002-2007 (%)	Evolution 2007-2011 (%)
A la charge du CG	484	413	390	-14,7	-5,6
A la charge du bénéficiaire	24	83	97	245,8	16,9
Ensemble	508	495	487	-2,6	-1,6

Sources : Enquête trimestrielle sur l'APA, Drees, 2011

4.2.2.3 L'APA en prison

L'objectif de l'APA étant d'établir une équité territoriale en matière de prise en charge de la dépendance, elle s'adresse également aux personnes âgées dépendantes en établissements pénitentiaires. Car ces derniers n'échappent pas à la croissance de la dépendance. Cette augmentation du nombre de personnes âgées au sein des prisons provient principalement de l'allongement des délais de détention et des peines prononcées. En 1997, 2 % des détenus étaient âgés de plus de 60 ans (1 104 personnes)²⁶⁰. Au 1er janvier 2008, ils étaient 3,7 % (2 364 personnes) et au 1^{er} janvier 2012, ils représentaient 3,9 % (2 565 individus) de la population incarcérée²⁶¹. Malgré cette croissance du nombre de bénéficiaires, il n'existe pas de recensement des APA versées en prison (âge, degré de dépendance, montants...).

La gestion de la prise en charge de la dépendance en prison reste difficile car le personnel pénitentiaire n'est pas formé pour l'encadrement de personnes vieillissantes et dépendantes et les établissements ne sont pas adaptés à ce type de prise en charge. Toutefois, une personne âgée détenue en établissement pénitentiaire peut bénéficier de l'APA au titre de la loi n°2001-

²⁵⁹ DREES (2011) *Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'allocation personnalisée d'autonomie auprès des conseils généraux*, Exploitation des données au 1^{er} juin 2011 n°2, DREES, 2p.

²⁶⁰ LECERF J-R. (2008) *Projet de loi pénitentiaire*, Rapport n° 143 (2008-2009), chapitre « le Handicap et les détenus »

²⁶¹ DELARUE J-M. (2013) Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport d'activités 2012*, Paris, Ed. Dalloz

67 du 20 juillet 2001 « *en faveur des personnes répondant à des conditions d'âge et ayant besoin d'être aidées dans les actes de la vie quotidienne* ». Les modalités d'attribution doivent simplement être adaptées aux règles d'organisation et de fonctionnement du milieu carcéral. Par conséquent, la procédure est encadrée par le directeur de l'établissement qui supervise l'intervention d'un service prestataire et l'attribution d'aides techniques. La demande est réalisée par le biais d'un certificat établi par le médecin de l'unité de consultation et de soins ambulatoires du service pénitentiaire d'insertion et de probation. Ce document est transmis au conseil général du département où se situe l'établissement pénitentiaire. Une fois acceptée, l'APA est directement versée au service d'aide à domicile retenu par l'établissement pénitentiaire.

Les critères d'attribution rejoignent ceux d'une personne résidant à domicile. Néanmoins, l'établissement pénitentiaire n'étant pas considéré comme le domicile de secours, l'allocation est versée par le département du lieu de résidence de la personne avant son incarcération. En cas d'inexistence d'un domicile de secours, une personne peut être domiciliée auprès de son établissement pénitentiaire (Article 30 - loi n° 2009-1436 du 24 Novembre 2009). Une fois les démarches effectuées, la mise en place du plan d'aides (intervention d'un service prestataire et attribution d'aides techniques) se réalise en accord avec le directeur d'établissement carcéral. Le milieu carcéral étant particulier, l'aide en faveur des personnes âgées demande encore des améliorations. Toutefois, quelques initiatives voient le jour. Par exemple, les départements du Calvados, du Doubs, du Jura et de l'Ille-et-Vilaine ont mis en place des conventions signées entre les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), les conseils généraux et les infirmières de soins à domicile pour apporter un soutien aux détenus âgés²⁶². Néanmoins, la gestion de certaines demandes reste souvent compliquée car le département d'incarcération n'est pas toujours identique au département de secours de la personne.

4.2.3 L'APA en établissement

Comme à domicile, l'attribution de l'APA en établissement nécessite des démarches administratives et une évaluation du degré de dépendance de l'individu institutionnalisé. Ces démarches déterminent ensuite le montant mensuel de la prestation.

²⁶² LECERF J-R. (2008) *Projet de loi pénitentiaire*, Rapport n° 143 (2008-2009), chapitre « le Handicap et les détenus »

4.2.3.1 Démarches d'attribution de l'APA en établissement

Une demande d'APA en établissement débute par une évaluation du médecin coordonnateur de la structure. Cette dernière est ensuite validée par le médecin du conseil général ou un médecin de la caisse primaire d'assurance maladie. Comme pour l'APA à domicile, le Président du conseil général dispose d'un délai de deux mois pour notifier la décision. Si ce délai est dépassé, l'APA est automatiquement accordée selon un montant forfaitaire en attendant la notification expresse de la décision d'attribution. La notification de décision précise le délai de revalorisation de la situation de la personne, le montant mensuel de l'APA, la participation éventuelle du bénéficiaire et le montant du premier versement s'il y a une rétroaction des droits (en fonction de la date de dépôt du dossier). En établissement, le versement de l'allocation débute à la date de dépôt du dossier complet. Les versements sont ensuite réalisés mensuellement. A tout moment, le montant de l'APA peut être révisé sur demande de la personne, de son représentant, du Président du conseil... Lors d'une institutionnalisation, l'APA permet de régler le tarif « dépendance » à la structure d'hébergement. Le tarif « hébergement » est acquitté par l'usager ou par l'intermédiaire de l'aide sociale et le tarif « soins » par l'assurance maladie. L'APA peut être versée au bénéficiaire ou directement à l'établissement (selon délibération du conseil général). Le montant de l'APA dépend non seulement du degré de dépendance et des revenus de la personne âgée mais également du tarif dépendance pratiqué par la structure d'hébergement. Ces éléments déterminent ensuite la participation de la personne. Pour bénéficier de l'APA en établissement, la personne doit résider au sein d'une structure médico-sociale qui accueille de manière permanente des personnes âgées. Cependant, si elle réside dans une structure de petite taille (moins de 25 personnes), la personne bénéficiera alors de l'APA à domicile.

Les établissements pratiquent trois tarifs dépendance : GIR 1 et 2, GIR 3 et 4, GIR 5 et 6, qui sont établis en fonction du GIR moyen pondéré (GMP) de la structure. Ce GMP est calculé en fonction du degré de dépendance de l'ensemble des résidents et des nouveaux arrivants de la structure. Cette donnée sert de base pour le calcul des tarifs « dépendance » de l'établissement. Depuis 2003 et la loi sur la tarification, tous les établissements n'ont pas adopté le même mode de financement. Toutefois, des dispositifs transitoires ont alors été mis en place pour ne pas entraîner de coupures dans le versement des prestations aux résidents. Il s'agit d'un tarif « dépendance » identique à une structure ayant signé une convention tripartite et d'un tarif

« hébergement » correspondant au calcul de la différence entre les charges et les produits de la structure pour les établissements n'ayant pas signé de convention tripartite.

4.2.3.2 Calcul du montant de l'APA et de la participation du bénéficiaire

Les règles de calcul du montant de l'APA en établissement sont très similaires à celles de l'APA à domicile. Le montant maximum du plan d'aides est calculé en fonction de la valeur de la « Majoration pour Tierce Personne » (MTP) et varie selon le degré de dépendance de la personne. Au 1^{er} avril 2014, les tarifs mensuels en établissement sont de 1 312,67 euros pour le GIR1 ; 1 125,14 euros pour le GIR2 ; 843,86 euros pour le GIR3 et 562,57 euros pour le GIR4²⁶³. En cas de situation d'urgence, le montant de l'APA correspond à 50 % du montant mensuel du plan d'aide maximum du GIR1, soit 656,33 euros au 1^{er} avril 2013.

Le calcul de l'APA diffère selon que le futur bénéficiaire soit seul ou en couple. Pour une personne seule, son montant dépend de ses propres ressources alors que pour une personne en couple, son montant tient compte de l'ensemble des ressources du couple pour ensuite être divisé par deux. Au 31 décembre 2011, le montant moyen mensuel de l'APA en établissement (hors dotation globale) s'élève à 517 euros. Si la participation des conseils généraux reste plus importante que celle des résidents, la participation des bénéficiaires augmente tout de même plus rapidement (respectivement +19,8 % contre 22,9 % entre 2007 et 2011) (Tableau n°18).

Depuis le 1^{er} avril 2014, la participation mensuelle des bénéficiaires est organisée selon trois paliers de revenus (Tableau n°19). Si les ressources de la personne sont inférieures ou égales à 2 437,81 euros par mois, cette dernière ne participe pas au règlement des frais de dépendance. Pour les ressources mensuelles comprises entre 2 437,81 euros et 3 750,48 euros, le bénéficiaire participe à hauteur de 0 à 80 % du tarif dépendance (Tableau n°19). Enfin, si les ressources de la personne sont supérieures à 3 750,48 euros par mois, elle règle 80 % des frais du tarif dépendance. Actuellement, les rentes viagères et les aides financières des enfants envers un parent âgé ne sont pas prises en compte dans le calcul de participation du bénéficiaire au tarif dépendance.

²⁶³ Données visibles sur le site Internet du Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes : <http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/l-allocation-personnalisee-d,1900/l-allocation-personnalisee-d,12399.html> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

Tableau 18 - Montants moyens mensuels de l'APA en établissement
(hors dotation globale) entre 2002 et 2011

	2002	2007	2011	Evolution 2002-2007 (%)	Evolution 2007-2011 (%)
A la charge du CG	233	288	345	23,6	19,8
A la charge du bénéficiaire	107	140	172	30,8	22,9
Ensemble	340	429	517	26,2	20,5

Sources : Enquête trimestrielle sur l'APA, Drees, 2011

Tableau 19 - Calcul du montant de l'APA en établissement

Ressources du bénéficiaire	Participation du bénéficiaire
Revenus inférieurs à 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) (inférieurs à 2 437,81€ au 01/04/2014)	Participation fixe, égale au montant mensuel du tarif dépendance de l'établissement pour les GIR 5 et 6
Revenus compris entre 2,21 et 3,40 fois le montant de la MTP (compris entre 2 437,81 et 3 750,48€)	Participation égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, auquel s'ajoute, selon le niveau des revenus, de 0 % à 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire
Revenus supérieurs à 3,40 fois le montant de la MTP (supérieur à 3 750,48€)	Participation égale à 80 % du montant du plan d'aide

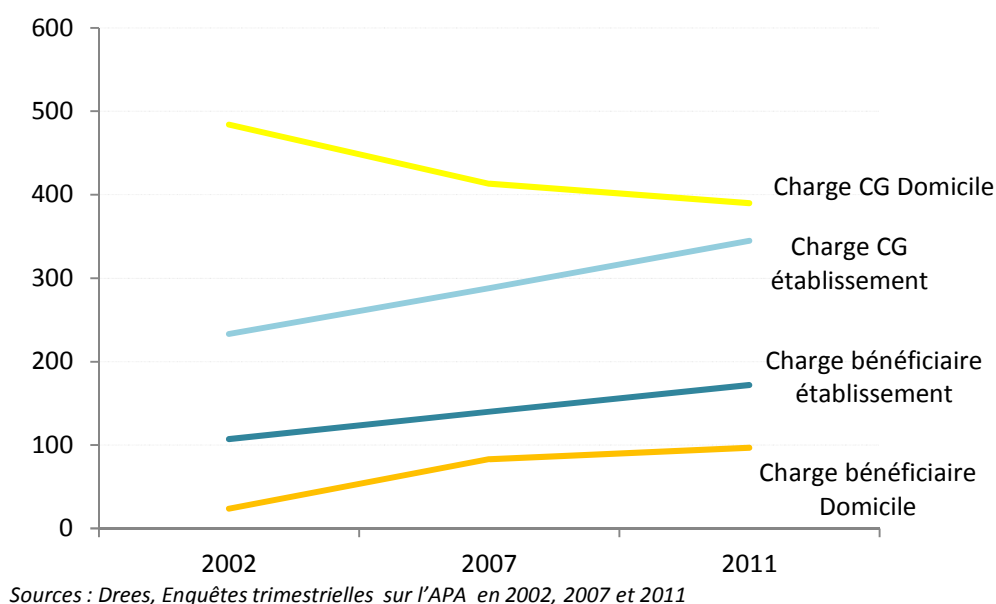
Sources : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014

En établissement, la loi prévoit de laisser une somme minimale au bénéficiaire accueilli. Depuis le 1^{er} avril 2014, cette somme mensuelle est égale à 95 euros pour une personne seule et à 791,99 euros pour un couple²⁶⁴. Dans ce cas, ce « reste à vivre » concerne le conjoint, le concubin ou toute personne unie au bénéficiaire par PACS et qui reste au domicile du couple. Précisons que cette somme est déduite des ressources du couple pour le calcul du montant de l'APA en établissement ou d'une éventuelle prise en charge du tarif hébergement au titre de l'aide sociale départementale pour les personnes âgées.

²⁶⁴ Données visibles sur le site Internet du Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes : <http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/l-allocation-personnalisee-d,1900/l-allocation-personnalisee-d,12399.html> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

Globalement, la participation des bénéficiaires de l'APA ne cesse d'augmenter, aussi bien en établissement qu'à domicile. De son côté, la participation des conseils généraux croît progressivement pour les personnes institutionnalisées mais elle baisse considérablement pour les personnes qui résident chez elles (Figure n°29). Dans un contexte de maîtrise budgétaire et de réduction du déficit de la sécurité sociale, la diminution de cette participation n'a rien d'étonnant. Cependant, cette dynamique ne peut pas continuer indéfiniment sous peine de voir certaines personnes renoncer à toute prise en charge par manque de moyens financiers. C'est là tout l'enjeu des politiques actuelles : permettre l'accessibilité d'un hébergement et garantir une prise en charge adéquate (domicile et institution) tout en maîtrisant les dépenses publiques.

Figure 29 - Evolution des montants d'APA en euros à domicile et en établissement entre 2002 et 2011 selon le reste à charge des particuliers et le financement des conseils généraux



4.2.4 Ressources de l'APA

En 2011, les dépenses totales d'APA représentent 5,2 milliards d'euros. 61 % de ce budget est lié à l'APA à domicile, soit 3,2 milliards d'euros, et 39 % correspondent à l'APA en établissement, soit 2 milliards d'euros (euros constants)²⁶⁵. Les ressources de l'APA proviennent pour deux tiers des départements et pour un tiers de l'Etat par l'intermédiaire de la CNSA. Au 1^{er} avril 2014, la revalorisation de la majoration pour tierce personne de 0,6 % a

²⁶⁵ AMAR E. (2013) *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2011*, DREES, série statistiques n° 182, 133p.

entraîné une augmentation proportionnelle des montants de l'APA. Cette revalorisation repose sur une taxe de 0,3 % instaurée en 2013 sur les pensions de retraite imposables, nommée la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et devrait rapporter 645 millions d'euros par an. Au sein de cette enveloppe, 375 millions d'euros doivent normalement servir à la revalorisation progressive de l'APA, notamment pour les personnes résidant à domicile. Les plafonds d'aides qui n'avaient pas été modifiés depuis sa mise en place en 2002, vont légèrement être relevés. Selon le Ministère délégué aux personnes âgées, cette revalorisation concernerait près de 600 000 bénéficiaires qui devraient percevoir en moyenne 50 euros de plus par mois. Cette revalorisation pourrait atteindre plus de 600 euros supplémentaires pour les personnes les plus modestes et les plus dépendantes.

4.2.5 Evolution et projections du nombre de bénéficiaires de l'APA

Au 31 décembre 2011, 1 200 000 personnes bénéficient de l'APA, dont 40 % en établissement (478 000 allocataires) et 60 % à domicile (722 000 allocataires)²⁶⁶. Par rapport à 2010, le nombre de bénéficiaires a augmenté de près de 2 % (1 175 600 allocataires) et c'est en établissement que ce nombre s'est le plus amplifié. En effet, ils sont 3 % de plus en établissement et 1,2 % de plus à domicile par rapport à 2010²⁶⁷. Le nombre de bénéficiaires de l'APA a beaucoup évolué entre 2002 (année de mise en place de cette prestation) et 2011 (dernières données détaillées disponibles par départements). Cette croissance a été particulièrement importante lors des premières années de souscription, soit entre 2002 et 2007. Ensuite, cet élan s'est progressivement atténué malgré de nouvelles souscriptions tous les ans. De manière générale, les allocataires à domicile sont moins dépendants que ceux en établissement. En 2011, 80 % sont en GIR 3 et 4 à domicile contre 40 % en établissement²⁶⁸. De plus, les femmes sont plus nombreuses à bénéficier de l'APA (73,5 %) que les hommes (26,5 %) aussi bien à domicile qu'en établissement (hors établissements dotation globale)²⁶⁹.

D'un point de vue spatial, cette évolution n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire et, entre 2002 et 2011, certains départements connaissent une croissance du nombre de bénéficiaires plus importante que d'autres. C'est le cas des départements du Nord de la France

²⁶⁶ BORDERIES F., TRESPEUX F. (2012) *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2011*, DREES n°820, 126p.

²⁶⁷ BORDERIES F., TRESPEUX F. (2011) *Ouvrage cité*

²⁶⁸ BORDERIES F., TRESPEUX F. (2011) *Ouvrage cité*

²⁶⁹ BORDERIES F., TRESPEUX F. (2012) *Ouvrage cité*

(Pas-de-Calais, Somme), de la région Midi-Pyrénées et du Centre de la France (Creuse, Nièvre, Cantal et Haute-Loire) (Figures n°30, n°31 et n°32).

Figure 30 - Taux de bénéficiaires d'APA en fonction
du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en 2002

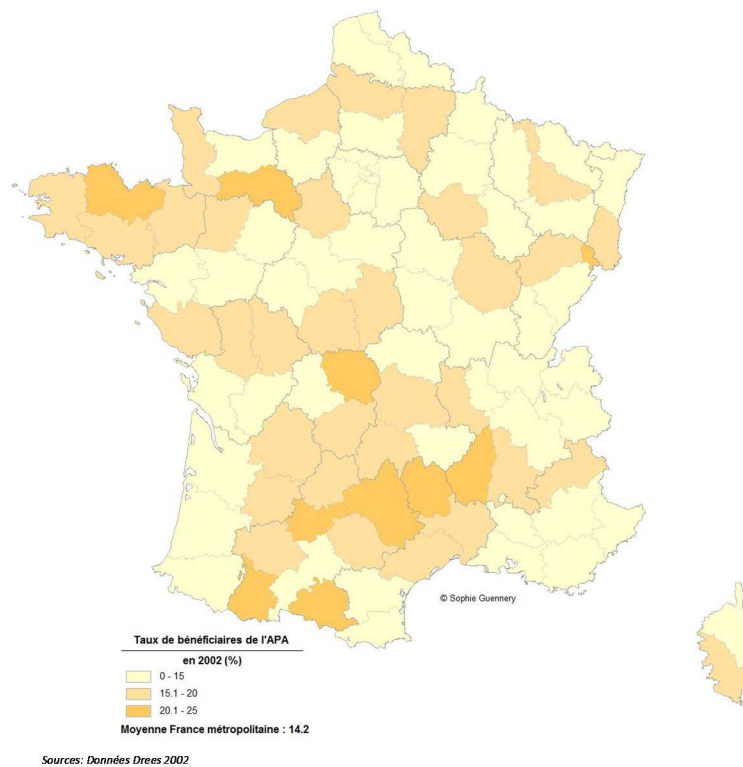


Figure 31 - Taux de bénéficiaires d'APA en fonction
du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en 2007

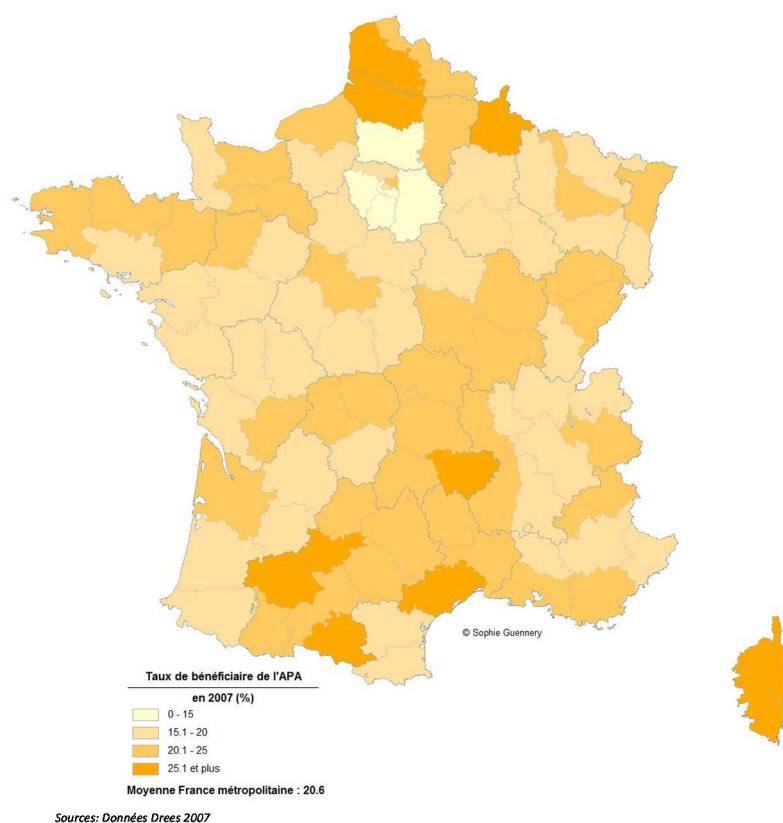
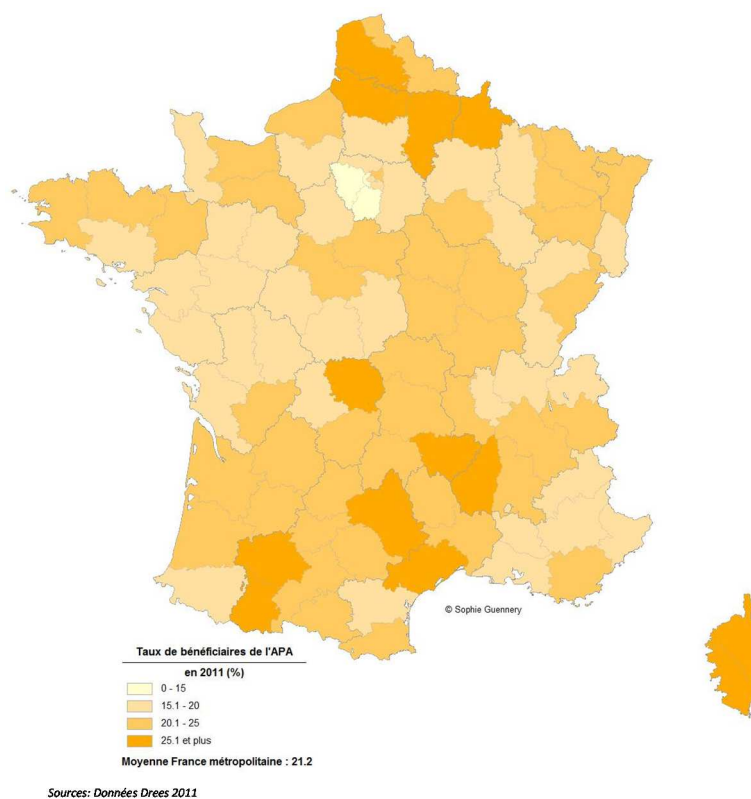


Figure 32 - Taux de bénéficiaires d'APA en fonction du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en 2011



Parallèlement, pour la même période, si l'on étudie l'évolution de la population âgée de plus de 75 ans par rapport à la population totale, on peut voir qu'elle ne correspond pas toujours avec l'évolution du nombre d'allocataires de l'APA (Figure n° 33, n°34 et n°35). En effet, les départements du Nord de la France font partie des départements les plus jeunes du pays (moins de 10 % de personnes âgées de plus de 75 ans par rapport à la population totale départementale) alors que dès 2007, ils possèdent des taux de bénéficiaires d'APA supérieurs à 20 %, voire 25 % selon les années. A contrario, les départements de la région Poitou-Charentes indiquent par exemple un vieillissement assez important entre 2002 et 2011 alors que l'évolution du nombre de bénéficiaires d'APA reste plus modérée. Toutefois, une zone à la fois centrale et située dans la moitié Sud de la France est aussi bien marquée par un vieillissement démographique que par des taux importants de bénéficiaires d'APA. Ces différentes dynamiques montrent qu'il n'existe pas forcément un lien significatif entre le nombre de bénéficiaires de l'APA et le profil démographique des départements (vieillissant ou non).

Figure 33 - Volume de personnes âgées de plus de 75 ans en 2002 (%)

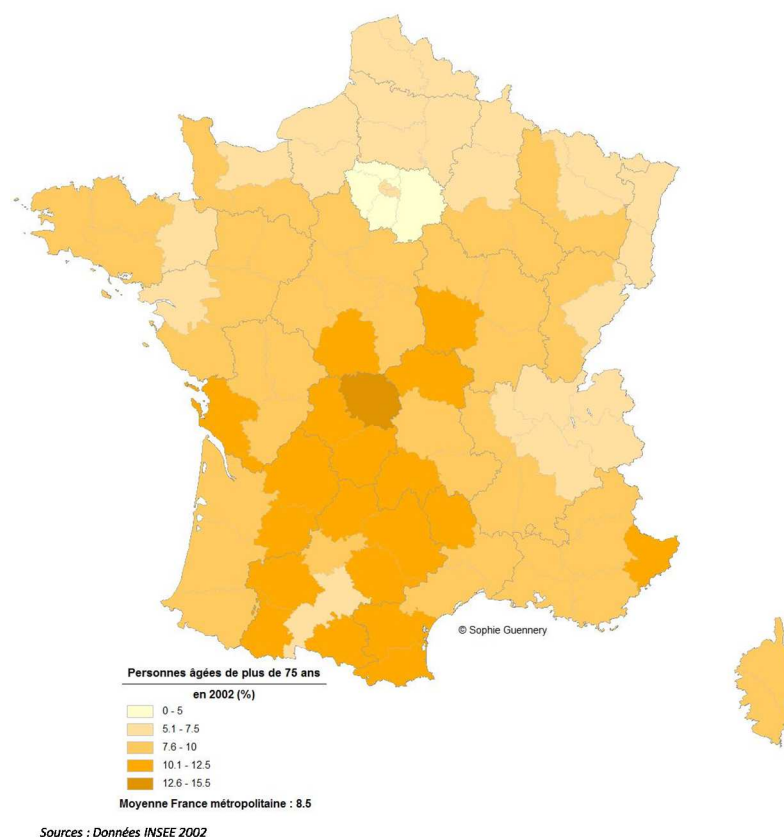


Figure 34 - Volume de personnes âgées de plus de 75 ans en 2007 (%)

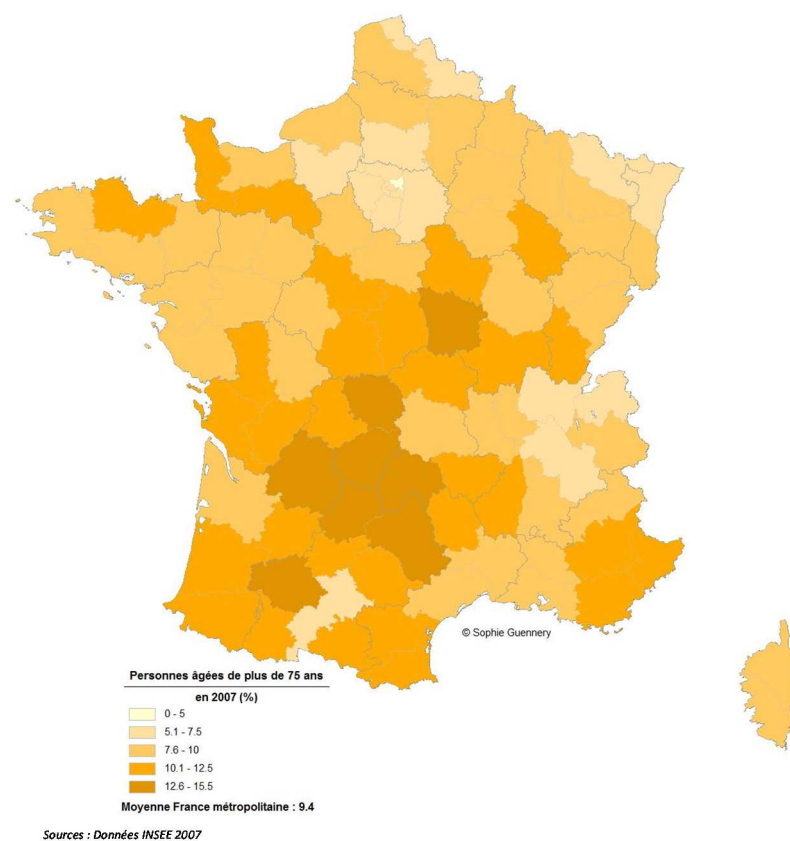
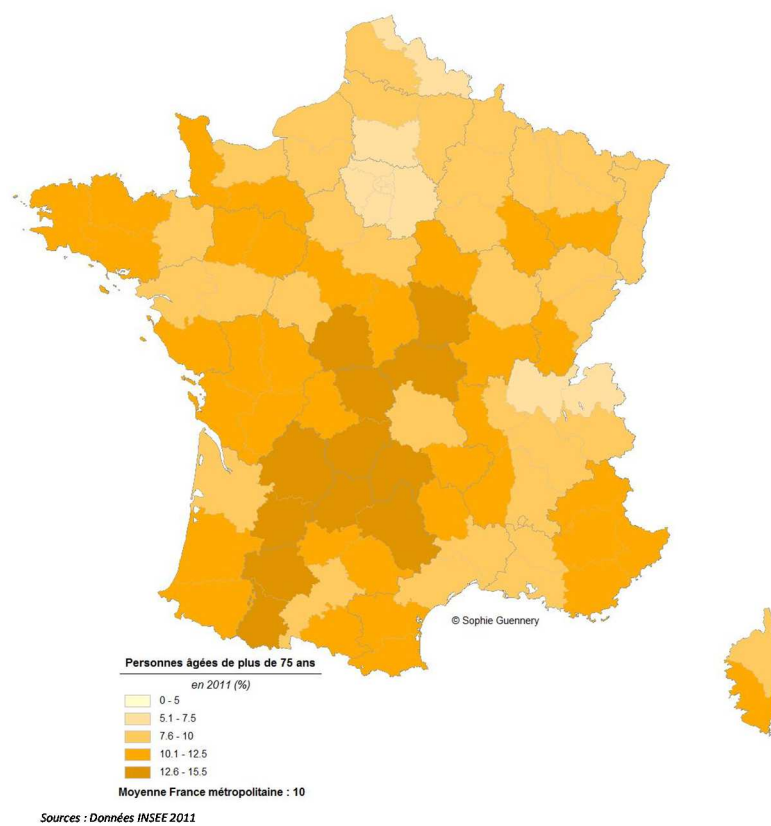


Figure 35 - Volume de personnes âgées de plus de 75 ans en 2011 (%)



A domicile, l'âge médian des bénéficiaires augmente légèrement puisqu'il passe de 83,4 ans en 2007 à 83,7 ans en 2011²⁷⁰. Toutefois, les nouveaux bénéficiaires sont plus jeunes en 2011 qu'en 2007 entraînant une modification de la population bénéficiaire de l'APA. Concernant la répartition des allocataires à domicile en fonction de leur degré de dépendance, on ne note pas de grandes différences entre les deux années. A ancienneté égale, la part des personnes dépendantes classées en GIR 2 diminue, passant de 19 % à 17 % pour les deux sexes. A contrario, les bénéficiaires de GIR 4 augmentent légèrement, passant de 57 % en 2007 à 58 % en 2011 (Tableau n°20). Enfin, l'ancienneté des allocataires à domicile augmente légèrement, passant de six ans en 2007 à dix ans en 2011²⁷¹.

Tableau 20 - Degré de dépendance des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2007 et 2011 (%)

	2007			2011		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
GIR 1	2	2	2	3	2	3
GIR 2	23	18	19	20	17	17
GIR 3	23	22	22	23	21	22
GIR 4	52	58	57	54	60	58
Ensemble	100	100	100	100	100	100

Sources : Drees, Données APA 2006 et 2007

Certains départements possèdent des taux d'APA à domicile plus élevés qu'en établissement. Cette dynamique s'avère-t-elle corrélée à des taux d'équipement en hébergement faibles ? Si l'on se réfère aux figures n°10, n°11 et n°12 en p. 70 et 71, on peut réaliser une comparaison et voir s'il existe un lien de cause à effet. Bien entendu, ces disparités ne dépendent pas uniquement des taux d'équipement mais également des choix des politiques locales, des traditions et des densités de professionnels libéraux. Néanmoins, cette dynamique se vérifie pour certains départements. C'est le cas des départements du Nord (Nord-Pas-de-Calais et départements limitrophes) et du Sud-Est de la France (Corse, Midi-Pyrénées) qui possèdent des taux de bénéficiaires d'APA à domicile élevés alors que l'offre d'hébergement est peu développée. A l'inverse, la région Pays-de-Loire révèle des taux d'APA à domicile faibles alors que les taux d'équipements font partie des plus importants de France (Figures n°36, n°37 et n°38).

²⁷⁰ BERARDIER M. (2014) *Les bénéficiaires de l'APA à domicile et leurs ressources en 2011*, DREES Etudes et résultats n°876, 8p.

²⁷¹ BERARDIER 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*, DREES n° 748, 8p.

Selon les scénarios centraux des projections de l'INSEE et de la DREES, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans et le nombre de bénéficiaires de l'APA devraient beaucoup augmenter au cours des prochaines décennies. Ainsi, un tiers de la population française sera âgée de plus de 60 ans, dont la moitié aura plus de 75 ans d'ici 2060²⁷². Conjointement, le nombre de bénéficiaires de l'APA devrait doubler entre 2010 et 2060, passant de 1,2 millions à 2 millions. Ce scénario central se base sur une croissance annuelle de +1,4 % par an, même si l'on note des contrastes selon les générations (classe creuse pendant les périodes de guerre et classe haute dans les périodes d'après-guerre). Ces différentes périodes entraînent ainsi une croissance soutenue jusqu'en 2020, puis une évolution plus modérée entre 2020 et 2030²⁷³. Ces projections révèlent également que les femmes seront toujours plus nombreuses à bénéficier de l'APA que les hommes. Cette tendance est le résultat d'une espérance de vie et d'une prévalence plus importante pour les premières que pour les seconds (5% des hommes de plus de 60 ans et 10% des femmes de cet âge sont dépendants en 2010)²⁷⁴. De plus, on devrait assister à une progression plus importante des personnes modérément dépendantes (GIR 3 et 4) à l'instar des personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2), même si les projections des personnes en GIR 4 restent difficiles à réaliser, d'où une estimation assez large²⁷⁵. Ainsi, le nombre de personnes modérément dépendantes (GIR 3 et 4) devraient représenter entre 1 et 2 millions d'individus et les personnes fortement dépendantes (GIR 1 et 2) devraient être environ 750 000 personnes sur l'ensemble du territoire²⁷⁶.

Figure 36 - Evolution du taux de bénéficiaires de l'APA à domicile
par rapport au total des bénéficiaires de l'APA en 2002 (%)

²⁷² LÉCROART A. (2011) *Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060*, DREES, Série sources et méthode n° 23, 42p.

²⁷³ LÉCROART A. (2011) *Ouvrage cité*

²⁷⁴ MARBOT C., ROY D. (2012) *Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle « Destinie »*, Document de travail, INSEE, 64p.

²⁷⁵ En 2010, la DREES s'est basée sur les données de l'enquête HID et a reconnu qu'il était difficile d'estimer le nombre exact de personnes en GIR 4. Les estimations basses avaient été retenues pour établir les projections. Pourtant, les années suivantes, les bénéficiaires de l'APA avaient fortement augmenté, notamment pour ce degré de dépendance.

²⁷⁶ LÉCROART A. (2011) *Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060*, DREES, Série sources et méthode n° 23, 42p.

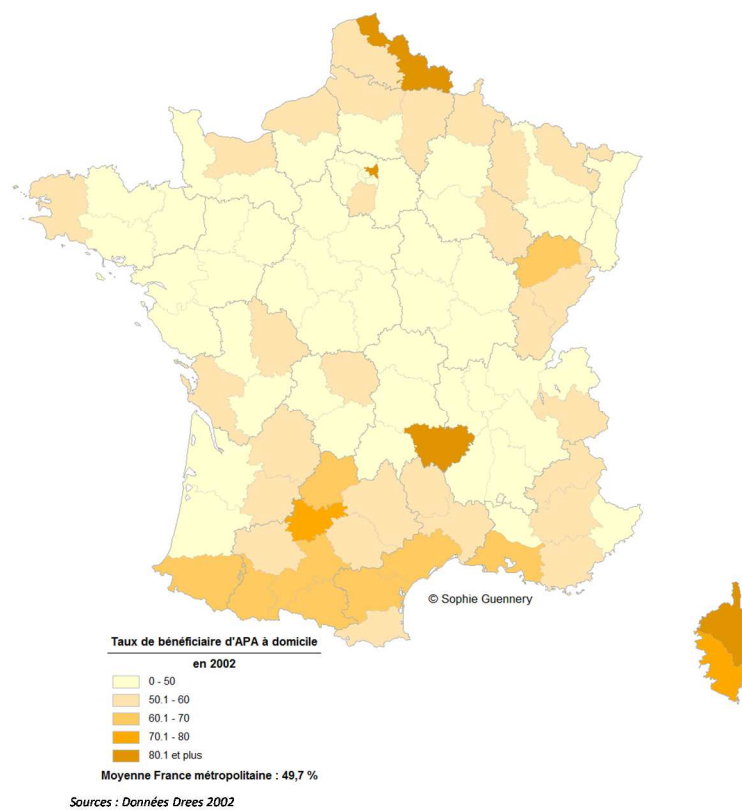


Figure 37 - Evolution du taux de bénéficiaires de l'APA à domicile par rapport au total des bénéficiaires de l'APA en 2007 (%)

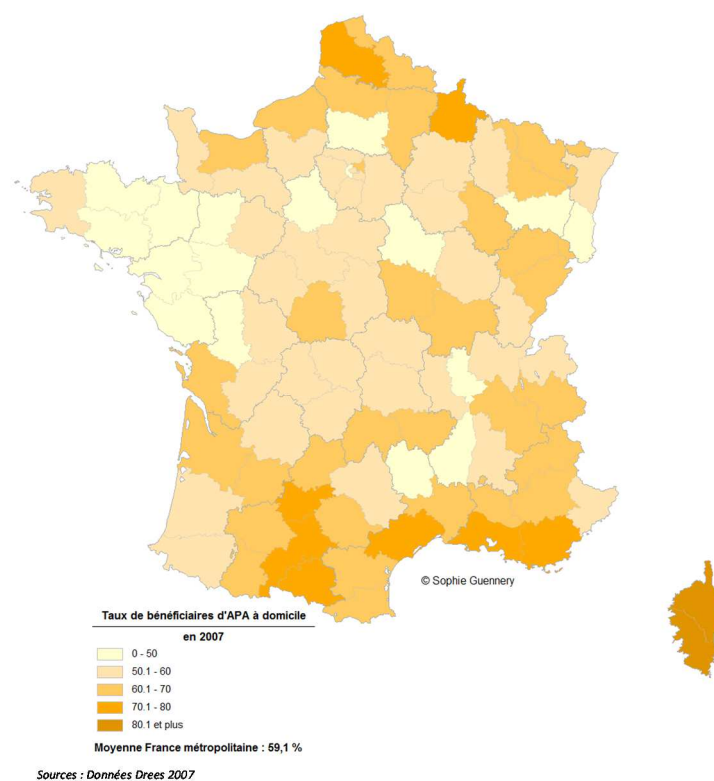
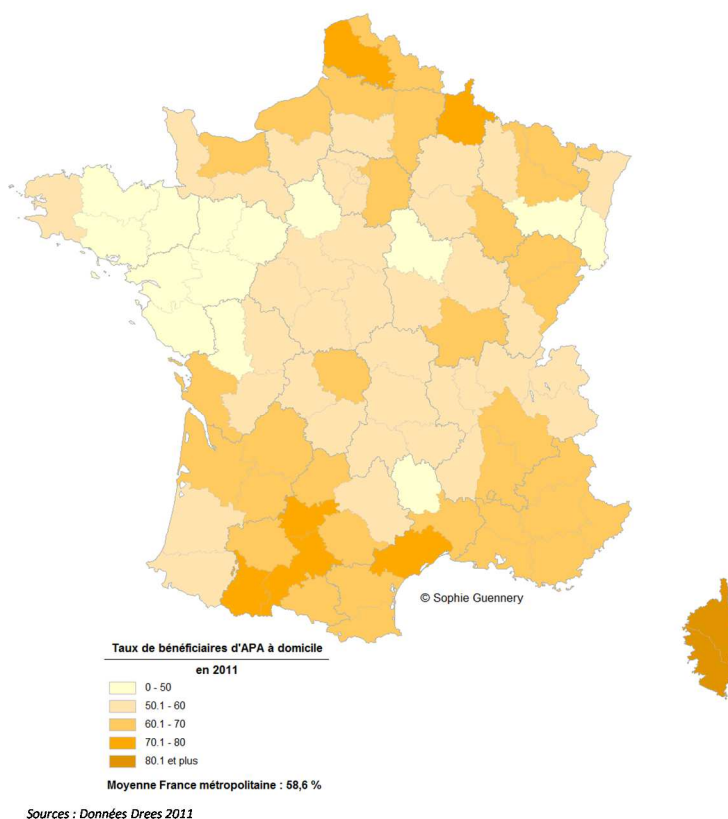


Figure 38 - Evolution du taux de bénéficiaires de l'APA à domicile par rapport au total des bénéficiaires de l'APA en 2011 (%)



De manière générale, la prévalence des personnes âgées devient importante aux âges très élevés et décroît progressivement aux âges moyens. Une étude de la DREES réalisée en 2002 confirme

cette tendance puisque selon un scénario central, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans et dépendantes évoluerait d'environ 23 % d'ici 2020 alors que la proportion des plus de 80 ans augmenterait de 45 %²⁷⁷. Parallèlement, la dépendance des 60-79 ans diminuerait de l'ordre de 7 %. Pour la période 2020-2040, cette évolution devrait être quasi identique, soit une évolution de -4 % pour les 60-79 ans et de +40 % pour les plus de 80 ans²⁷⁸. Cette contradiction s'explique par l'évolution de la structure démographique des plus de 60 ans qui devient de plus en plus âgée (2 à 3 ans pour les femmes et 4 à 5 ans pour les hommes). Toutefois, les projections liées à la dépendance restent difficiles à définir de manière précise car elles tiennent compte des déterminants liés à l'avancement de la dépendance²⁷⁹. Il existe bien des enquêtes sur les pathologies des personnes âgées mais le lien entre ces dernières et le phénomène de dépendance reste difficile à appréhender précisément. A cela s'ajoutent les démences de type « Alzheimer » qui représentent une cause importante de dépendance psychique et qui croissent au sein des bénéficiaires de l'APA. Enfin, les déterminants sociaux et comportementaux ainsi que les tendances sanitaires sont difficiles à estimer. Si l'amélioration des conditions de vie et la baisse du tabagisme sont des facteurs d'amélioration sanitaire, le développement de l'obésité et de l'arthrose représente des facteurs qui augmentent les probabilités d'entrée dans la dépendance.

L'APA représente la principale aide destinée au financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Le nombre croissant de bénéficiaires confirme qu'elle représente une prestation indispensable. Toutefois, d'autres prestations viennent compléter cette aide pour d'autres besoins liés à la perte d'autonomie.

4.3 Les autres aides sociales

Des aides existent pour aider à financer une institutionnalisation, adapter un logement pour rester à domicile ou encore avoir recours à des professionnels à domicile.

4.3.1 L'aide sociale à l'hébergement (ASH)

L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) est destinée aux personnes âgées de plus de 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail) et qui n'ont pas les ressources suffisantes pour couvrir

²⁷⁷ KERJOSSE R. (2003) Personnes âgées dépendantes : dénombrement, projection et prise en charge, *Retraite et société* n° 39, p. 11-35

²⁷⁸ KERJOSSE R. (2003) *Ouvrage cité*

²⁷⁹ LÉCROART A., FROMENT O., MARBOT C. Et al. (2013) *Projections des populations âgées dépendantes deux méthodes d'estimation*, DREES Dossier Solidarité et Santé n°43, 28p.

leurs frais d'hébergement. Elle peut être octroyée aussi bien en établissement sanitaire ou médico-social que pour un hébergement chez des particuliers, mais à condition que l'établissement d'hébergement soit habilité à l'aide sociale. Pour cela, la structure signe une convention avec le département et parallèlement, le Président du conseil général fixe, par arrêté, le montant d'aide journalier. Les demandes d'aide sociale à l'hébergement sont effectuées auprès d'un CCAS qui transmet les dossiers aux services départementaux. Les démarches pour y accéder sont ensuite identiques aux autres demandes d'aide sociale (APA). L'aide sociale à l'hébergement implique une participation du bénéficiaire à hauteur de 90 % de ses revenus, une participation de ses obligés alimentaires (si nécessaire) et à une récupération sur succession. Dans ce dernier cas, le conseil général établit une hypothèque légale des biens immobiliers du bénéficiaire dont la valeur est supérieure à 1 500 euros²⁸⁰. Au décès du bénéficiaire, le conseil général réalise la récupération sur succession à partir du premier euro et dans la limite de 90 % de l'actif net successoral. De plus, les donations effectuées par le bénéficiaire pendant les dix années précédant sa demande d'aide sociale à l'hébergement sont également prises en compte dans le processus de recours sur succession afin d'éviter que les demandeurs mettent leur patrimoine de côté ou qu'ils anticipent leur insolvabilité.

Depuis plusieurs années, le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement reste stable. En 2011, 116 200 personnes bénéficient de cette prestation, soit +0,1 % par rapport à 2010²⁸¹. 85 % d'entre elles la perçoivent en établissements (EHPAD ou non) ; 11 % en USLD ; 4 % en foyers-logements et enfin 0,3 % chez des particuliers²⁸². La même année, les dépenses relatives à cette aide représentent environ la moitié de l'ensemble des dépenses brutes consacrées aux personnes âgées en établissement, soit 2,2 millions d'euros²⁸³. En 2009 (année la plus récente pour laquelle les données détaillées sont disponibles), la dépense moyenne par bénéficiaire s'élève à 1 037,3 euros mensuels, soit une évolution de 38 % par rapport à 2000

²⁸⁰ LAROQUE M., ZEGGAR H., AMGHAR Y-G. (2011) *Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement*, Rapport IGAS, 91p.

²⁸¹ AMAR E. (2013) *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2011*, DREES, série statistiques n° 182, 133p.

²⁸² BORDERIES F., TRESPEUX F. (2012) *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2011*, DREES n° 820, 126p.

²⁸³ Les dépenses brutes d'ASH comptabilisées dans du rapport « Dépenses d'aide sociale départementale en 2011 » de É. AMAR sont les montants inscrits aux comptes administratifs des départements. La dépense brute représente soit la totalité du coût de l'hébergement (le département récupérant par ailleurs, au titre des recettes, la partie du montant acquitté par le bénéficiaire), soit le coût de l'hébergement diminué du montant payé par le bénéficiaire que ce dernier verse alors directement à l'établissement. Les contributions des obligés alimentaires ou des héritiers étant avancées par les départements, elles sont toujours comptabilisées au sein des dépenses brutes. Lorsque ces contributions font l'objet d'une récupération, ces montants sont déduits des dépenses des départements et sont comptabilisées dans les recettes des départements.

(750,2 euros). Toutefois, rapportée à l'évolution du coût de la vie (874,9 euros en 2009), cette progression reste plus modeste, soit +17 % en euros constants entre 2000 et 2009²⁸⁴. Cette prestation étant soumise à la récupération sur succession, le taux de récupération de l'Etat pour l'année 2009 s'élève à 49 %. Les récupérations concernent majoritairement les ressources et le patrimoine des résidents (respectivement 73,9 % et 17,3 %), suivis des obligés alimentaires (8,9 %). Les montants récupérés correspondants s'élèvent respectivement à 444,9 millions, 104,1 millions et 53,2 millions d'euros en 2010²⁸⁵.

La majorité des personnes bénéficiant de l'aide sociale à l'hébergement possèdent des revenus modestes. Les études annuelles de la DREES auprès des conseils généraux montrent que 60 % des personnes qui ont un revenu mensuel inférieur à 1 000 euros ne bénéficient pas de cette aide. Ce non recours est généralement lié aux récupérations sur succession et au sentiment de peur des bénéficiaires d'exposer leurs proches à une obligation alimentaire ou à un refus de profiter d'une aide souvent perçue comme stigmatisante.

4.3.2 Les aides des caisses d'allocations familiales

Les caisses d'allocations familiales participent aux aides dédiées aux personnes âgées. Elles allouent, sous condition de ressources, des aides à domicile comme l'Allocation Logement à caractère Social (ALS) et l'Allocation Personnalisée au Logement (APL). Selon la direction du budget, les dépenses en faveur des personnes âgées de plus de 65 ans s'élèvent à 405 millions d'euros en 2009 et concernait 243 000 bénéficiaires²⁸⁶. Ces dépenses bénéficient majoritairement aux personnes classées en GIR 1 à 4 avec 335 millions d'euros, puis aux personnes en GIR 5 et 6 avec 70 millions d'euros²⁸⁷.

4.3.3 L'aide au financement pour l'adaptation de l'habitat

L'aide au financement pour l'adaptation de l'habitat est destinée aux propriétaires bailleurs et aux propriétaires occupants. Elle est octroyée par les conseils généraux au titre de l'APA, par l'ANAH ou par la CNAV. Pour prétendre à ce type d'aide, le bénéficiaire doit remplir certaines conditions. Pour l'ANAH ou l'APA, l'individu doit bénéficier de l'aide sociale alors que la CNAV se réfère au barème de revenus des ménages. Ces aides concernent uniquement la

²⁸⁴ FRAGONARD B. (2011) *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, Annexe au rapport du groupe n° 4, 217p.

²⁸⁵ LAROQUE M., ZEGGAR H., AMGHAR Y-G. (2011) *Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement*, Rapport IGAS, 91p

²⁸⁶ FRAGONARD B. (2011) *Ouvrage cité*

²⁸⁷ FRAGONARD B. (2011) *Ouvrage cité*

résidence principale du bénéficiaire, quelle que soit l'ancienneté du logement. Elles permettent de rénover ou d'adapter un logement afin de faciliter l'accessibilité, la circulation et la vie de la personne âgée au sein de son foyer (aménagement des sanitaires, rampe...) ²⁸⁸. Les aides sont attribuées en fonction des ressources des occupants. En 2014, selon le barème de l'ANAH, les aides sont octroyées pour les revenus inférieurs à 1 423 euros pour une personne seule et à 2 134 euros pour un couple. Ainsi, la participation de l'ANAH varie en fonction du montant des travaux et peut représenter entre 35 et 50 % d'un montant maximal de 20 000 euros. Du côté de la CNAV, en 2012, le montant maximal de participation s'élève à 3 500 euros pour un foyer dont les ressources sont inférieures à 865 euros pour une personne seule et à 1 498 euros pour un ménage ²⁸⁹.

De leur côté, la MSA et les caisses de retraite complémentaires participent de plus en plus au financement de ce type d'aides. Néanmoins, les prestations fournies par la MSA restent variables selon les départements car les actions sanitaires et sociales s'organisent au niveau de chaque caisse. Pour les caisses complémentaires, le calcul de la participation est proportionnel à la participation de la CNAV. Selon le rapport Fragonard de 2011, les dépenses de la CNAV en faveur de l'adaptation des logements des personnes âgées s'élevaient à 17 millions d'euros en 2010 et à 990 000 euros pour la CCMSA en 2009 ²⁹⁰.

4.3.4 Les avantages fiscaux : crédits d'impôt et réduction d'impôt

Les personnes âgées peuvent bénéficier d'avantages fiscaux pour l'emploi d'un salarié ou pour le recours à une association, une entreprise ou un organisme ayant un agrément de l'Etat. Grâce à ces recours, les personnes âgées peuvent profiter de services précis (liste donnée par l'article D. 129-35 du Code du travail) et peuvent s'adresser à un organisme à but non lucratif exerçant dans le domaine de l'aide à domicile et habilité à l'aide sociale ou bien conventionné par un organisme de sécurité sociale (comme un CCAS). Pour en bénéficier, la personne doit résider en France et l'emploi doit être effectué au sein de son propre domicile.

²⁸⁸ BAUDIER-LORIN C. (2004) *L'aide sociale extralégale ou facultative des départements*, DREES n°317, 8p.

²⁸⁹ Les ressources prises en compte sont définies par la circulaire n°2010-64 du 3 août 2010 relative aux modalités d'examen des ressources des bénéficiaires du PAP et la circulaire n°2010-85 du 14 décembre 2010 relative aux montants des paramètres financiers des prestations d'action sociale servies à compter du 1er janvier 2011 (§4.4)

²⁹⁰ FRAGONARD B. (2011) *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, Annexe au rapport du groupe n° 4, 217p. (Données de la direction du budget en 2010 et de la Cour des comptes en 2005)

Le crédit d'impôt peut s'appliquer aux équipements (matériel et pose) du logement principal de la personne âgée, quelle que soit la date de construction de l'habitation. Il est limité selon un plafond de 5 000 euros pour une personne seule et à 10 000 euros pour un couple marié dont l'imposition est commune ou pour les partenaires d'un pacte civil de solidarité (PACS). Dans le cadre du PLFSS 2013 et de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes, cet avantage reste en vigueur pour favoriser le maintien à domicile. Par conséquent, l'ensemble de ce dispositif est prolongé pour les dépenses payées entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014²⁹¹. Parallèlement, la réduction d'impôt peut également être mise en place pour l'emploi d'un salarié à domicile en mode prestataire et mandataire. Depuis le 1^{er} janvier 2005, elle est égale à 50 % du montant des dépenses, dans la limite d'un plafond de 12 000 euros par an²⁹². Ce plafond est majoré de 1 500 euros pour chaque enfant ou ascendant de plus de 65 ans à charge ou par personne du foyer fiscal de plus de 65 ans, dans la limite de 15 000 euros par an. En 2009, le montant total des dépenses liées aux réductions d'impôts pour les frais d'hébergement et de dépendance s'élevait à 175 millions d'euros et profitait à 320 000 ménages²⁹³. La même année, la réduction d'impôt liée à l'APA représentait 90 millions d'euros, les allègements de TVA pour équiper un domicile représentaient 10 millions d'euros et la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile constituait 244 millions d'euros²⁹⁴.

4.3.5 Les exonérations des cotisations de sécurité sociale

Selon l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF), toute personne concernée par l'article L241-10-I du code de la sécurité sociale qui engage une aide à domicile en mode direct pour une aide dans les actes de la vie courante, peut bénéficier d'une exonération des cotisations patronales de la sécurité sociale. Une lettre ministérielle du 9 février 2006, est venue compléter ce dispositif issu de la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne. Ce courrier a ainsi élargi le champ de l'activité des aides à domicile. A partir de cette date, toutes les activités mentionnées dans l'article D7231-1 du code du travail sont soumises à l'exonération des cotisations de sécurité sociale. Concernant le public âgé, les critères sont d'être âgé d'au moins

²⁹¹ Bulletin Officiel des impôts n°22 du 2 février 2012, Ref S-B-7-12

²⁹² Données visibles sur le site Internet des impôts : http://www.impots.gouv.fr/portal/dgi/public/popup?espId=1&typePage=cpr02&docOid=documentstandard_1740 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

²⁹³ FRAGONARD B. (2011) *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, Annexe au rapport du groupe n° 4, 217p. (Données de la direction du budget en 2010 et de la Cour des comptes en 2005)

²⁹⁴ FRAGONARD B. (2011) *Ouvrage cité*

70 ans et de remplir les conditions de perte d'autonomie prévues dans l'article L 232-2 du code de l'action sociale et des familles. Toutefois, si une personne âgée de 60 ans se trouve dans l'obligation de recourir à une assistance pour accomplir les actes de la vie quotidienne, elle peut également bénéficier de l'exonération de cotisations patronales de la sécurité sociale. Pour les personnes dont le seul critère est l'âge, ce dernier doit être supérieur à 70 ans et l'exonération est limitée à 65 fois le montant du Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC) horaire par mois et par ménage.

Dans le cadre du développement des services à la personne, le Chèque Emploi Service Universel (CESU) est venu simplifier les démarches administratives entre la personne (l'employeur) et l'intervenant (le salarié). Il a été mis en place par la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 et le décret n° 2005-1360 du 3 novembre 2005 et remplace le chèque emploi-Service. Il est uniquement utilisé pour rémunérer un employé pour des activités de services à la personne. Grâce au CESU, la personne employeur n'est pas soumise aux cotisations sociales dans la limite d'un plafond de 1 830 euros mensuels par salariés. En 2010, les exonérations de cotisations de sécurité sociales représentaient un budget de 1 milliard d'euros²⁹⁵.

Toutes ces prestations, ces aides et ces avantages permettent aux personnes de faire face à certaines dépenses liées à leur état de dépendance. En effet, que ce soit en établissement ou à domicile, le public âgé dispose d'une palette de services pour l'aider au quotidien.

4.4 Les services à la personne

Les services à domicile relèvent à la fois du secteur sanitaire pour la réalisation de soins médicaux et d'actes techniques et du secteur social pour l'accomplissement d'aides au quotidien.

4.4.1 Les services sanitaires

Les services sanitaires regroupent les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), les Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) et l'Hospitalisation A Domicile (HAD).

Selon le décret n°04-613 du 25 juin 2004 du code de l'action sociale et des familles, « *Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) assurent, sur prescription médicale, des*

²⁹⁵ FRAGONARD B. (2011) *Ouvrage cité*

prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels ». Les SSIAD sont délivrés au domicile des bénéficiaires, au sein des établissements non médicalisés pour personnes âgées (maisons de retraite, foyer-logement...) ainsi que dans les structures dont le GIR Moyen Pondéré (GMP) est inférieur à 300 ou bien dans les établissements dont le GMP est supérieur à 300 mais dont la capacité d'accueil est inférieure à 25 places. Ils ont le statut d'institutions médico-sociales, ce qui fait qu'ils sont soumis à une autorisation préfectorale d'ouverture. Les SSIAD peuvent être créés et gérés par des organismes publics ou privés et constituer des Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) en s'associant à un service social, un Service d'Aide et d'Accompagnement A Domicile (SAAD). A cet effet, les SPASAD ont été créés par le décret du 25 Juin 2004 pour les services qui assurent à la fois les missions d'un SSIAD et d'un SAAD. Ils doivent alors élaborer un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins en fonction d'une évaluation préalable auprès de la personne. Jusqu'en 2006, ces services étaient financés selon un forfait journalier dont le montant était fixé par arrêté du ministre aux personnes âgées. Le tarif de ces soins s'élevait à 39,79 euros pour les SSIAD publics et à 39,97 euros pour les SSIAD privés²⁹⁶. A partir de 2006, ce forfait est remplacé par une dotation globale de soins (article R.314-138 du CASF). Dorénavant, le budget de ces services tiendra compte des charges relatives à la rémunération du personnel, aux forfaits de déplacements du personnel, aux fournitures et au petit matériel médical (liste arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale) ainsi qu'au frais généraux de fonctionnement du service.

Les SSIAD ne sont pas exclusivement réservés aux personnes âgées de plus de 60 ans et sont également accessibles aux personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies ou présentant un handicap. Toutefois, pour le public âgé, ces services sont très importants car ils permettent non seulement de retarder une hospitalisation ou une institutionnalisation mais également de faciliter un retour à domicile après une hospitalisation. Les professionnels qui délivrent ces services de soins sont des infirmiers, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des pédicures podologues, des ergothérapeutes et des psychologues. Ces derniers doivent collaborer avec l'ensemble des acteurs du secteur (aide à domicile, services sociaux, centres communaux d'action sociale...). Selon une enquête de la DREES, 2 095

²⁹⁶ Données visibles sur le site Internet du ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/ssiad-services-de-soins-infirmiers,2819/tarification,16321.html> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

SSIAD sont recensés en France et comptent environ 106 000 places installées au 31 décembre 2008²⁹⁷. En 2010, le taux d'équipement moyen en SSIAD s'établit à 18,9 % sur l'ensemble du territoire. Les disparités existent selon les départements et nous reviendrons sur ce point au cours du second livre (Chapitre 2, Partie 2.2). Parmi ces places, 2 % sont des SPASAD (47 structures) et représentent 4 % de la capacité totale²⁹⁸. Depuis leur création, le nombre de places au sein des SSIAD n'a cessé d'augmenter. En effet, le développement du maintien à domicile et les différents plans « Vieillesse et solidarité » de 2004-2007 et « Solidarité grand âge » de 2007-2012 ont engendré une croissance de ces services de l'ordre de 3 % en moyenne par an²⁹⁹. Depuis 2004, même si leur champ d'intervention s'est élargi, la majorité des SSIAD est utilisée par les personnes de plus de 60 ans. En effet, au 31 décembre 2008, ils accompagnent 98 300 personnes dont 93 000 personnes âgées³⁰⁰. 57 % des heures de SSIAD sont réalisés dans le cadre d'un plan d'aide relatif à l'APA (pour les services relevant des CCAS et des CIAS) et 25 % des heures le sont dans le cadre des actions sociales des caisses de retraite. Parmi les heures effectuées auprès des personnes âgées dépendantes, 68 % s'adressent à des personnes fortement dépendantes de GIR 1 à 3 et 32 % concernent des personnes peu dépendantes, de GIR 5 et 6³⁰¹.

Les services sanitaires regroupent également l'Hospitalisation A Domicile (HAD). Cette dernière permet d'éviter à une personne de séjourner un certain temps dans un établissement hospitalier en lui délivrant des actes thérapeutiques à domicile. Dans cette optique, la circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004 définit que : *« les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes »*. Si le patient nécessite des soins particuliers, une hospitalisation à domicile mobilise l'intervention de plusieurs professionnels et nécessite une certaine coordination. Elle est prescrite par le médecin traitant ou le médecin hospitalier et elle est soumise à autorisation de l'ARS. Dans certaines situations et pour éviter des ré-hospitalisations ou des admissions aux urgences sur le long terme, la circulaire DHOS-DGAS du 5 octobre 2007

²⁹⁷ BERTRAND D. (2010) *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, DREES n° 739, 8p.

²⁹⁸ BERTRAND D. (2010) *Ouvrage cité*

²⁹⁹ BERTRAND D. (2010) *Ouvrage cité*

³⁰⁰ BERTRAND D. (2010) *Ouvrage cité*

³⁰¹ KANNER P. (2012) Les services d'aides à domicile gérés par les CCAS et CIAS, *Enquêtes et observations sociales*, Les enquêtes de l'UNCCAS n°3, 24p.

stipule que les services d'hospitalisation à domicile peuvent être réalisés au sein des EHPAD. Dans ce cas, l'hospitalisation à domicile et l'établissement signent une convention (transmise à l'ARS) précisant les conditions d'intervention de l'hospitalisation à domicile au sein de l'EHPAD ; les modalités des protocoles de soins ; l'accès au dossier du patient par le personnel ; les circuits médicamenteux et les modalités d'évaluation de l'organisation. Cette initiative est intéressante car elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Elle fluidifie le parcours de la personne et désengorge les services hospitaliers. Néanmoins, certains lits d'EHPAD sont aujourd'hui occupés par des « hospitalisation à domicile », ce qui fait que, face au manque d'équipement d'hébergement, le problème d'engorgement des services se trouve simplement déplacé. Comme pour les SSIAD, cette prestation n'est pas réservée aux personnes âgées mais ce public reste très consommateur de ce type de prise en charge. En 2006, quatre séjours sur dix sont consacrés aux personnes âgées de plus de 65 ans et plus de 10 % concernent les personnes de plus de 80 ans³⁰².

L'hospitalisation à domicile est prise en charge à hauteur de 80 % par l'assurance maladie et à hauteur de 20 % par les assurances complémentaires. Toutefois, la CNAV peut participer à son financement pour les personnes qui ne perçoivent pas l'APA. Elle peut prendre en charge une aide humaine (conseil, orientation, accompagnement...) ou une aide technique (siège salle de bain, tabouret de douche, rampe...). Globalement, cette aide ne peut pas dépasser deux mois. Toutefois, un mois supplémentaire peut être accordé dans le cadre d'une orientation vers l'allocation personnalisée d'autonomie.

4.4.2 Les services à la personne relevant du champ social

Les services sociaux regroupent diverses prestations et intègrent les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), l'aide-ménagère, le portage de repas, la garde à domicile et les aides techniques.

Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) bénéficient d'un cadre réglementaire depuis le décret du 25 juin 2004. Ils s'adressent au même public que celui des SSIAD, à savoir les personnes âgées de plus de 60 ans malades et/ou dépendantes ainsi que des personnes adultes âgées de moins de soixante ans présentant une pathologie ou un handicap. Les SAAD ne délivrent aucun acte médical et interviennent en complémentarité des SSIAD. Ils

³⁰² AFRITEA A., CHALEIXB M., COM-RUELLEA L., Et al. (2009) L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients en 2006, *Questions d'économie de la santé* n° 140, 8p.

sont réalisés à partir du domicile du bénéficiaire. Ils s'inscrivent dans le cadre d'un projet individualisé d'aide et d'accompagnement et sont mis en place suite à une évaluation des besoins de la personne. Les SAAD apportent un soutien ; permettent de préserver ou d'améliorer l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne ; de développer des activités sociales et de maintenir le lien avec l'entourage de la personne. Ces aides sont effectuées par des auxiliaires de vie sociale (AVS) qui réalisent des services ménagers et représentent une aide pour les actes essentiels (se lever, se déplacer...). Ils sont pris en charge par la personne ou par l'aide sociale (suivant l'habilitation du prestataire).

L'aide-ménagère représente une prestation sociale sous condition d'âge et de ressources. La personne doit être âgée d'au moins 65 ans ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail. Elle doit nécessiter une aide matérielle par rapport à son état de santé pour accomplir des actes essentiels de la vie courante. Enfin, la personne ne doit ni bénéficier de l'APA, de la MTP ou de l'ACTP. L'aide-ménagère est de deux types : l'aide-ménagère relevant de l'aide sociale et l'aide-ménagère du ressort des caisses de retraite. La première est prise en charge par le département au titre de l'aide sociale lorsque les ressources de la personne sont inférieures à 791,99 euros pour une personne seule et 1 229,61 euros pour un couple en 2014³⁰³. La seconde est prise en charge par la caisse de retraite lorsque les revenus sont supérieurs aux montants cités ci-dessus. Toutefois, dans les deux cas, une participation de la personne peut être demandée en fonction de ses revenus et est fixée par le Président du conseil général. Elle varie d'un département à l'autre et est en moyenne de 6 % du coût du service. De plus, l'aide-ménagère est considérée comme une avance et prétend à la récupération sur succession. Dans le premier cas, la demande doit être effectuée auprès d'un CCAS et dans le second cas, la demande s'opère auprès de la caisse de retraite de la personne. Le temps d'aide-ménagère accordé est de trente heures maximum par mois pour une personne seule et de quarante-huit heures mensuelles pour un couple. Les personnes hébergées en foyers-logements peuvent également bénéficier de l'aide-ménagère mais dans la limite de vingt heures mensuelles. En 2011, 18 131 personnes âgées ont bénéficié de l'aide-ménagère contre 19 381 personnes en 2010, soit près de 6 % de moins³⁰⁴. Cette régression progressive provient probablement de la création de l'APA en 2002³⁰⁵. Peu de données détaillées sont disponibles sur le budget propre que représente l'aide-ménagère. Le

³⁰³ Aide sociale aux personnes âgées : aide-ménagère à domicile, Site Internet du Service public : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F245.xhtml> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

³⁰⁴ BORDERIES F., TRESPÉUX F. (2012) *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2011*, DREES n° 820, 126p.

³⁰⁵ BORDERIES F., TRESPÉUX F. (2012) *Ouvrage cité*

rapport Fragonard (2011) indique un montant de 170 millions d'euros pour 2009 mais il englobe l'ensemble des aides sociales communales (portage de repas et aide-ménagère). Quant aux caisses de retraite, 660 000 euros étaient consacrés la même année aux aides envers les personnes peu dépendantes (GIR 5 et 6), mais là aussi pour l'ensemble des actions de préventions, dont l'aide-ménagère³⁰⁶.

Le portage de repas relève également du champ social et représente une aide primordiale pour le maintien à domicile des personnes âgées. Il s'adresse aux personnes qui ne peuvent pas préparer elles-mêmes leurs repas, qui ne s'alimentent pas correctement ou qui souffrent de malnutrition et/ou de dénutrition. Ces services se réalisent au domicile du bénéficiaire pour quelques jours par semaine. Ils sont mis en place suite à un accident, une hospitalisation ou une absence de l'entourage. Ils sont organisés par les CCAS ; une association d'aide à domicile, une association d'aide-ménagère ou encore un établissement d'hébergement... C'est le bénéficiaire qui en a la charge financière mais elle peut relever de l'aide sociale si le service est conventionné avec le conseil général.

De manière ponctuelle, l'entourage des personnes âgées peut avoir recours à un service de garde à domicile. Ce dernier concerne les personnes classées en GIR 5 et 6 et est attribué aux retraités d'une pension, d'une rente ou d'une allocation de l'assurance vieillesse ainsi qu'aux conjoints, s'ils ne relèvent pas d'un autre régime de base. Il est alloué sous condition de ressources et pour une durée de trois mois. Il est pris en charge à hauteur de 80 % du coût de la prestation et dépend de la CNAV. La garde à domicile représente une prestation de surveillance sur des tranches horaires de nuit ou de week-end et peut intervenir en complémentarité de l'aide-ménagère. Elle permet de faciliter l'organisation générale au sein du domicile de la personne (prévenir ou retarder une hospitalisation ; encadrer les sorties d'hôpital ; éviter l'avancement de la dépendance ; accompagner une personne en fin de vie). Aujourd'hui, ce type de garde se développe, même si l'on ne peut pas réellement le quantifier car il n'existe pas de données précises. Toutefois, le développement du maintien à domicile fait progresser cette prestation. D'autant qu'elle dépend d'associations, de CCAS ou d'entreprises privées qui représentent une réserve d'emplois importante.

³⁰⁶ FRAGONARD B. (2011) *Ouvrage cité*

Enfin, les services relevant du champ social intègrent les aides techniques. Elles permettent de faire reculer ou de compenser l'avancée de la dépendance. Elles sont très diverses et sont généralement liées à l'aménagement du logement. Elles englobent les aides à la mobilité (cannes, béquilles, fauteuils roulants...) ; les aides auditives ; la téléassistance (système qui permet de prévenir l'entourage proche si un événement survient)... En 2007, 3 % des bénéficiaires de l'APA bénéficiaient uniquement d'une aide technique et 30 % combinaient une aide technique et une aide humaine³⁰⁷.

Conclusion

Les prestations d'aides et de services sont indispensables à la garantie d'une prise en charge de la dépendance. Même si elles restent toujours insuffisantes pour la majorité des individus, elles représentent un « filet de sécurité » et permettent aux personnes âgées de bénéficier d'un minimum de services ou d'un hébergement en établissement. Toutefois, comme pour toutes les branches du secteur de la dépendance, l'évolution du montant des prestations reste tributaire des financements alloués. En effet, la France doit non seulement faire face à une demande croissante et de plus en plus diversifiée de la part des personnes âgées, mais elle doit également réaliser des économies pour renflouer le déficit de la sécurité sociale et faire preuve de maîtrise budgétaire.

De ce contexte émanent plusieurs interrogations. Que représente aujourd'hui le financement de la dépendance au sein du budget général de la France, et plus particulièrement, au sein du budget médico-social ? Quelles sont les projections de ces dépenses pour les dix ou quinze ans à venir ? Et enfin, quelles sont les grandes orientations du système de prise en charge de la dépendance et pour quel impact financier ?

³⁰⁷ FRAGONARD B. (2011) *Ouvrage cité*

CHAPITRE 5 Le financement de la dépendance

Selon l'INSEE, si la durée de vie moyenne en dépendance reste stable, le nombre de personnes dépendantes augmentera de 50 % en France entre 2005 et 2040, passant ainsi de 800 000 à plus de 1,2 million d'individus³⁰⁸. Cette croissance entraînera des besoins spécifiques et représentera un coût. En effet, les besoins en termes de prise en charge de la dépendance deviennent plus complexes qu'auparavant et doivent s'adapter pour optimiser la demande : prise en charge individualisée et adaptée, qualification du personnel, définition du rôle des acteurs... Ce constat établi, il est légitime de s'interroger sur la manière dont est financée la dépendance et sur l'évolution de ce budget au cours des prochaines années.

Pour tenter de répondre à ces interrogations, ce chapitre exposera dans un premier temps l'enveloppe budgétaire que représente la prise en charge de la dépendance des personnes âgées au sein du budget médico-social. Dans un deuxième temps, nous verrons que malgré les aides existantes, la participation de l'utilisateur reste significative et qu'elle a même tendance à augmenter. Enfin, nous présenterons les projections de ces dépenses estimées jusqu'en 2025.

5.1 Volume financier de la prise en charge des personnes âgées à l'échelle nationale

L'ensemble des dépenses et des recettes du régime général de la sécurité sociale sont respectivement estimées à 340,5 et 329,2 milliards d'euros pour l'année 2013, ce qui représente un déficit de 11,5 milliards d'euros³⁰⁹. Si l'on y ajoute le déficit du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) évalué à 2,5 milliards d'euros, le déficit général des comptes de la sécurité sociale s'établit à environ 14 milliards d'euros pour 2013. L'objectif du gouvernement étant de rééquilibrer les dépenses, le déficit diminue progressivement passant de 20,8 milliards d'euros en 2011 à 17,4 milliards d'euros en 2012 et à 14 milliards d'euros pour 2013³¹⁰.

Les branches maladie et vieillesse représentent les deux secteurs les plus déficitaires du régime général, avec respectivement -5,2 milliards et -4 milliards d'euros fin 2013 (Tableau n°21). Par conséquent, le déficit de la branche maladie diminuerait de 0,2 milliards d'euros et celui de la branche vieillesse de 1,2 milliards d'euros par rapport à 2012.

³⁰⁸ DUEE M., REBILLARD C. (2006) *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, INSEE, Santé et protection sociale, 2006, p. 613-619

³⁰⁹ TOURRAINE M., DELAUNAY M., Et al. (2013) *ONDAM et dépense nationale de santé*, Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2013, Annexe 7, 52p.

³¹⁰ TOURRAINE M., DELAUNAY M., Et al. (2013) *ouvrage cité*.

Tableau 21 - Plan de loi de financement de la sécurité sociale 2013 (Milliards d'euros)

	Solde 2012	Solde 2013
Maladie	-5.5	-5.2
AT/MP	-0.1	+0.3
Vieillesse	-5.2	-4
Famille	-2.5	-2.6
Total régime général (RG)	-13.3	-11.5
Fonds solidarité Vieillesse (FSV)	-4.1	-2.5
Total RG + FSV	-17.4	-14

Sources : PLFSS 2013

Le Plan de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) prévoit de limiter le déficit global des finances publiques à 3 % en 2013, objectif qui, selon le discours du Président de la République du 19 février 2013, sera finalement reporté en 2014. Malgré cet objectif, le gouvernement fixe l'évolution des Objectifs Nationaux de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) à +2,7 % pour 2013, contre +2,5 % prévus initialement. Cette tendance marque la volonté du gouvernement de faire de la protection sociale une priorité nationale et de maintenir le niveau de prise en charge actuel de la population.

Entre 2012 et 2013, l'évolution des différents ONDAM (soins de ville, hospitalier, médico-social) reste positive (Tableau n°22). Parmi eux, l'ONDAM médico-social dédié aux personnes âgées progresse de +4,6 % entre 2012 et 2013 alors que l'ONDAM général ne progresse que de +2,7 %. Cette croissance représente un investissement de 8,4 milliards d'euros pour 2013, soit environ 400 millions d'euros supplémentaires par rapport à 2012 et illustre l'implication du gouvernement en faveur de la prise en charge des plus fragiles.

Au sein de l'ONDAM médico-social, 147 millions d'euros sont investis d'une part, dans la médicalisation des établissements et permettent à environ 900 structures de renouveler leur convention, et d'autre part, sont destinés à la création d'environ 7 000 emplois et à l'augmentation du taux d'encadrement des EHPAD³¹¹. Une enveloppe est également dédiée à la poursuite des plans « Alzheimer » et « Solidarité grand âge » pour permettre la création d'environ 3 200 places en EHPAD, en SSIAD, en accueil de jour et en hébergement temporaire³¹².

³¹¹ TOURRAINE M., DELAUNAY M., Et al. (2013) *ONDAM et dépenses nationales de santé*, Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2013, Annexe 7, 52p.

³¹² TOURRAINE M., DELAUNAY M., Et al. (2013) *Ouvrage cité*

Tableau 22 - ONDAM 2013

SYNTHESE 2013	Prévision d'exécution pour 2012 (périmètre 2013)	Sous- objectifs 2013	Taux d'évolution
ONDAM soins de ville	78.5	80.5	2.6%
ONDAM hospitalier	74.6	76.5	2.6%
Dont établissements de santé tarifés à l'activité	55.4	56.7	2.4%
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19.2	19.8	3.1%
ONDAM médico-social	16.5	17.1	4,0%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8	8.4	4.6%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8.4	8.7	3.3%
Autres prises en charge*	1.2	1.3	5.9%
ONDAM total	170.8	175.4	2.7%

*Ce sous-objectif comprend les dépenses relatives aux soins à l'étranger, au financement des établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, notamment en matière d'addictologie, ainsi qu'à la participation de l'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Sources : PLFSS 2013

Parallèlement, le gouvernement souhaite mener des mesures plus profondes. En effet, l'augmentation du vieillissement démographique et des situations de dépendance est accompagnée d'une croissance des pathologies chroniques, d'où la nécessité de besoins spécifiques et d'une prise en charge adaptée de la personne. Si les décideurs politiques prennent conscience de ces besoins, le système actuel fait encore défaut. Par conséquent et en continuité avec les préconisations du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) de 2012, le gouvernement souhaite instaurer un réel « parcours de soins » du patient et mieux utiliser les soins préventifs, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des personnes ainsi que de leurs proches. Ces objectifs nécessitent de développer les équipes de professionnels de proximité, densifier les territoires qui ne possèdent pas assez de professionnels de santé (déserts médicaux) et décloisonner des prestations de soins des prestations médico-sociales pour organiser un « parcours du patient » adéquat. Dès lors, une mission de cette envergure demande d'importants investissements qu'il est difficile d'instaurer face aux objectifs de réduction du déficit des comptes publics. Toutefois, le PLFSS prévoit 5 milliards d'euros de recettes supplémentaires pour amorcer cette démarche, dont 3,4 milliards émanent du régime général de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse. En complément, le gouvernement prévoit d'augmenter certaines taxes (alcool et tabac) ainsi que d'autres prélèvements (contribution additionnelle de solidarité pour les retraités imposables et prélèvements sociaux pour une partie des travailleurs indépendants...) car il souhaite diminuer les remboursements et les reports

de charges sur les usagers et les assurances complémentaires. Ainsi, l'ensemble de ces cotisations et taxes devraient permettre de dégager 5 milliards d'euros de recettes et permettre un investissement public significatif pour amorcer ces mesures.

Néanmoins, si les budgets publics représentent une part importante du financement de la dépendance, les dépenses privées ne cessent de croître. Selon les rapports, les méthodes et les scénarios, les montants des dépenses liées à la dépendance diffèrent un peu. Toutefois, selon un scénario moyen, le rapport de la Cour des comptes annonce un montant total de dépenses liées à la prise en charge de la dépendance de 34 milliards d'euros en 2010³¹³.

5.2 Répartition des dépenses publiques et privées

Globalement, la dépendance des personnes de GIR 1 à 4 est financée à hauteur de 86 % par la couverture publique pour la prise en charge à domicile et à hauteur de 61 % en établissement (Tableau n°23). A domicile, les fonds publics financent majoritairement l'APA, les dépenses de soins et l'exonération des cotisations sociales liées à l'emploi, alors que les personnes âgées (part privée) acquittent les dépenses de soins et de ticket modérateur de l'APA (14 %). En établissement, le financement privé est plus important, notamment en raison du tarif hébergement (gîte et couvert) qui reste élevé et qui n'est que partiellement couvert par les aides (39 %).

Tableau 23 - Répartition des dépenses publiques et privées liées à la dépendance en 2010

	Types de dépenses	Montants*	%
Domicile (GIR 1 à 4)	Dépenses privées	1 293	14
	Dépenses publiques	7 959	86
	Total	9 252	
Etablissement (GIR 1 à 4)	Dépenses privées	9 149	39
	Dépenses publiques	14 407	61
	Total	23 556	

* en Millions d'euros

Sources: Rapport Fragonard 2011, Données Cours des comptes 2010

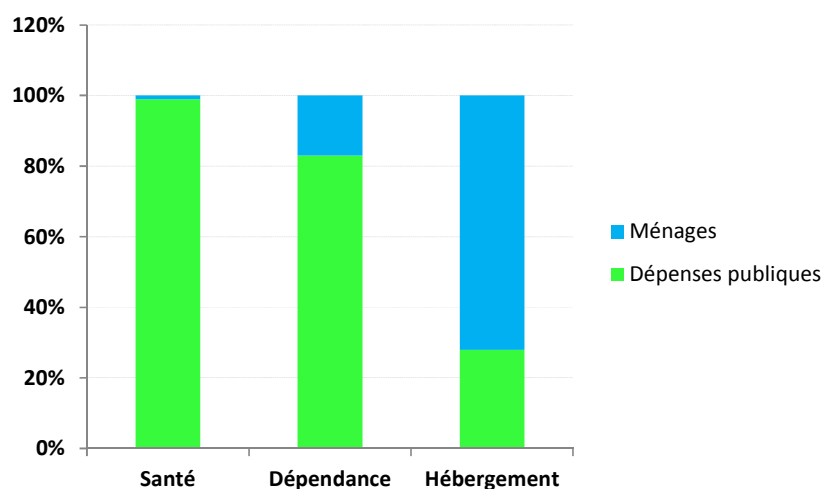
³¹³ RAHOLA A. (2011) *Synthèse du débat national sur la dépendance*, Rapporteur du Comité interministériel de la dépendance remis au Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 64p.

5.2.1 Un financement majoritairement public...

En 2010, les dépenses liées à la dépendance sont évaluées à environ 34 milliards d'euros. Ce budget se décompose selon les quatre postes suivants : 8,5 milliards d'euros liés à la dépendance (25 %), 14,5 milliards attribués aux soins (42 %) et 10 milliards relatifs à l'hébergement. Enfin, 1,5 milliards d'euros étaient destinés à la prise en charge des personnes relevant des GIR 5 et 6³¹⁴. Selon les scénarios, la part des dépenses publiques se situerait entre 67 % et 76 % de ce montant, soit environ 24 milliards d'euros si l'on prend une moyenne de 70 %.

Globalement, selon les trois postes de dépenses (santé, dépendance et hébergement), les dépenses publiques acquittent 99 % du budget santé lié à la dépendance, 83 % du budget médico-social et 28 % de celui de l'hébergement en établissement. Le reste est acquitté par les individus (Figure n°39).

Figure 39 - Part des dépenses publiques et des dépenses privées dans le financement de la prise en charge de la dépendance en 2010 (%)



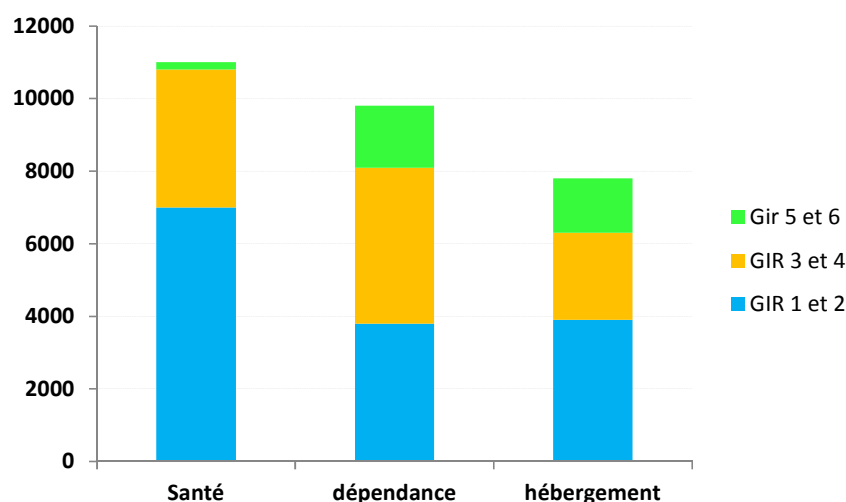
Sources : Données Drees, compte de la dépendance, 2011

Selon que la perte d'autonomie soit ou non importante, la répartition des dépenses fluctue proportionnellement. Selon l'étude de la DREES sur le « surcoût » de la dépendance, les dépenses de santé qui représentent 11 milliards d'euros en 2011 sont ainsi plus importantes

³¹⁴ RAHOLA A. (2011) ouvrage cité

pour les GIR 1 et 2 (64 %) que pour les autres GIR (33 % pour les GIR 3 et 4 ainsi que 3 % pour les GIR 5 et 6)³¹⁵ (Figure n°40).

Figure 40 - Part des dépenses en fonction du degré de dépendance (de chaque GIR)
en 2010 (milliards d'euros)



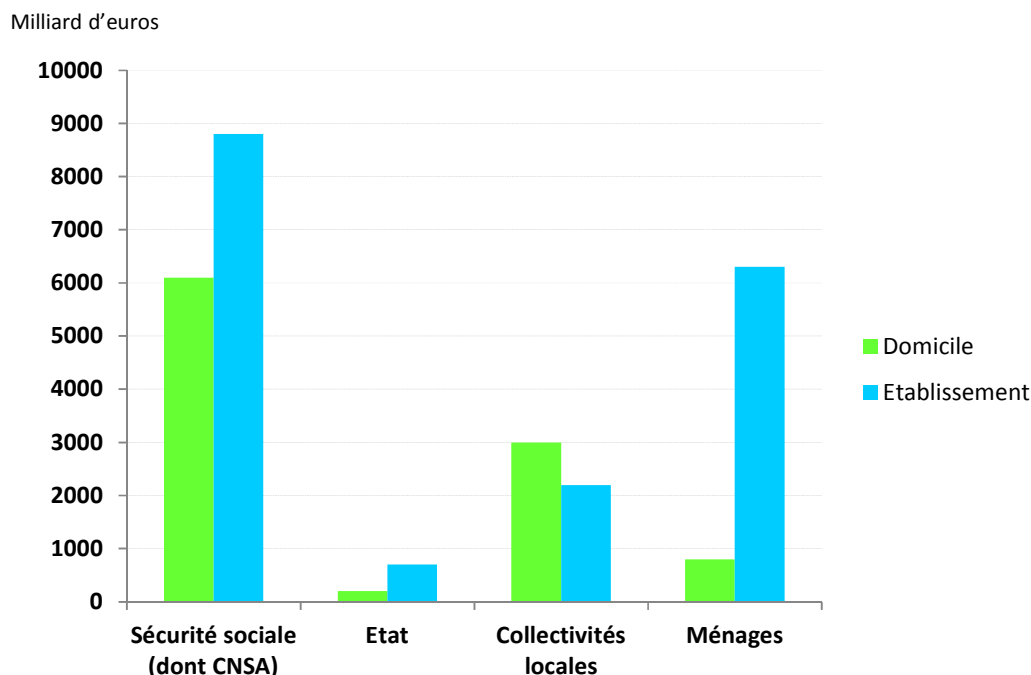
Sources : Données Drees, compte de la dépendance, 2011

Selon les financeurs, on constate que le financement des prestations à domicile ou en établissements est différent³¹⁶. Rappelons que la DREES a intégré l'assurance maladie, les branches famille et vieillesse de la sécurité sociale ainsi que la CNSA au sein du premier groupe (sécurité sociale). Les collectivités locales représentent, quant à elles, les départements et les communes. Enfin, la DREES n'a pas intégré les dépenses des ménages à domicile effectuées au-delà du plan d'aide de l'APA. Elle précise par ailleurs que leur prise en compte entraînerait une augmentation importante des dépenses des ménages à domicile (Figure n°41). Les acteurs qui consacrent le budget le plus important en matière de prise en charge de la dépendance sont la CNSA et la sécurité sociale avec respectivement 6,1 milliards à domicile et 8,8 milliards d'euros en établissement. Les collectivités locales, quant à elles, financent davantage le maintien à domicile que l'institutionnalisation avec 3 milliards contre 2,1 milliards d'euros. Enfin, les ménages financent une large part de leur hébergement (6,3 milliards contre 1,9 milliard d'euros).

³¹⁵ RENOUX A., ROUSSEL R., ZAIDMAN C. (2014) *Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060*, DREES Dossiers Solidarité santé n°50, 44p.

³¹⁶ RENOUX A., ROUSSEL R., ZAIDMAN C. (2014) *ouvrage cité*

Figure 41 - Répartition des dépenses par type de financeurs
et en fonction du lieu d'hébergement en 2010



Sources : Données Drees, compte de la dépendance, 2011

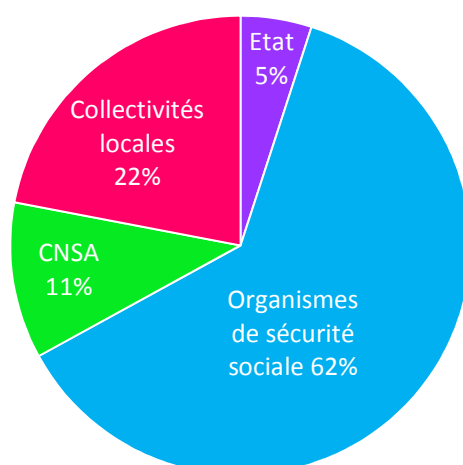
Selon les scénarios de projections sur l'indexation des prix ou sur les salaires, la croissance de la dépense publique est évaluée entre +2,2 et +2,6 milliards d'euros, soit entre 26,2 et 26,6 milliards d'euros à l'horizon 2025 et entre +6,5 et +10,3 milliards, soit entre 32,5 et 34,3 milliards d'euros au total en 2040³¹⁷. Ces chiffres sont importants. Néanmoins, ils intègrent aussi bien des aides liées uniquement à la perte d'autonomie que les prestations ouvertes à l'ensemble de la population et dont les personnes âgées dépendantes bénéficient également.

Au total, que ce soit à domicile ou en établissement, les principaux financeurs de la dépendance sont l'assurance maladie et la CNSA (dont les principaux financements proviennent de l'assurance maladie) qui financent la dépendance à hauteur de 62 % et 11 %. Viennent ensuite les collectivités locales (principalement les conseils généraux) avec 22 % et l'Etat à hauteur de 5 % du budget total (Figure n°42). Selon la Cour des comptes, en 2010, les organismes de sécurité sociale ont consacré un budget de 15 milliards d'euros à la dépendance, dont 13

³¹⁷ FRAGONARD B. (2011) *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, Annexe au rapport du groupe n° 4, 217p.

milliards d'euros provenait de l'assurance maladie, 1 milliard d'euros provenait des exonérations de cotisation sociale et 727 millions d'euros de la branche vieillesse³¹⁸.

Figure 42 - Répartition des dépenses publiques en faveur de la dépendance
selon les acteurs en 2010



Sources : Rapport CNSA 2010

Avec les organismes de sécurité sociale, le département contribue largement au financement de la dépendance. Il a à sa charge les prestations d'APA (domicile et établissement), d'ASH et d'aides à domicile (aides ménagères et portage de repas), dont les dépenses représentent au total environ 8 milliards d'euros³¹⁹. Ses ressources proviennent principalement d'une dotation globale de fonctionnement de la part de l'Etat (pour l'ensemble des prestations sociales), de ressources de la CNSA pour les aides ainsi que des impôts des contribuables³²⁰. De leurs côtés, les communes participent au financement du maintien à domicile, notamment pour les personnes classées en GIR 5 et 6. Même si l'on ne connaît pas les chiffres exacts, la direction du budget estime le total de leurs dépenses à 170 millions d'euros en 2009³²¹.

En matière de financement public, le rôle de la CNSA ne cesse d'être renforcé depuis 2005. Comme nous l'avons expliqué (Livre 1, Chapitre 3, Partie 3.5), elle a pour objectif de garantir

³¹⁸ FRAGONARD B. (2011) *Ouvrage cité*

³¹⁹ CLEMENT E. (2012) *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2010*, DREES Série Statistique n° 169, 135p.

³²⁰ CLEMENT E. (2012) *ouvrage cité*

³²¹ CLEMENT E. (2012) *ouvrage cité*

une équité des prestations liées à la dépendance sur l'ensemble du territoire. Ainsi, en 2010, elle participe à hauteur de 11 % au financement de la dépendance. Ces ressources proviennent principalement de l'assurance maladie (80 %), de la Contribution Solidarité Autonomie (CSA) et des 0,1 point de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) (18 %)³²². Selon le budget primitif établi pour 2013, le budget de la CNSA devrait représenter 21,1 milliards d'euros, soit une croissance de 3,4 % par rapport à 2012 (20,4 Mds d'euros)³²³.

La CNSA distribue ensuite ses financements aux ARS, qui à leurs tours, les allouent aux établissements et services des secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées ». Elle distribue une petite partie de ses ressources (300 millions d'euros) à différents projets (actions de formation, d'accompagnement des salariés telles que les VAE, démarches qualité...). Tous ces projets sont encadrés par des conventions départementales signées entre l'Etat et le conseil général, voire d'autres acteurs du territoire concerné.

Contrairement à la CNSA, la participation de l'Etat ne cesse de diminuer. Il contribue au financement de la dépendance par le biais des aides au logement (APL et ALS) à hauteur de 406 millions d'euros, par l'intermédiaire des réductions d'impôts pour les frais de dépendance, d'allègements de TVA et de réductions d'impôts pour les investissements immobiliers meublés non-professionnels à hauteur de 644 millions d'euros³²⁴. Il s'agit par exemple de réductions d'impôts pour la location meublée non professionnelle (20 millions d'euros) ; d'allègements de TVA pour les équipements à domicile (27 millions d'euros) ; d'allègements de taxe quant à l'acquisition d'un appareillage spécifique lié au maintien à domicile (10 millions d'euros)³²⁵. Enfin, l'Etat alloue un budget à la CNSA de 2,1 milliards d'euros pour le financement des aides aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

De leur côté, les caisses de retraite financent de plus en plus de prestations pour les non bénéficiaires de l'APA, soit les personnes en GIR 5 et 6. Selon la direction du budget, l'ensemble des dépenses d'action sociale de la branche retraite est estimé à 660,7 millions d'euros en 2010³²⁶. Ce budget rassemble d'une part l'enveloppe de la caisse nationale d'assurance vieillesse (371,7 millions d'euros, dont 288,5 millions d'euros sont spécifiques aux

³²² CNSA, Rapports d'activité de la CNSA de 2012

³²³ CNSA, *Ouvrage cité*

³²⁴ FRAGONARD B. (2011) *Ouvrage cité*

³²⁵ FRAGONARD B. (2011) *ouvrage cité*

³²⁶ FRAGONARD B. (2011) *ouvrage cité*.

prestations individuelles) et d'autre part, l'enveloppe des régimes de retraites obligatoires de bases et complémentaires (289 millions d'euros)³²⁷.

Au travers des financements publics, ces aides financières permettent aux individus de faire face aux dépenses liées à la prise en charge de la dépendance. Néanmoins, le reste à charge des personnes âgées reste significatif et devient de plus en plus important, que ce soit à domicile ou en établissement.

5.2.2 ... mais des financements privés en constante augmentation

5.2.2.1 *Le reste à charge des individus*

Il n'est pas évident de connaître le montant précis du reste à charge des individus, en particulier à domicile. Non seulement, il existe une grande diversité d'aides qui diffèrent selon les situations, les territoires et les tarifs prodigués, mais l'aide informelle représente également un apport difficilement estimable. En établissement, les charges personnelles telles que les biens de première nécessité (produits de toilette, blanchisserie...), les équipements de confort (télévision, téléphone...) et les dépenses de consommations courantes dépendent de chaque individu et ne sont pas comptabilisées dans les charges personnelles. En 2011, les ménages acquittent environ 1 % des dépenses de santé liées à la perte d'autonomie, 17 % des dépenses médico-sociales d'aides aux personnes et 72 % de l'hébergement en établissement³²⁸. De plus, le reste à charge est estimable en fonction de l'APA. En 2010, il est évalué à 917 millions d'euros en établissement et à 810 millions d'euros à domicile, déductions faites des impôts liés à l'emploi d'une personne³²⁹ (Tableau n°24). A domicile, la participation financière moyenne mensuelle liée à la prise en charge de la dépendance des bénéficiaires s'établit entre 82 euros pour une personne en GIR 4 à 243 euros pour une personne en GIR 1 en 2010 (Tableau n°24).

³²⁷ FRAGONARD B. (2011) *ouvrage cité*

³²⁸ RENOUX A., ROUSSEL R., ZAIDMAN C. (2014) *Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060*, DREES Dossiers Solidarité santé n° 50, 44p.

³²⁹ FRAGONARD B. (2011) *Ouvrage cité*

Tableau 24 - Estimation du ticket modérateur global de l'APA à domicile en 2010

	Nombre de GIR à domicile (milliers)	Part des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur	Montant moyen de la participation financière d'un bénéficiaire acquittant d'un ticket modérateur (€/mois)	Participation financière agrégée des bénéficiaires acquittant d'un ticket modérateur (M€/mois)	Participation financière agrégée des bénéficiaires acquittant d'un ticket modérateur (M€/an)
GIR 1	19 000	73%	243	3	40
GIR 2	130 000	76%	204	20	241
GIR 3	157 000	76%	144	17	206
GIR 4	421 000	78%	82	27	323
TOTAL	727 000	77%	121	67	810

Sources : Drees 2010, rapport Fragonard

Entre 2007 et 2011, le nombre de bénéficiaires de l'APA à ne pas acquitter de ticket modérateur a augmenté de 7 %, passant de 16 % à 23 %³³⁰. Cette évolution traduit la croissance générale des revenus des personnes âgées. Du côté des plus aisés (qui participent à hauteur de 90 % du plan d'aide), leur représentation reste stable et s'établit aux alentours de 2 %³³¹. Toujours pour la même période, les montants médians des plans d'aide de l'APA diminuent de 4 % et sont de 466 euros en 2011, tous GIR confondus. La principale raison de cette baisse provient d'une réduction importante (9 %) du plan d'aide des personnes classées en GIR 4 et par conséquent d'un déclin des montants et des plafonds. Cette dynamique va de pair avec la diminution de la participation des conseils généraux (10 % par rapport à la médiane) et par conséquent, une augmentation de la participation des individus (22 % toujours par rapport à la médiane). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces fluctuations : renoncement de certaines personnes face à un ticket modérateur non nul, personnes moins dépendantes avec moins de besoins dans la vie quotidienne, régulation importante des départements face aux conditions financières restrictives³³².

En établissement, le montant moyen d'un hébergement diffère selon les rapports. Il est généralement évalué à 1 770 euros mais le rapport Fragonard l'estime à 1 938 euros mensuels en 2010. Bien entendu, il diffère en fonction des individus, de leurs besoins, de leur niveau de dépendance et du statut de la structure d'accueil³³³. Les départements d'Île-de-France et de la région PACA affichent les tarifs mensuels les plus importants avec respectivement 2 501 euros

³³⁰ BERARDIER M. (2014) *Les bénéficiaires de l'APA à domicile et leurs ressources en 2011*, DREES Etudes et résultats n°876, 8p.

³³¹ BERARDIER M. (2014) *Ouvrage cité*

³³² BERARDIER M. (2014) *Ouvrage cité*

³³³ FRAGONARD B. (2011) *ouvrage cité*

et 2 074 euros. A l'inverse, la Vendée (1 342 euros) et l'Aveyron (1 403 euros) offrent des tarifs moindres³³⁴. Du côté des résidents, le reste à charge mensuel varie du simple au double et peut passer de 1 500 à 2 900 euros (tous statuts d'établissements confondus) et selon deux scénarios (très bas en fonction de dépenses personnelles strictement minimum et moyen en fonction de dépenses nécessaires sans superflu particulier)³³⁵. Si l'on prend en compte le patrimoine médian d'un ménage âgé équivalent à 140 000 euros et un revenu médian de 70 000 euros³³⁶, les personnes âgées possèdent les ressources suffisantes pour financer leur dépendance. En revanche, elles ne disposent pas de beaucoup de souplesse et à long terme, la situation devient difficilement soutenable pour la plupart d'entre elles. D'autant qu'avant un hébergement, le maintien à domicile demande également des investissements (équipement, adaptation du logement...). La dépendance représente alors un risque supportable sur une courte période mais très lourde et coûteuse lorsque l'épisode dure dans le temps.

Le statut de l'établissement influence nettement le reste à charge des résidents. Les structures privées à but lucratif prodiguent des tarifs « hébergement » beaucoup plus importants (2 059 euros en moyenne) que les établissements publics (1 380 euros en moyenne) ou les structures privées à but non lucratif (1 579 euros en moyenne) (Tableau n°25). La différence mensuelle du tarif hébergement peut atteindre 679 euros alors que la différence maximale du tarif dépendance n'est que de 41 euros.

Tableau 25 - Tarifs moyens selon le statut de l'établissement en 2007

	Tarif Hébergement	tarif dépendance	Total
Public	1 380	391	1 772
Privé à but non lucratif	1 579	366	1 945
Privé à but lucratif	2 059	350	2 409

Sources : Drees 2007, Rapport Fragonard, comptes financiers pour la dépendance, 2011

Les personnes hébergées en structures privées à but lucratif disposent souvent de moyens financiers plus importants pour couvrir leur dépendance que les personnes hébergées en structures publiques. Elles bénéficient également de moins d'aides et d'un reste à charge plus

³³⁴ Cap Retraite (2012) *La France face à la pénurie de maisons de retraite, Situation actuelle et à venir, à l'échelle régionale et départementale*, Observatoire national, 28p.

³³⁵ BRANCHU C., VOISIN J., GUEDJ J., Et al. (2009) *Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des EHPAD*, Rapport Tome 1, IGAS, 144p

³³⁶ FRAGONARD B. (2011) *ouvrage cité*

conséquent. En effet, le ratio entre les revenus disponibles et le coût de l'hébergement confirme que les personnes plus aisées disposent de moyens financiers plus importants pour couvrir leur dépendance que les personnes hébergées en établissement public. En établissement privé à but lucratif, les personnes âgées possèdent un budget moyen mensuel total (revenus et aides) de 2 019 euros alors qu'en établissement public, elles bénéficient de 1 525 euros mensuels ou encore de 1 616 euros en établissement privé à but non lucratif (Tableau n°26). Les revenus par unité de consommation des personnes hébergées en structures privées à but lucratif (hors aides) couvrent davantage les dépenses d'hébergement que dans le secteur public. Si l'on rapproche les chiffres des tableaux n°25 et n°26, on voit que dans le premier cas, les revenus couvrent 84 % des dépenses (1 735/2 059) en établissement privé à but lucratif. Dans le second cas (structure publique), les revenus financent 70 % de ces dépenses et dans le troisième cas (établissement à but non lucratif), les revenus acquittent 74 % des dépenses d'hébergement. Les aides ne compensent qu'en partie cet écart et permettent au final de couvrir environ 83 % des dépenses d'hébergement dans le secteur privé à but lucratif et non lucratif et à hauteur de 86 % dans le secteur public. Il existe tout de même une différence de montants moyens mensuels allant de 247 (2 409-2 019) à 390 (1 772-1 515) euros mensuels.

Tableau 26 - Revenus disponibles moyens par unité de consommation (UC)
selon le statut de l'établissement

	Revenu disponible par UC*	Total aide	TOTAL
Public	968	557	1 525
Privé à but non lucratif	1 180	436	1 616
Privé à but lucratif	1 735	284	2 019

* Hors aides au logement et réduction d'impôt

Sources : Drees 2007, Rapport Fragonard, comptes financiers pour la dépendance 2011

Lors de son intervention du 30 janvier 2013 relative à la mise en place d'une loi sur l'autonomie, Michèle Delaunay, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, a évoqué la nécessité de réduire le reste à charge des personnes dépendantes, en particulier en établissement³³⁷. Pour cela, elle a évoqué plusieurs pistes. Elle propose non seulement d'étudier le coût foncier des terrains sur lesquels les maisons de retraite s'installent, mais également de mutualiser l'activité de plusieurs établissements. Il s'agirait de nommer un directeur pour trois établissements, de mutualiser les frais d'établissements et de réaliser des achats groupés. La

³³⁷Données visibles sur le site Internet du gouvernement : <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/loi-autonomie-un-grand-chantier-du-quinquennat-est-ouvert> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

Ministre aborde également l'encadrement du prix des loyers de relocation au moment du changement de résident en prenant exemple sur la mesure de Cécile Duflot pour les logements locatifs. Cette démarche nécessiterait la mise en place de conventions entre l'Etat et les maisons de retraite pour limiter les marges d'augmentation des tarifs. Bien entendu, ces annonces entraînent des réactions du côté des professionnels. Pascal Champvert, Président de l'Association des Directeurs au service des Personnes Âgées (AD-PA), explique que 80 % des tarifs des établissements sont décidés par les pouvoirs publics. Il précise que le problème vient surtout du fait que les coûts d'établissements sont mal remboursés et que les personnes ne bénéficient pas d'aides suffisantes³³⁸. En effet, les personnes et leurs proches acquittent 60 % du coût d'hébergement alors que cette proportion n'est que de 0 à 1 % en moyenne en clinique ou en hôpital. De plus, l'AD-PA précise que le fait de supprimer des postes, comme ceux des directeurs, va à l'encontre de l'amélioration du système. En effet, il faut au contraire augmenter le nombre de professionnels pour améliorer le parcours de soins des individus, que ce soit en établissement ou à domicile.

Le chantier relatif à la prise en charge en établissement et à la réduction du reste à charge des résidents en EHPAD, devrait être lancé en 2015, faisant suite au vote de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, dite « loi autonomie »³³⁹.

5.2.2.2 L'assurance privée

L'assurance privée représente une alternative qui permet aux individus de se couvrir face à un risque financier futur. En 2007, 5,5 millions de français bénéficient d'une assurance dépendance, dont 3 millions par le biais d'une mutuelle ou d'une institution de prévoyance et 2 millions par l'intermédiaire d'une assurance³⁴⁰. Pourtant, seuls 2 millions sont réellement couverts pour un risque dépendance à long terme. Le montant total de ces prestations atteint 550 millions d'euros en 2007, situant notre pays à la deuxième place des pays industrialisés. Les premières souscriptions d'assurances privées datent des années 1980, puis la plupart se sont établies entre 2000 et 2007. Entre 2000 et 2009, la souscription d'assurance dépendance croît de 84 %, même si elle ralentit nettement depuis 2005. En 2009, on dénombre 11 800 nouveaux

³³⁸ Article consultable sur le site Internet TSA : <http://www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/articles/fiche-ressource-impression.html?RessourceID=234287> (dernière consultation le 1^{er} septembre 2014)

³³⁹ Données visibles sur le site Internet du gouvernement : <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/loi-autonomie-un-grand-chantier-du-quinquennat-est-ouvert> (dernière consultation le 1^{er} septembre 2014)

³⁴⁰ VASSELLE A. (2010) *Rapport sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Rapport d'information n°263, 235p. (Données Fédération Française des sociétés d'assurance 2008 et 2009)

assurés, soit six fois moins qu'en 2007³⁴¹. Le montant total des cotisations relatives à une garantie principale dépendance représente 403,1 millions d'euros en 2009 et 414,1 millions d'euros en 2010. Si la croissance de ces budgets était de 10 % en 2000, elle ralentit dès 2005 oscillant entre 5 et 9 %³⁴². Pour les particuliers, le montant des primes des contrats en garantie principale dépendance (rentes viagères, capitaux ou prestations en nature) s'élève à 128 millions d'euros et le montant moyen mensuel de rente versée représente 522 euros. Au total, le montant provisionné concernant l'ensemble des contrats en garantie principale dépendance représente 2,6 milliards d'euros au 31 décembre 2009³⁴³. Même si la France arrive en seconde position derrière les Etats-Unis, le marché de l'assurance privée reste moins développé que celui des couvertures complémentaires santé. Ce manque d'engouement repose d'une part, sur le manque d'attractivité de l'offre et d'autre part, sur le comportement des individus. Non seulement, les assurances privées proposent souvent des couvertures partielles et pratiquent des tarifs élevés, mais ce type de couverture ne fait pas partie des mœurs françaises et les individus y sont encore réticents.

La plupart des contrats dépendance couvrent des personnes âgées de plus de 75 ans. La couverture des risques dépend des accords et est majoritairement destinée à la dépendance lourde (GIR 1 et 2). De manière simplifiée, les produits d'assurance sont de deux sortes. Les premiers proposent une couverture annuelle et révisable, les seconds proposent une garantie jusqu'au décès de l'assuré. Dans le premier cas, l'assurance couvre uniquement l'année en cours et la garantie est révisable tous les ans par l'assureur. Dans le second cas, l'assureur verse une rente à l'individu d'un montant fixé et ce, jusqu'à son décès, en échange d'une cotisation mensuelle. Ce type de contrat nécessite un provisionnement et inclut des revalorisations annuelles en fonction de l'évolution du risque (selon la grille AGGIR ou des actes de la vie quotidienne). Les contrats peuvent être spécifiques à la dépendance ou représenter une option au sein d'un contrat d'assurance (complémentaire). Ils se basent sur plusieurs facteurs : sélection médicale, délai de carence et délai de franchise. La sélection médicale est variable en fonction du type de couverture (facultative viagère ou obligatoire). Le délai de carence signifie que la garantie n'est pas due si l'évènement se produit avant une date fixée (souvent un an). Enfin, la franchise exclut les évènements de fin de vie afin de ne pas élever le coût des garanties prévues.

³⁴¹ VASSELLE A. (2010) ouvrage cité

³⁴² VASSELLE A. (2010) *ouvrage cité*

³⁴³ VASSELLE A. (2010) ouvrage cité

Ces contrats sont généralement souscrits sur du long terme et connaissent régulièrement des revalorisations. Leur coût et leur type dépendent de l'inflation et de l'évolution du coût des prestations. Par conséquent, un individu ne connaît jamais la couverture exacte dont il bénéficiera ainsi que l'évolution de son coût. De plus, il n'existe pas de standardisation sur les méthodes de revalorisation. Chaque contrat fonctionne selon ses propres éléments (équilibre financier, disponibilité de fonds de revalorisation de contrat, plafond annuel de cotisations de la sécurité sociale et du coût des prestations). Ces conventions sont rarement lisibles et compréhensibles. La plupart des personnes ne maîtrise pas ces produits et ne peut pas réaliser de comparaison. De même que les assureurs ne font pas preuve de transparence car les règles et les fonctionnements sont différents d'un acteur à l'autre. De plus, ces contrats ne prévoient pas de règles particulières de revalorisation car elles dépendent des décisions des gestionnaires. Même une fois le contrat accepté, la personne n'est jamais certaine de la couverture de ses risques, de la revalorisation de ses cotisations et de la protection dont elle disposera. Enfin, un souscripteur qui souhaite changer de prestataire perd tout ou partie de sa protection liée aux cotisations antérieures. Ce manque d'information provoque un manque d'engouement général. Personne ne peut réellement estimer son niveau de perte d'autonomie futur, ce qui fait que la dépendance reste encore sous-estimée. Par ailleurs, le rôle des aidants est très influant. Ces derniers représentent une alternative aux aides professionnelles coûteuses. Même si certaines personnes peuvent avoir recours à une assurance dépendance pour soulager ses proches, l'altruisme familial souhaite généralement préserver son patrimoine et ne pas sacrifier une partie de ses biens à une souscription assurantielle.

Du côté des sociétés d'assurance, elles possèdent aujourd'hui une certaine expérience et peuvent réaliser des estimations. Le risque dépendance concerne en moyenne 15 % des 65 ans et 60 % des 90 ans³⁴⁴. Elles peuvent proposer des contrats incluant des rentes mensuelles de 1 000 euros pour des cotisations mensuelles de 30 euros pour une souscription à 60 ans et à 21 euros à 40 ans. Parallèlement, le coût des assurances privées devrait pouvoir diminuer dans le temps. En effet, ces contrats intègrent dans leurs tarifs le coût d'autres assurances qui permettent de faire face aux incertitudes du risque dépendance. Avec l'expérience, ces dépenses devraient diminuer et par conséquent entraîner une baisse du coût des prestations aux particuliers.

³⁴⁴ VASSELLE A. (2010) *Rapport sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Rapport d'information n°263, 235p. (Audition du 5 novembre 2009 de MENEROUD G., Président de la commission plénière des assurances de personnes de la Fédération française des sociétés d'assurance, de COSSIC G., directeur des assurances de personnes et de LABORDE J-P., conseiller parlementaire)

Actuellement, on ne connaît pas de réelle solution. L'assurance dépendance reste peu développée, même si les assureurs se positionnent car ils y voient une grande opportunité. Cependant, cette orientation représente un risque pour les individus. Ces contrats restent peu transparents pour un coût élevé. De plus, une assurance dépendance dépend de l'âge et de l'état de santé de la personne sans tenir compte de ses revenus.

5.3 Projections des dépenses liées à la dépendance et à l'APA

L'évolution des budgets liés à la dépendance reste tributaire de la croissance du nombre de personnes âgées et de l'évolution des besoins de prise en charge. Pour cela, il faut se référer à des chiffres précis et s'appuyer sur les projections démographiques et financières pour pouvoir appréhender le plus justement possible le financement de la prise en charge des personnes âgées. Toutefois, les projections sont aujourd'hui difficiles à analyser. Différents rapports existent mais ils énoncent chacun leurs chiffres sous des angles différents (dépenses privées ou publiques, dépenses purement liées à l'APA...).

Tout d'abord, en termes de coût salarial, le coût de la prise en charge de la dépendance devrait être multiplié par 2,5 à domicile et par 0,5 en établissement entre 2010 et 2025³⁴⁵. Les dépenses qui représentaient 0,94 % du PIB en 2005 devraient ainsi s'élever à 1,55 % du PIB en 2025 et passer ainsi de 13 511 millions d'euros en 2005 à 32 506 millions d'euros en 2025 (Tableau n°27).

Tableau 27 - Projections des coûts de personnels à domicile et en établissement
entre 2005 et 2025 (millions d'euros)

	2005	2010	2015	2025
Domicile	4 305	5 378	7 518	13 232
Etablissement	9 206	13 449	15 678	19 274
Total	13 511	18 827	23 196	32 506

Sources : Calculs du centre d'analyse stratégique, Rapport sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Janvier 2011, A. Vassel

Quelques estimations permettent de connaître la tendance à venir des dépenses liées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes aussi bien à domicile qu'en établissement. Selon des critères précis (projections démographiques de l'INSEE, évolution stable de l'hébergement

³⁴⁵ VASSELLE A. (2010) *Rapport sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Rapport d'information n°263, 235p.

à domicile et en établissement, évolution du coût des services et des prestations en fonction du salaire moyen par tête (SMPT) car les dépenses concernent essentiellement les coûts de main d'œuvre), le rapport « Charpin »³⁴⁶ dresse une estimation des dépenses liées à la dépendance, à l'hébergement et aux soins médicaux. Le groupe s'appuie sur la même approche que celle du rapport « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ». Il tient ainsi compte du scénario d'indexation sur les prix ou d'indexation sur les salaires, du programme de stabilité 2011-2014 pour le court terme, du scénario B du conseil d'orientation des retraites (Scénario moyen de croissance annuelle en 2010)³⁴⁷ pour le moyen et long terme pour la progression du salaire moyen par tête (SMPT) et du PIB.

Le rapport « Charpin » analyse ainsi l'évolution des dépenses publiques et privées. Il se base sur un budget de dépenses publiques de 24 milliards d'euros (1,22 points du PIB) en 2010. Ce budget public est composé pour 14 milliards d'euros de dépenses de santé, de 7,5 milliards d'euros de dépenses liées à la dépendance et de 2,5 milliards d'euros consacrés à l'hébergement. La même année, les dépenses privées sont de l'ordre de 7 milliards d'euros (équivalentes au budget annoncé par la DREES), dont 0,7 milliards de dépenses de santé (ticket modérateur des soins de ville), 1,5 milliards d'euros consacrés à la dépendance et 4,8 milliards d'euros pour l'hébergement³⁴⁸. Ramenées à la valeur du PIB de 2010, les dépenses totales publiques devraient augmenter de 2,2 milliards d'euros selon l'indexation sur les prix et de 2,6 milliards d'euros selon l'indexation sur les salaires entre 2010 et 2025, et respectivement de 8,5 et 10,3 milliards d'euros supplémentaires à l'horizon 2040³⁴⁹.

Si l'on s'intéresse maintenant à l'évolution des dépenses relatives à l'APA, le modèle « Destinie » développé et utilisé par l'INSEE³⁵⁰ depuis les années 1990 permet de réaliser des projections sur les revenus des personnes âgées dépendantes, sur les dépenses liées à la dépendance et sur le barème de la prestation. Pour évaluer les dépenses relatives à l'APA dans

³⁴⁶ Rapport national sur la dépendance, deuxième groupe de travail sur les projections démographiques et financières pour évaluer les besoins de financement liés à la dépendance, remis en juin 2011 au Président de la République pour la préparation d'une réforme sur la dépendance.

³⁴⁷ Compléments aux perspectives du système de retraite en 2020, 2040 et 2060 : les projections régime par régime, séance plénière du COR du 26 mars 2013. Données sur le site Internet : <http://www.cor-retraites.fr/article420.html> (dernière consultation le 31 juin 2014)

³⁴⁸ CHARPIN J-M (2011) *Rapport sur les perspectives démographiques et financières de la dépendance*, 2011, 60p.

³⁴⁹ CHARPIN J-M (2011) *Ouvrage cité*

³⁵⁰ BLANCHET D., BUFFETEAU S., CRENNER E., LE MINEZ S. (2010) *Le modèle de microsimulation Destinie 2 : principales caractéristiques et premiers résultats*, INSEE, Série des documents de travail de la Direction des Études et Synthèses Économiques, Réf G 2010/13, 41p.

quelques années, même si cette opération s'avère difficile à prévoir de manière précise, il est nécessaire de tenir compte de deux variables, que sont le SMTP et le PIB. Si les hypothèses retenues par le groupe de travail « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » sont optimistes, le rapport « Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie » (DREES) a préféré tester un scénario plus objectif en fonction des tendances observées sur la période 2000-2010. En effet, le premier considérerait un taux de croissance du PIB et du SMTP en fonction du programme de stabilité et de croissance de 2011 (taux annuel de croissance du PIB entre 1,5 % et 2,5 % entre 2010 et 2050, taux de croissance du SMTP de 1,5 % par an et un taux de chômage de long terme de 4,5 %). Le second tient compte d'une croissance plus modérée de 0,8 points pour le PIB et 0,75 % du SMTP. Le modèle « Destinie » réalise trois étapes pour calculer les projections de dépenses liées à la dépendance. Il calcule, pour chaque personne dépendante à domicile, une dépense potentielle selon ses besoins d'aides. Il applique ensuite à cette dépense potentielle un taux plafond de l'APA pour aboutir à un montant maximal de l'allocation. Enfin, le modèle octroie un ticket modérateur en fonction des revenus du ménage ou de l'individu et cette dernière étape dépend des tranches de revenus des individus.

Selon le scénario central du modèle « Destinie », en tenant compte d'une prévalence centrale et d'un scénario économique central, soit d'une croissance annuelle de 1,8 % du PIB par an, les dépenses d'APA passeraient de 7,7 milliards d'euros en 2010 à 12,4 milliards d'euros en 2025 et à 20,6 milliards d'euros en 2040³⁵¹. Selon le PIB, cette progression correspondrait à 0,40 % du PIB en 2010, à 0,47 % du PIB en 2025, puis à 0,62 % du PIB en 2040³⁵² (Tableau n°28). De son côté, le rapport « Charpin » précise que les dépenses privées relatives à l'APA devraient progresser de 0,02 points entre 2010 et 2025 (0,08 à 0,10 points), puis passer à 0,13 points en 2040 selon l'indexation sur les prix³⁵³. Cette évolution serait légèrement plus modeste selon l'indexation sur les salaires et serait de 0,08 points en 2010, 0,09 en 2025 et 0,10 en 2040.

³⁵¹ MARBOT C., ROY D. (2012) *Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle « Destinie »*, Document de travail, INSEE, 64p.

³⁵² ROY D., MARBOT C. (2013) *L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040*, INSEE Analyses n°11, 4 p.

³⁵³ CHARPIN J-M (2011) *Ouvrage cité*

Tableau 28 - Projections des dépenses d'APA selon le modèle « Destinie » (scénario central)

	2010	2015	2040
Nombre de bénéficiaires de l'APA (millions)*	1,2	1,5	2
Dépenses APA (milliards d'euros)**	7,7	12,4	20,6
Points PIB (%)	0,40	0,47	0,62

Sources : * DREES, pour le rapport « perspectives démographiques et financières de la dépendance » 2011

** INSEE (modèle Destinie), DREES pour le rapport « perspectives démographiques et financières de la dépendance », 2011

Comme le montrent les chiffres étudiés, le type d'indexation représente un effet significatif sur la prévision des dépenses. Ainsi, en matière d'APA, selon l'indexation sur les salaires, la dépense publique représenterait 0,46 points du PIB en 2040 alors qu'en fonction de l'indexation sur les prix, la dépense publique serait de 0,33 points du PIB. Ces projections fournissent une tendance moyenne plus ou moins précise des dépenses d'APA pour les trente prochaines années. Toutefois, elles ne concernent qu'une partie du coût total de prise en charge et doivent donc être intégrées au sein d'un budget global, lui-même voué à augmenter.

Parallèlement aux projections des dépenses liées aux aides de prise en charge de la dépendance, d'autres investissements sont indispensables et sont également conséquents. En effet, la réhabilitation ou la construction de places d'EHPAD représentent un budget conséquent dont il faut tenir compte. Par ailleurs, le manque actuel de ce type d'équipement est principalement lié aux budgets que ces investissements représentent.

5.4 Coût de réhabilitation ou de construction d'un EHPAD

Prévoir les dépenses liées à la dépendance pour anticiper les besoins de prise en charge paraît indispensable pour adapter l'offre à la demande. Si l'on peut aujourd'hui estimer les dépenses d'APA ou de soins d'ici 2040, il est également important d'estimer le budget que représenterait la construction du volume d'EHPAD nécessaire aux besoins d'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes. En ce sens, l'ANAP a récemment mis en place, en collaboration avec la CNSA, un « observatoire des coûts de construction d'EHPAD ». Cette démarche est le fruit d'un premier observatoire des coûts de constructions hospitalières créé en 2004, outil indispensable aujourd'hui pour les opérations d'investissements immobiliers et pour les décisions stratégiques des opérateurs hospitaliers. C'est pour cela que l'ANAP a souhaité transposer cette étude au secteur médico-social, et plus particulièrement à celui des EHPAD. Cette démarche peut aussi bien représenter un outil de prospective à court terme qu'un outil de vérification et de comportement du marché. On peut ainsi établir des constats et des suivis sur

la construction d'EHPAD sur l'ensemble du territoire français. Au cours des dix dernières années, les investissements des établissements sociaux et médico-sociaux spécialisés en EHPAD se sont élevés à plusieurs milliards d'euros. Ces investissements résultent non seulement des différents plans nationaux (plan Solidarité grand âge, plan Alzheimer...) mais également de la modernisation et du renouvellement du parc existant. En effet, les résidents sont institutionnalisés de plus en plus tardivement, ce qui entraîne un état de dépendance plus avancé qu'auparavant et une prise en charge plus lourde. De plus, les personnes souhaitent plus d'intimité et demandent à bénéficier d'une chambre individuelle. Par conséquent, toutes ces attentes et ces besoins nécessitent des changements, des restructurations et des mises aux normes importantes.

Le coût de construction d'une structure d'hébergement dépend de plusieurs paramètres³⁵⁴. D'une part, il peut s'agir d'une rénovation, d'une construction neuve ou bien des deux à la fois lorsqu'il s'agit d'une extension ou d'une restructuration. D'autre part, ces travaux dépendent de la localisation du projet (en milieu urbain ou périurbain), du statut et de la taille de l'établissement ou encore de la certification environnementale désormais obligatoire pour toute nouvelle construction. Le coût de construction est principalement composé des salaires et des charges (43 %), des matériaux (32 %) et de frais divers (15 %)³⁵⁵. Le matériel, le transport et l'énergie ne représentent qu'une petite partie des valeurs de coûts, même s'ils dépendent tout de même du prix du baril brut. Par ailleurs, la nouvelle réglementation thermique devrait impacter les coûts de construction, même si elle peut être rentabilisée au bout de quelques années grâce aux économies d'énergie dégagées. En effet, les structures de ce secteur sont très consommatrices d'énergie (chauffage, eau, refroidissement...). C'est pourquoi elles devront être vigilantes à respecter certaines normes environnementales. Les décideurs politiques devront tenir compte de ces paramètres dans les futurs projets d'investissements immobiliers. Les coûts s'avèrent relativement similaires selon que l'opération soit publique ou privée. En effet, en 2011, le coût médian total des travaux s'élève à 1 757 euros (Hors taxe/m²) en valeur « Surface Dans Œuvre » (SDO) et à 102 000 euros par lit et par place dans le secteur public³⁵⁶. Dans le secteur privé, ce coût représente 1 816 euros/m² et à environ 102 000 euros par lit³⁵⁷. Selon le type de travaux (construction ou rénovation) et selon le statut des établissements, il semblerait que le critère environnemental n'influence pas beaucoup le budget global. Cette

³⁵⁴ BILLY A., MESSEGER B. Et al. (2011) *Observatoire des coûts de la construction dans le secteur médico-social, traitements statistiques*, ANAP, CNSA, 51 p.

³⁵⁵ BILLY A., MESSEGER B. Et al. (2011) *ouvrage cité*

³⁵⁶ BILLY A., MESSEGER B. Et al. (2011) *ouvrage cité*

³⁵⁷ BILLY A., MESSEGER B. Et al. (2011) *ouvrage cité*

conclusion est surprenante mais l'ANAP précise toutefois qu'elle ne dispose pas d'assez de critères pour affirmer cette tendance. Enfin, le coût de construction d'un EHPA est directement impacté par les délais de travaux. Ces derniers s'avèrent souvent longs et s'élèvent à 40 mois pour une taille moyenne de 5 000 m², soit entre 70 et 80 lits³⁵⁸. L'ANAP précise que ces délais pourraient être réduits si les projets étaient mieux préparés en amont et mieux coordonnés.

Si l'on souhaite maintenir le taux actuel d'hébergement en France, les données fournies par cet observatoire permettent de réaliser des projections financières. Bien entendu, il ne s'agit pas ici de fournir un budget précis mais de donner une tendance sur les besoins à venir en matière d'hébergement. Pour cela, si l'on rapproche les projections du nombre de places d'hébergement au tarif moyen d'une place, on peut estimer le budget total de places d'EHPAD d'ici 2060. Ainsi, même si elles restent critiquables, les projections de Cap Retraite estiment à 540 000 le nombre de places nécessaires au maintien du taux d'hébergement actuel en EHPAD d'ici 2060³⁵⁹. Rapporté au coût moyen d'une place, le budget s'élèverait à 55,08 milliards d'euros d'ici 2060, tous statuts confondus. Bien entendu, il ne s'agit pas de construire tant d'EHPAD car on ne saurait quoi faire de tant d'équipement d'ici 50 ans. Le pendant est alors de densifier l'offre à domicile ou bien de construire des établissements évolutifs. Dans le premier cas, il est impératif de structurer l'offre à domicile pour éviter un recours vers l'institutionnalisation. Dans le second cas, la construction d'établissements d'hébergement évolutif est plausible mais elle demande des réflexions précises et encadrées.

L'objectif de cet observatoire est bien d'aider les décideurs du secteur médico-social. Il permet d'identifier les faiblesses des projets, de calibrer les investissements afin d'éviter des erreurs et des gaspillages budgétaires. L'enjeu est donc de taille quand on voit se dessiner les besoins futurs d'hébergement.

Aujourd'hui, notre système de soins et de prise en charge est relativement efficace, même si certains dysfonctionnements existent et entraînent des ruptures dans la prise en charge des individus. A long terme, ces problèmes risquent également d'engendrer des pertes financières importantes. Face à ce constat, plusieurs éléments pourraient améliorer notre système mais ils

³⁵⁸ BILLY A., MESSENGER B. Et al. (2011) *ouvrage cité*

³⁵⁹ CAP RETRAITE (2014) *La France face à la pénurie de maisons de retraite, Situation actuelle et à venir, à l'échelle régionale et départementale*, Observatoire national, 28p.

restent difficiles à mettre en place car les effets ne sont pas immédiats et ne seraient visibles que dans quelques années.

5.5 Perspectives et grandes orientations du système pour une meilleure prise en charge et une réduction des dépenses inappropriées

Garantir un système efficient qui permette d'accompagner et de maintenir en bonne santé les individus est un objectif certain. Pour cela, plusieurs choses méritent d'être améliorées au sein du système de santé et de prise en charge. Il faut non seulement le concevoir dans son ensemble pour établir une cohérence entre les secteurs et les interventions professionnelles (formation, parcours de soins...) mais il devient primordial de développer la prévention à différents niveaux.

5.5.1 Une restructuration du système

L'un des principaux problèmes du système de santé actuel provient du cloisonnement des professions et de l'existence de points de ruptures dans le parcours de soins des individus. En effet, l'organisation se décompose en deux branches. La première rassemble la promotion et la prévention ; la sécurité sanitaire ; les soins hospitaliers sous l'égide de l'Etat et la seconde comprend les soins de ville ; les remboursements de soins ; les indemnités pour les accidents du travail ou maladies professionnelles sous la responsabilité de l'assurance maladie. Le rapport du « Comité des sages » présidé par Alain Cordier (2013)³⁶⁰ met en évidence les faiblesses de cette organisation et mentionne le cloisonnement des secteurs hospitalier et ambulatoire ; le manque de concordance entre la tarification des actes et la rémunération des acteurs ; la coordination insuffisante entre la gestion du risque et les agences sanitaires ou encore la dispersion des financements et des actions de prévention³⁶¹. Aujourd'hui, ces secteurs ont besoin d'être réorganisés et unifiés. Pour cela, les besoins présents et futurs doivent être définis pour ensuite élaborer des priorités d'action et des financements adaptés, le tout en étant attentif à la sécurité sanitaire et à la qualité des pratiques. Dans cette logique, le rapport « Cordier » propose quatre objectifs visant à réorganiser le pilotage national : cohérence des décisions au niveau national ; mise en place d'une distinction nette entre conduite opérationnelle de l'Etat et définition des projets, calendriers et budgets des opérateurs

³⁶⁰ Rapport du « Comité des sages » présidé par Alain CORDIER remis au gouvernement le 21 juin 2013 en vue de l'élaboration de la future stratégie nationale de santé.

³⁶¹ CORDIER A., CHENE G., Et al. (2013) *Un projet global pour la stratégie nationale de santé - 19 Recommandations du comité des sages*, Rapport ministériel, 147p.

nationaux ; organisation d'une concertation entre les professionnels, les usagers et les partenaires sociaux ; mutualisation des ressources publiques. Par ailleurs, Marisol Touraine, ministre en charge des affaires sociales au gouvernement, stipule bien dans le programme national pour la sécurité des patients 2013/2017 que l'objectif de la stratégie nationale est de rompre avec ces dysfonctionnements et de supprimer ces points de rupture³⁶². L'objectif est d'aboutir à un réel parcours du patient tout en augmentant les soins autour de ce dernier. En ce sens, le PLFSS de 2013 prévoit des rééquilibrages de dépenses et s'oriente progressivement vers une restructuration du système de santé. En effet, les priorités de l'ONDAM conduisent vers des investissements ciblés avec d'une part, des budgets plus importants dédiés aux soins de ville et au développement des soins ambulatoires et de proximité, et d'autre part, des investissements pour moderniser le milieu hospitalier. Ces éléments devraient participer à l'amélioration du système de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. Toutefois, le PLFSS 2013 est défini dans un contexte de redressement des finances publiques pour relancer la croissance économique du pays. Selon ces principes, le rapport Cordier propose de relever un défi : *« un soutien à la santé et une organisation des soins résolument plus collaborative conduira à un mieux dépenser et à réduire les dépenses inappropriées »*.

5.5.2 Un parcours de soins global

L'un des objectifs « phares » du gouvernement repose sur la création d'un parcours de soins autour du patient. Aujourd'hui, les pathologies chroniques liées au vieillissement (diabète, obésité...) mettent à jour les dysfonctionnements de prise en charge des individus. Face à ce manque de coordination, il devient indispensable de décroiser le parcours de soins et d'aboutir à une prise en charge transversale (hôpital, ville, établissements médico-sociaux...). C'est bien dans cet objectif que le PLFSS de 2013 s'inscrit. Il prévoit une augmentation du budget des soins de ville de 2,6 % par rapport à 2012 pour parvenir à un parcours de soins cohérent et à une organisation transversale des soins (hôpital, ville, établissements médico-sociaux...). A cet effet, 2 milliards d'euros supplémentaires sont débloqués en 2013, soit un total de 80,5 milliards d'euros (Tableau n°22). Par ailleurs, dans le prolongement des prérogatives du gouvernement, les ARS tiennent un rôle important dans l'amélioration et la coordination du parcours de soins. Elles participent à l'élaboration de plusieurs plans, tels que le « Plan Alzheimer » pour les personnes atteintes de démences.

³⁶² Programme national pour la sécurité des patients visible sur le site Internet du ministère de la santé : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf (dernière consultation le 1^{er} septembre 2014)

Les actions nécessaires à la mise en place d'une telle transversalité impliquent le développement d'équipes de professionnels de proximité pour assurer de nouveaux services aux patients (prévention, éducation thérapeutique, dépistage...) ; la mobilisation de médecins pour les territoires dépourvus d'une densité suffisante de professionnels ; la mobilisation de soins préventifs, de pratiques d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients sur la durée. Dans la continuité des préconisations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de 2012, le PLFSS planifie la mise en place de soins préventifs, le développement d'une éducation thérapeutique et un accompagnement des personnes dans la durée.

Les actions doivent s'intégrer dans un système collectif et au sein d'un projet global. Dès lors, l'instauration d'une coordination ville-hôpital devient une priorité. Pour cela, les établissements doivent entrer dans une démarche « qualité » et penser au « parcours de soins du patient » de manière globale. L'hôpital vient renforcer la prise en charge soignante grâce à ses compétences techniques et doit être intégré au parcours de soins global. Contrairement à aujourd'hui, son rôle ne doit plus être un lieu où l'on dirige tous les individus qui n'ont pas trouvé de réponse ailleurs. Désormais, la réponse hospitalière doit être optimisée et les recours aux urgences doivent être réorientés. Parallèlement, le rôle du médecin traitant, qui représente le pivot de la prise en charge de la population, doit être renforcé. Il doit devenir le coordonnateur pour faire le lien entre l'hôpital et la ville. Par conséquent, ses fonctions, ses objectifs, ses limites et son indemnisation doivent être clairement définis. En matière de dépendance, la continuité des soins passe par un « continuum » entre l'hôpital et les EHPAD. Les équipes mobiles gériatriques hospitalières doivent être coordonnées avec le personnel des EHPAD. Dans ce sens, le PLFSS prévoit de transférer 10 millions d'euros depuis le budget des établissements médico-sociaux pour financer le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie³⁶³. Même si le rôle du médecin généraliste reste primordial, c'est l'ensemble des professionnels de santé qu'il faut aiguiller (implication des médecins, règles claires de gouvernance et de financement, bonne communication, soutien à la réorganisation du rôle de chacun...). Il faut rester vigilant à ce que les professionnels ne sous-estiment pas ces objectifs et faire en sorte que chaque corps de métier ne perde pas son identité professionnelle. Pour qu'une telle restructuration des relations professionnelles soit efficiente, des incitations financières sont indispensables et doivent être instaurées en fonction de la quantité et de la qualité de travail fourni, ainsi que des conditions

³⁶³ TOURRAINE M., DELAUNAY M., Et al. (2013) *ONDAM et dépenses nationales de santé*, Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2013, Annexe 7, 52p.

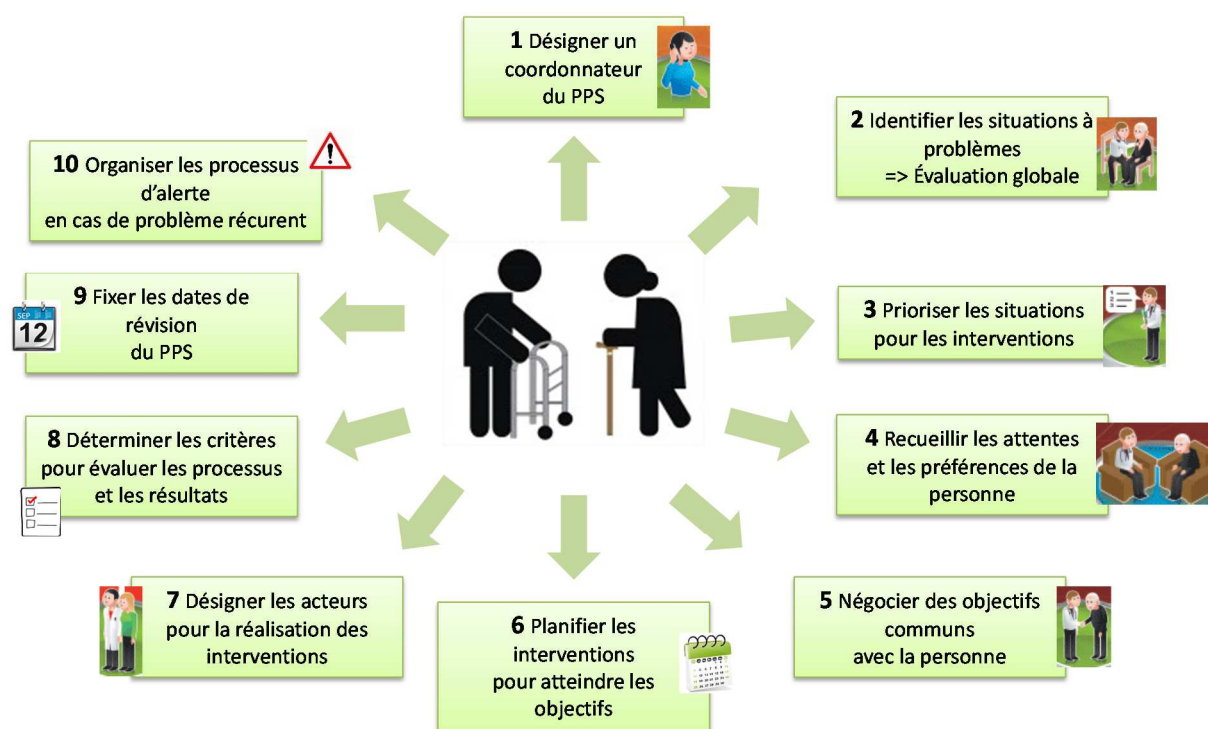
de travail. Le rapport « Cordier » parle de démocratie en santé et englobe aussi bien les soins que l'ensemble des acteurs de la santé et les usagers. Il précise : « *Pour chaque profession de santé, apprendre sur les autres professions, des autres professions, et avec les autres professions sera le meilleur des vecteurs pour développer les compétences nécessaires au travail collaboratif qu'est la médecine de parcours* ». Dans cet axe, l'expérimentation « Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA) suit les préconisations du rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2013³⁶⁴. Cette expérimentation a été lancée en 2013 dans certaines régions (trois arrondissements de l'Est parisien en Île-de-France, la Mayenne en Pays-de-Loire, les Hautes-Pyrénées en Midi-Pyrénées, le Grand-Nancy en Lorraine, les environs de Loches et l'Indre-et-Loire dans le Centre, le Valenciennois-Quercitain dans le Nord-Pas-de-Calais, autour de Bordeaux pour l'Aquitaine et aux environs d'Ussel ainsi qu'en Corrèze pour le Limousin) et propose d'instaurer les pratiques professionnelles décrites ci-dessus afin d'optimiser le parcours de soins des personnes âgées de plus de 75 ans et dont l'état de santé (sanitaire et social) est susceptible de se dégrader. Elle a également pour objectif d'évaluer les différentes allocations nécessaires aux différents types de prise en charge. L'objectif de cette démarche est de garantir une prise en charge globale et de qualité, intégrant les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et ambulatoires. Cette prise en charge doit être adaptée aux différentes situations et doit être complémentaire. Elle doit aboutir à une logique de parcours, le tout au meilleur coût. Ces parcours doivent être transversaux non seulement pour éviter les ruptures de prise en charge et leurs conséquences, mais également pour réduire les passages aux urgences et diminuer les finances publiques. Cette initiative est réalisée selon une approche des besoins sanitaires et médico-sociaux de la population et non à partir de l'offre de soins et de services existante. Les huit ARS mandatées (Île-de-France, Pays-de-Loire, Midi-Pyrénées, Lorraine, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine, Limousin) doivent s'appuyer sur les dynamiques locales, les acteurs de terrain et les organisations existantes. Le 1^{er} juillet 2013, le projet était lancé et les ARS avaient signé une convention.

Le PAERPA intègre le plan personnalisé de santé (PPS) et concerne plus spécifiquement les personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de pathologies chroniques ou en situation de fragilité (Figure n°43). Ce dernier s'applique lorsqu'une coordination est nécessaire entre les acteurs de proximité (médecin traitant, infirmiers libéraux...). Il est non hiérarchisé et prend en compte

³⁶⁴ Comité national sur le PAERPA, Projet de cahier des charges des pilotes PAERPA, Janvier 2013, 35p.

toutes les dimensions de la prise en charge des personnes (médicale, sociale, psychologique). Il nécessite une évaluation globale de la situation de la personne et implique généralement une visite à domicile. Quand cela est nécessaire, les problèmes sont classés et priorisés et les professionnels s'accordent sur les objectifs partagés. Ils précisent ensuite les actions à mener et les intervenants concernés. Le PPS est réévalué une fois par an en moyenne mais il peut être revu si l'état de santé de la personne évolue. Ici, le médecin traitant tient une position centrale car c'est lui qui impulse et coordonne la structuration du PPS (recueil des informations, validation des préconisations, rassemblement des éléments d'évaluation sociales et sanitaires, animations des entretiens et réunions avec les professionnels, fixation des étapes...).

Figure 43 - Le Plan personnalisé de santé en dix points clés



Sources : HAS, *Actualités et Pratiques*, n°54, Décembre 3013

5.5.3 Revoir la formation et l'emploi

Pour arriver à ce que les services et les soins soient coordonnés, l'harmonisation doit également s'opérer au niveau de l'emploi et de la formation dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'objectif est d'aboutir à un « corpus scientifique » qui mette en commun la promotion de la santé, les pratiques, l'organisation, le fonctionnement et la performance du système pour ensuite l'enseigner à l'ensemble des enseignants, chercheurs et praticiens. Les pratiques doivent

s'orienter vers « un parcours de soins et de santé » afin de ne plus segmenter les soins. De plus, l'expérience étant importante, il convient également de favoriser les compétences plutôt que les connaissances et réfléchir à d'autres alternatives pour rejoindre le cursus universitaire (créations de passerelles pour faciliter les réorientations tardives, VAE pour les professionnels de santé médecins et non médecins...). Face aux besoins importants en termes de prise en charge de la dépendance, un point d'ordre doit être donné pour développer les formations aux métiers et aux interventions à domicile (qualification, spécialisation pour la prise en charge en fin de vie, formation aux aidants). Le budget de l'ONDAM alloué à la formation suit cette dynamique et a évolué de 70 % entre 2005 et 2010, puis est resté stable en 2011. Il est passé de 1 080 millions d'euros en 2005 à 1 844 millions d'euros en 2010 et à 1 849 millions d'euros en 2011³⁶⁵.

D'un point de vue organisationnel à plus grande échelle, le rapport « Cordier » propose de créer un comité départemental d'accès aux soins qui réunisse ARS, conseil généraux, caisses primaires, usagers, professionnels de santé (soins et prévention) et qui puisse se rencontrer au moins une fois par an. Il met en avant l'indispensable besoin de mutualiser les moyens des professionnels au sein de territoires de proximité (plateforme territoriale d'appui). Il précise également qu'il faut aboutir à un rapprochement des équipes de soins de santé primaires avec des équipes plus spécialisées (secteur psychiatrique...) tout en renforçant les réseaux et les points d'informations tels que pour les ateliers santé ville, les centres locaux d'informations et de coordination (CLIC), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Les maisons de santé pluri-professionnelles en sont également un parfait exemple. Elles représentent des lieux où les équipes pluridisciplinaires se regroupent pour réaliser des soins primaires. Elles permettent à la fois une coopération des professionnels et la possibilité de transferts de compétences. Ainsi, les professionnels peuvent se dégager du temps pour réaliser un meilleur suivi des maladies chroniques. Du côté des patients, ces maisons représentent un repère sanitaire (rassemblement de professionnels sur un même site) et par conséquent, une réelle continuité des soins. Même si ces maisons sont encore peu développées sur l'ensemble du territoire, leur nombre progresse. En avril 2013, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) indique que 286 Maisons de Santé pluri Professionnelles (MSP) fonctionnent³⁶⁶. Enfin, pour faciliter les relations professionnelles entre les différents secteurs,

³⁶⁵ TOURRAINE M., DELAUNAY M., Et al. (2013) *ONDAM et dépense nationale de santé*, Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2013, Annexe 7, 52p.

³⁶⁶ Communiqué du 27 juin 2013 de la Fédération Française des maisons et pôles de santé, informations visibles sur le site Internet de la Fédération Française des maisons et pôles de santé : <http://www.ffmps.fr/index.php/la->

le rapport « Cordier » propose de mettre en place des plateformes territoriales d'appui (assistant de coordination auprès du malade, gestionnaire de cas complexes...) et un appui technique (centre d'information sur les ressources disponibles, maintenance d'outils informatiques...) pour aider les équipes de proximité.

5.5.4 La personne et son entourage au centre du dispositif de prise en charge

Une prise en charge globale signifie non seulement d'intégrer les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux mais également de prendre en considération la personne nécessitant des soins et son entourage. Cette idée représente le point de départ de toute prise en charge de qualité et signifie que la personne doit être actrice de son parcours de soins et doit avoir le choix de sa thérapie. Chaque situation doit être prise en compte en fonction de ses spécificités. Cette idée s'inscrit dans une dynamique d'informations aux personnes. Considérer la personne à part entière implique qu'elle dispose d'informations sur l'offre disponible, sur son coût et sur le reste à charge (selon le type de prise en charge en établissement de santé, établissement médico-social...). Mettre l'individu au centre du dispositif de santé signifie également d'appréhender l'arrivée de la dépendance et de penser à la promotion et à la prévention de la santé. Dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques, il devient indispensable que chacun préserve son capital-santé et son autonomie. Le renforcement du rôle du médecin traitant y trouve toute sa place et doit collaborer avec les pharmaciens d'officine et la personne. Partant de ce principe, le projet de loi de financement de 2013 (Annexe performance – prévention) prévoit une enveloppe d'un peu plus de 700 millions d'euros pour la prévention, dont 66,6 millions pour la prévention des maladies chroniques et la qualité de vie des personnes malades. Ce budget représente un point de départ car on sait que les mesures préventives sont très coûteuses. Cette démarche nécessitera donc des financements supplémentaires pour consolider ces mesures.

Si la personne malade ou en perte d'autonomie doit être considérée au centre du dispositif de prise en charge, il en est de même pour son entourage et les aidants. En effet, les aidants représentent un apport précieux dans le domaine de la prise en charge de la dépendance. Par conséquent, ces acteurs doivent être intégrés aux réflexions relatives à une prise en charge globale. Ces dernières doivent notamment apporter des réponses (soutien personnalisé,

federation/circulaires-d-information/archives/37-circulaires-d-information (dernière consultation le 1^{er} septembre 2014)

formations, solutions de répit...). Dès lors, les associations d'usagers doivent trouver leur place au sein des rencontres, des débats et des prises de décisions. A cet effet, le rapport « Cordier » propose la création d'une entité nationale qui représenterait les associations d'usagers du système de santé. Son rôle serait d'évaluer le respect des droits des usagers et de faire en sorte que la conférence nationale et les conférences régionales de santé et de l'autonomie jouent pleinement leur rôle.

5.5.5 Le renforcement du rôle des ARS

Fluidifier le parcours de soins des personnes et garantir une prise en charge globale nécessitent un pilotage adéquat. L'offre doit s'adapter à la demande en fonction de son territoire. La loi « HPST » de 2009 et la création des ARS représente une base importante pour cette dynamique, l'objectif étant de rapprocher le secteur sanitaire du secteur médico-social. Car selon les termes de la loi, les ARS ont pour rôle de « *définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, et des principes fondamentaux de la Sécurité sociale* »³⁶⁷. Le rapport « Cordier » conforte ce rôle et précise que les ARS doivent avoir un rôle de promoteur, d'accompagnateur et de coordinateur des actions de soins et d'accompagnement médico-sociaux. Pour cela, même si le rôle de l'Etat en tant que pilote de la stratégie nationale doit être renforcé, les ARS doivent bénéficier d'une certaine autonomie et avoir une marge de manœuvre suffisante. Ces fonctions induisent non seulement que des compétences spécifiques leur soient attribuées (renforcement de la coordination entre l'hospitalisation à domicile, les SSIAD, les services d'accompagnement médico-social et les activités de soins palliatifs) mais également que certains financements leur soient directement versés. A ce titre, le projet de loi de financement de 2013 (Annexe projet annuel de performance - prévention) consacre une enveloppe de 150,3 millions d'euros pour la mise en place et la continuité des plans régionaux de santé. De plus, un Fonds d'Intervention Régional (FIR) a été mis en place depuis le 1^{er} mars 2012 dans le cadre du PLFSS de 2012 pour permettre aux ARS de bénéficier de moyens supplémentaires et d'obtenir une approche sanitaire décloisonnée. Le FIR est constitué de crédits de l'Etat et de l'assurance maladie d'un montant de 1,5 milliards d'euros en 2012. Jusqu'en 2012, l'enveloppe des ARS était répartie en plusieurs branches et selon des objectifs précis. Désormais, elles

³⁶⁷ TOURRAINE M., DELAUNAY M., Et al. (2013) *ONDAM et dépense nationale de santé*, Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2013, Annexe 7, 52p.

disposent d'une enveloppe globale et gèrent leur budget en fonction de leurs priorités, tout en respectant les prérogatives nationales. Aujourd'hui, les orientations sont de développer la prévention et l'offre médico-sociale. Actuellement, le périmètre du FIR est en cours de réflexion pour un éventuel élargissement à d'autres crédits (hospitaliers, médico-sociaux...).

Le rôle croissant des ARS reste lui aussi tributaire de la maîtrise des dépenses publiques. Selon une dynamique de prise en charge transversale, les ARS participent à l'élaboration des SROSMS et au développement du parcours de soins et de vie des personnes âgées, notamment par l'encadrement des programmes spécifiques tels que le « Plan Alzheimer ». Elles mettent également en œuvre des programmes d'actions prioritaires (efficience des EHPAD, permanence des soins ambulatoires et des urgences hospitalières, développement des soins de suite et de réadaptation...) en fonction des objectifs nationaux. De plus, les ARS doivent travailler conjointement avec la CNSA. Cette dernière bénéficiant d'un rôle de plus en plus important en termes de financement de la dépendance, ces deux entités représentent deux acteurs importants dans le pilotage national du risque dépendance. A termes, la CNSA pourrait assurer la gestion de l'ONDAM médico-social, l'animation des services déconcentrés en lien avec les ARS et pourrait participer à l'élaboration du PRIAC.

5.5.6 La restructuration des dépenses

Le vieillissement est une composante à part entière de notre société dont il faut tenir compte. Toutefois, si la durée de vie s'allonge, il faut déterminer si elle perdure « en bonne santé ». En ce sens, le rapport « Cordier » précise que les années de vie gagnées ne sont pas forcément en bonne santé et qu'il faut tenir compte de ce facteur dans les prévisions de la prise en charge de la dépendance. De plus, nous avons vu que les français ne vieillissent pas forcément en bonne santé (Chapitre 2, Partie 2.1.2). La compression de la morbidité en fin de vie en France a longtemps été évoquée au début des années 1990 par MORMICHE P. et ROBINE J-M.³⁶⁸ mais il semblerait que cette tendance ne se vérifie plus vraiment en 2014. En effet, non seulement l'espérance de vie peut augmenter et être accompagnée d'incapacités mais la tranche d'âge des 50-64 ans semble marquée par des incapacités sévères³⁶⁹. Dès lors, l'information et la prévention représentent deux leviers pour tenter d'infléchir cette tendance. Car un allongement

³⁶⁸ MORMICHE P., ROBINE J-M. *L'espérance de vie sans incapacité augmente*, INSEE, Série INSEE Première n°281, Octobre 1993, 4p.

³⁶⁹ SIRVEN N. (2013) *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie, une approche en économie de la santé*, IRDES, Questions d'économie de la santé n°184, 6p.

de la vie en bonne santé reste dépendant de « bons » comportements (alimentation équilibrée, activité physique...) qui réduisent les facteurs de risque liés à la perte d'autonomie. Les budgets doivent être orientés en ce sens et à destination de population cible. Toutefois, les investissements en faveur de la prévention sont toujours difficiles à débloquer car les résultats ne sont pas immédiats. Pourtant, s'ils sont associés à des soins adaptés et à des interventions professionnelles adéquates, cette démarche reste très efficace sur le long terme. En effet, la prévention représente une base indispensable, tant dans le domaine de l'habitat, des transports que dans l'éducation ou l'accès aux soins. Les problèmes de santé apparaissent progressivement avec l'âge, aussi graves soient-ils, et nous conduisent à les accepter et à les appréhender en amont. Finalement, la prévention représente un levier économique : il s'agit d'investir aujourd'hui pour moins dépenser demain³⁷⁰. A ce titre et dans le cadre du projet de loi pour l'autonomie, le gouvernement souhaite multiplier les actions collectives préventives et développer les campagnes de formation et de promotions sur différents thèmes (nutrition, utilisation médicamenteuse...) en octroyant des moyens aux départements et aux caisses de retraite et de mutuelle³⁷¹. Il s'agit d'avoir à la fois une vision globale des coûts liés à la perte d'autonomie et à la contribution des différents financeurs (Assurance maladie, CNAV, CNSA...), tout en ayant une approche centrée sur les besoins des personnes.

Conjointement à la prévention, il est important de laisser une place au « savoir-faire » des professionnels et de prendre en compte plus sérieusement les analyses médico-économiques. Enfin, il est primordial d'identifier les dépenses inappropriées et de les réduire afin de permettre des marges de manœuvre sur d'autres postes de dépenses (transfert de ressources inadéquates de la médecine curative vers une médecine palliative et d'accompagnement). En effet, il faut être vigilant au bon usage des innovations technologiques dans le secteur de la santé, tant aux soins dédiés aux personnes âgées que pour l'ensemble de la population. Le progrès technique peut entraîner une croissance des demandes, d'où un surcoût, ou bien permettre les mêmes soins avec des techniques moins coûteuses et alors générer des possibilités d'économie³⁷². Dans ce cas, il faut impliquer et responsabiliser les médecins au bon usage des techniques et à la bonne pratique de l'ensemble de la profession. Cela peut passer par des exemples très simples tels que

³⁷⁰ GUERIN S. (2010) FONDATION AG2R LA MONDIALE Le mook autrement, série « Questions sociétales », Ed. Autrement, Paris, 95p.

³⁷¹ BOUTRAND M., PRADA D. (2014) *Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement*, Les avis du conseil économique, social et environnemental, 122p.

³⁷² HENRARD J-C. (2002) *Les défis du vieillissement, la vieillesse n'est pas une maladie*, Coll. Société et santé, Ed. La Découverte, Paris, 234p.

la diminution de la médicalisation excessive des octogénaires (cholestérol, arthrose, maladie d'Alzheimer...). Certes, certains traitements préviennent de l'apparition de certaines pathologies mais ce n'est pas systématique. Cette démarche passe inévitablement par la formation des professionnels en ce sens.

L'ensemble des actions proposées par le rapport « Cordier » représente un certain investissement car l'objectif est de « *vouloir bien faire les choses* ». Toutefois, ces actions devraient également engendrer des dépenses mieux ciblées et représenter des économies, mais sur le long terme. La réorganisation des flux de dépenses de santé passe non seulement par le développement du maintien à domicile et de la médecine de proximité que par un accompagnement médico-social. En ce sens, le développement du maintien à domicile devrait permettre de limiter le nombre de places supplémentaires d'EHPAD ou du moins de transformer certaines places en accueil de jour et/ou temporaire. Si en complémentarité, on structure et on décloisonne la prise en charge des personnes âgées au détriment des rémunérations indépendantes, les dépenses devraient progressivement diminuer. L'évolution du budget du PLFSS dédié aux soins de ville marque bien la volonté du gouvernement de mieux articuler l'offre de soins de ville pour désengorger les hôpitaux et orienter la prise en charge vers une transversalité entre les soins de ville et l'hôpital.

5.5.7 L'indispensable recueil des données

Une prise en charge globale et continue nécessite une collaboration entre les différents professionnels. Cependant, les points de ruptures résultent souvent d'un manque d'informations entre les acteurs. Un parcours de soins coordonnés et une médecine personnalisée ne sont possibles que grâce à un recensement concret des données de santé. En effet, une information de qualité permet de gagner du temps et représente un point de sécurité. Elle est avantageuse aussi bien pour les professionnels que pour la personne et son entourage. L'échange d'informations doit donc être facilité et systématisé entre les professionnels de santé.

Depuis une dizaine d'années, d'importants efforts ont été réalisés en matière de recensement des dépenses de santé et d'assurance maladie avec le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) et le Système National Inter Régime de l'Assurance Maladie (SNIRAM) mais il est aujourd'hui très difficile de connaître le parcours global de soins d'une personne malgré l'existence du chainage entre ces bases de données. En effet, ces informations restent confidentielles et d'un accès extrêmement protégés par l'assurance maladie. Il en est de même pour le secteur médico-social. Aucune base de données ne recense l'ensemble des prestations

fournies et des remboursements des assurances complémentaires. On ne dispose d'aucune donnée sur le parcours des usagers et il n'existe aucune relation entre les prestations du secteur sanitaire et celles du secteur médico-social. Pourtant, dans le cadre d'une prise en charge globale, il devient indispensable de connaître les paiements, les remboursements, les prestations et les soins dont une personne a bénéficié tout au long de sa vie. Au sein des EHPAD, il faudrait donc instaurer un recueil des données opérationnel et plus exhaustif que la base « PATHOS ». Aujourd'hui, l'enquête EHPA recense un certain nombre d'informations sur les résidents, même si elle mérite d'être améliorée et précisée. Toutefois, aucun recensement n'existe sur les dépenses de soins couvertes par le forfait hébergement et sur les dépenses des financeurs (régimes obligatoires, couverture complémentaire, ménages). Ce constat amène à penser qu'il devient urgent de consacrer des budgets au recueil et au traitement des données pour ensuite mettre en place des mesures concrètes sur le terrain. Aujourd'hui, le gouvernement ne fournit aucune précision sur le lancement de tels travaux (recensement et partage de données) alors qu'il est inconcevable de mettre en place des mesures sur le terrain tout en restant dans le flou.

5.5.8 Le recours à des financements privés reste envisageable

La croissance du nombre de personnes âgées et la diminution des financements publics obligent les décideurs politiques à réfléchir à d'autres moyens pour financer la prise en charge de la dépendance sur le long terme. Peu de rapports proposent des mesures visant à optimiser le système de prise en charge et s'orientent davantage vers des systèmes d'assurance privée. En effet, les décideurs politiques ont besoin de résultats concrets et rapides alors que repenser le système n'offre que des perspectives lointaines. Ainsi, la possibilité d'un financement mixte ou de la généralisation de la couverture dépendance se dessinent, opposant toujours une prise en charge publique à un système privé. Les débats politiques portent régulièrement sur l'instauration d'un financement mixte regroupant une prise en charge publique et un financement privé complémentaire. Ces propositions mettent en avant une maîtrise des coûts tout en garantissant une couverture universelle³⁷³. Toutefois, elles conduisent à une généralisation progressive de la couverture privée et à un investissement plus important de la solidarité. Les propositions sont généralement de réorienter des contrats existants (assurance vie, plans d'épargne retraite...) en contrats dépendance ou encore d'intégrer une garantie dépendance au sein de contrats complémentaires santé. Dans le même temps, l'augmentation

³⁷³ VASSELLE A. (2010) *Rapport sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Rapport d'information n°263, 235p.

de la participation de la solidarité nationale repose sur plusieurs points : une journée de solidarité supplémentaire ; une participation au taux de contribution sociale généralisée identique pour les retraités et les actifs ; l'extension de la contribution solidarité autonomie (CSA) à l'ensemble des salariés (agriculteurs, artisans, professions libérales et indépendantes et retraités) ainsi que la possibilité d'une prise en compte du patrimoine des personnes âgées les plus aisées. Si un financement de la dépendance mixte est régulièrement envisagé, il est également considéré l'instauration d'une souscription obligatoire à une assurance à partir de l'âge de 50 ans³⁷⁴. Dans ce cas, la prise en charge publique est substituée par une assurance dépendance privée. La première reste transitoire le temps que la seconde réalise une prise en charge totale de la population dépendante. Des estimations concernant le développement d'une assurance privée indiquent qu'une généralisation de l'assurance dépendance représenterait un budget de l'ordre de 11 milliards d'euros en 2011³⁷⁵.

Actuellement, le marché de l'assurance privée reste peu développé car il n'est pas opérationnel. Plusieurs points restent à améliorer pour garantir une offre uniformisée sur l'ensemble du territoire. Le cadre des contrats nécessite d'être redéfini et ces derniers doivent s'orienter vers une population cible. Ils doivent également s'appuyer sur une méthode standardisée et sur une grille d'évaluation de la dépendance unique. Enfin, il est impératif que les compagnies d'assurance jouent la transparence pour l'ensemble des assurés. Par ailleurs, ces dernières doivent réfléchir à la possibilité de transferts totaux ou partiels des droits acquis d'une compagnie à l'autre. Lors des rencontres de l'Argus le 12 décembre 2013³⁷⁶, Michèle Delaunay, ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, confirmait sa volonté d'encadrer les contrats dépendance d'un point de vue réglementaire. Ce souhait concorde avec le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement et sur la volonté du gouvernement de protéger les plus âgés des « excès du marché ». La ministre a insisté sur le fait qu'elle souhaite réaliser une concertation avec l'ensemble des acteurs pour aboutir à des discussions et à des propositions. Il s'agit de travailler avec les assureurs pour établir une confiance entre les individus et les sociétés d'assurance. « *C'est du gagnant-gagnant* » a-t-elle précisé. Un cahier des charges doit être réalisé afin d'aborder les différents aspects des contrats.

³⁷⁴ ROSSO-DEBORD V. (2010) *Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, 128p

³⁷⁵ UFC Que choisir (2010) *Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : pour un nouveau schéma de financement, Estimations*, 25p.

³⁷⁶ Article visible sur le site Internet de l'Argus : <http://www.argusdelassurance.com/institutions/assurance-dependance-concertation-avec-la-profession-au-second-trimestre.71365> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

Parallèlement aux contrats d'assurance, l'argument du recours sur succession est régulièrement mis en avant. « *Si la collectivité paie une allocation à une personne âgée qui possède un patrimoine, il n'est pas anormal, qu'une fois son décès intervenu, la collectivité se rembourse sur son patrimoine* »³⁷⁷. L'allocation compensatrice pour tierce personne et la prestation spécifique dépendance, entre 1975 et 2001, faisait l'objet d'un recours sur succession, puis la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a supprimé ce recours. Néanmoins, depuis quelques années, des amendements tentent de réintroduire ce principe. En effet, la croissance de la dépense publique consacrée à la dépendance provoque des réactions. Le rapport « Vasselle » argumente en ce sens et précise qu'il faudra compléter le socle de solidarité par une prise en compte du patrimoine des personnes âgées et par un développement de l'assurance³⁷⁸. En 2008, un amendement était présenté par les sénateurs Philippe MARINI et Jean ARTHUIS et était adopté en décembre 2008 au Sénat visant à introduire, à partir du 1er janvier 2009, pour les sommes versées au titre de l'APA, le recouvrement sur la succession du bénéficiaire, à partir d'une certaine valeur de l'actif net successoral, soit 100 000 euros. Le 13 décembre 2012, une proposition était faite et consistait à récupérer sur les successions supérieures à 150 000 euros les sommes versées au titre de l'APA. Même si une telle mesure n'est pas encore adoptée, la prise en compte du patrimoine des ménages devient de plus en plus convoitée. Des estimations sont régulièrement effectuées pour appuyer cette mesure³⁷⁹. En fonction du patrimoine médian de la population, du nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans (en 2003) et des revalorisations de la direction de la sécurité sociale, le niveau de déclenchement se réaliserait à environ 200 000 euros. Quant au montant de la fraction retenue, le rapport « Vasselle » propose que la limite s'établisse à 20 000 euros quel que soit le montant du patrimoine. En fonction de ces données, le rapport estime que cette mesure pourrait engendrer une économie d'un peu plus d'un milliard aux alentours de 2015³⁸⁰.

Actuellement, une généralisation de l'assurance obligatoire ou un recours sur succession restent des mesures en suspens car elles entraîneraient progressivement des inégalités de prise en charge et la montée d'un système à deux vitesses. Une généralisation de l'assurance obligatoire entraînerait une baisse du pouvoir d'achat, une obligation de souscription même si le risque dépendance est faible, et un risque de transfert de cotisations en prélèvements obligatoires. Elle

³⁷⁷ BROUSSY L. (2012) *Pour une prise en charge solidaire et pérenne du risque dépendance*, Les propositions de Terra Nova, Projet 2012, contribution n°2, 117p

³⁷⁸ VASSELLE A. (2010) *Ouvrage cité*

³⁷⁹ VASSELLE A. (2010) *Ouvrage cité*

³⁸⁰ VASSELLE A. (2010) *Ouvrage cité*

complexifierait le système car elle générerait un étage supplémentaire de financement alors qu'il existe déjà une multitude d'acteurs et de contrats d'assurance. Ce recours rend également le système inégalitaire car il peut progressivement écarter une prise en charge publique des orientations politiques. Parallèlement, le recours sur succession représente un frein à une prise en charge globale. Les personnes âgées préfèrent généralement préserver leur patrimoine pour pouvoir transmettre un héritage à leurs descendants. Elles optent alors pour une diminution de prise en charge, voire un non recours à certaines aides. De plus, personne n'est égal face au risque dépendance. Si l'on transfère cette idée sur un problème sanitaire tel que le cancer, est-ce qu'une personne qui fume est moins responsable de sa pathologie qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? Car si certains pensent que le risque maladie est moins visible que le risque dépendance, ce n'est pas vrai. La perte d'autonomie n'est pas inéluctable.

Dans un contexte budgétaire compliqué et dans lequel des solutions doivent être trouvées pour arriver à un financement de la dépendance sur le long terme, la publication du rapport « Cordier » arrive au moment opportun. Ce dernier représente un levier d'idées pour améliorer la structure de notre système de prise en charge. La vision d'un parcours de soins global reste nécessaire et évidente pour garantir une prise en charge adaptée. Toutefois, beaucoup d'éléments restent à réorganiser pour arriver à un tel modèle et le contexte financier actuel ralentit la conduite de tels projets.

Conclusion du premier livre

Ce premier livre dresse un panorama du paysage de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France. Aujourd'hui, cette prise en charge dépend à la fois de la solidarité familiale (aides des proches) et de la solidarité collective (prestations telles que l'APA), même si cette dernière tend à diminuer. Face aux besoins nouveaux (public plus dépendant, diversification des prestations...), ce secteur est en constante mouvance, que ce soit en établissement ou à domicile. Il doit apporter une réponse individualisée et adaptée tout en s'intégrant au sein d'un système de prise en charge globale. De plus, l'information doit être simplifiée et plus lisible aussi bien pour les particuliers que pour les professionnels. Toutefois, la recherche d'une prise en charge optimale reste limitée par les budgets alloués au secteur et au contexte financier du pays.

Aujourd'hui, une personne âgée peut rester à domicile si son logement et son environnement le permettent ou bien être institutionnalisée lorsque la dépendance devient trop lourde. De quelle offre les personnes âgées dépendantes bénéficient-elles et comment se répartit-elle sur le territoire ? Et quelle sera son évolution au cours des prochaines décennies ?

Aujourd'hui, la planification des besoins liés à la dépendance reste générale car elle se réfère à des données globales. Pourtant, dans un contexte de réduction budgétaire, il devient primordial d'ajuster au mieux l'offre à la demande. Actuellement, on se réfère au taux d'équipement national, régional ou départemental pour déterminer des besoins actuels et futurs. Ces indicateurs représentent une première estimation importante mais ils peuvent être complétés par d'autres données toutes aussi puissantes : les flux interdépartementaux de personnes. En effet, se restreindre aux limites administratives signifierait que la consommation des personnes âgées s'arrête aux bordures départementales ou régionales. Il n'en est rien. Dans ce cas, de quelle manière peut-on récolter les données pour connaître la consommation des personnes âgées et en identifier les flux interdépartementaux ?

C'est à ces différentes questions que ce second livre tentera de répondre.

LIVRE 2 LES EHPAD : QUEL POIDS ET QUELS BESOINS ?

Introduction du second livre

La perte d'autonomie entraîne des besoins différents à mesure que les années passent. Les personnes âgées peuvent rester chez elles jusqu'à un certain point pour recourir ensuite à l'institutionnalisation lorsque l'état de dépendance devient trop contraignant. Depuis plusieurs dizaines d'années, l'offre se densifie et se diversifie sur le territoire français, même si elle croît moins rapidement que la proportion de personnes âgées. Aujourd'hui, l'offre d'hébergement est quantifiable grâce à l'enquête « EHPA » réalisée depuis 2003, tous les quatre ans. En revanche, l'offre à domicile l'est moins. Certes, il existe des données sur les SSIAD grâce aux enquêtes réalisées par la DREES et sur les emplois à domicile grâce aux recensements de l'UNEDIC, mais ces informations restent très générales et peu détaillées. Quant à l'évolution du vieillissement, l'INSEE fournit des projections démographiques « Omphale » pour les prochaines décennies. Par contre, toutes ces informations ne retracent pas la consommation réelle actuelle et future des personnes âgées, que ce soit en termes d'aides et de soins à domicile qu'en matière d'hébergement.

Si le premier livre pose les bases de l'organisation institutionnelle et permet de connaître les acteurs, le fonctionnement et le financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France, la question est désormais de connaître concrètement les besoins actuels et futurs de la prise en charge de l'hébergement lié à la dépendance. Rappelons ici que cette recherche tente de réaliser un focus de l'offre d'hébergement et qu'elle n'a pas la prétention d'estimer les mêmes évolutions et les mêmes besoins de la population concernant les aides et les services à domicile.

De ce raisonnement, émanent alors plusieurs interrogations. Quels choix s'offrent aux personnes âgées dépendantes, tant à domicile qu'en institution, pour bénéficier d'une prise en charge adéquate ? Comment peut-on mesurer la proportion de personnes âgées hébergées sur un territoire à l'échelle régionale ou départementale ? Quel est le recrutement des structures d'accueil (EHPA) sur ce territoire et quelle est leur aire d'attraction ? Peut-on connaître le taux d'occupation des lits d'hébergement et estimer les besoins en hébergement complet pour les 15 ou 20 ans à venir ? Enfin, peut-on estimer un coût global de ces besoins en hébergement et les éventuelles retombées sur les emplois locaux ?

Le contexte français actuel rend ces questions fondamentales. Un tel diagnostic permettrait non seulement d'appréhender l'évolution des besoins territoriaux mais également de mieux cibler les budgets.

Pour tenter de répondre à ces différentes questions, ce second livre se décomposera en quatre chapitres.

- Les deux premiers chapitres présenteront la composition et la répartition actuelle de l'offre d'hébergement, de services et d'emplois à domicile sur l'ensemble du territoire français.
- Le troisième chapitre présentera d'une part, la représentativité des différents métiers aux services des personnes âgées, et d'autre part, l'indispensable besoin d'encadrement et de professionnalisation pour garantir la viabilité de ce secteur sur le long terme.
- Enfin, le dernier chapitre présentera l'étude empirique réalisée en région Poitou-Charentes. La mise en place d'un modèle tentera de démontrer, qu'au travers de la méthodologie appliquée à cette région, l'évaluation des besoins d'hébergement locaux actuels peut être, non seulement, plus précise que les évaluations réalisées aujourd'hui par le ministère, les ARS ou les conseils généraux, mais également que l'aspect prospectif de notre modèle pourrait contribuer à une meilleure adéquation de l'offre à la demande d'hébergement des personnes âgées.

CHAPITRE 1 Le paysage français de l'offre en EHPA

Aujourd'hui, lorsque l'état de dépendance devient trop important et que le maintien à domicile représente trop de contraintes, les personnes âgées ont recours à l'institutionnalisation. Si cette offre a beaucoup évolué depuis une quarantaine d'années, plusieurs questions se posent : actuellement, quelle est sa répartition sur l'ensemble du territoire français ? Est-ce que les départements les plus vieillissants sont aujourd'hui les mieux dotés ? Quels besoins se dessinent pour les décennies à venir ? Enfin, face aux derniers remaniements législatifs, comment les EHPAD sont-ils régis ? Et quels sont les différents tarifs d'hébergement d'un département à l'autre ?

1.1 L'offre d'hébergement complet : tendances actuelles et projections

Au 1^{er} janvier 2014, selon l'enquête EHPA de 2011 (tableau n°29), plus de dix mille établissements (10 481), secteurs public et privé confondus, composent le paysage médico-social du domaine de l'hébergement de la personne âgée (EHPA) abritant 720 483 places au total (médicalisées ou non). Les trois quart de ces places installées relèvent des maisons de retraites, soit 555 773 lits.

Dans la mesure où seuls les premiers constats de l'enquête EHPA 2011 sont disponibles aujourd'hui (données détaillées par département non disponibles), l'étude de l'offre d'hébergement se réfèrera principalement à l'année 2007. Ainsi, on peut voir que le nombre de structures est relativement stable depuis plusieurs années puisqu'il a augmenté d'à peine 2 % entre 2007 et 2011 (10 305 structures au total pour personnes dépendantes et non dépendantes en 2007)³⁸¹. Parallèlement, le nombre de places progresse de 5 %, passant de 684 160 places en 2007 à 720 483 places en 2011. En termes de maisons de retraite, on note une croissance de 11 %, passant de 6 504 structures en 2007 à 7 225 en 2011³⁸² et une croissance plus importante en termes de places installées (18 %), passant de 471 101 places en 2007 à 555 773 places en 2011. Parmi l'ensemble des structures, le nombre d'EHPAD augmente entre 2007 et 2011 pour atteindre 7 752 établissements³⁸³. Il représente ainsi 82 % des places, contre 75 % en 2007.

³⁸¹ PERRIN-HAYNES J. (2010) *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007*, INSEE, Série statistiques n°142, 160p.

³⁸² DREES, *Enquêtes EHPA 2007 et 2011*

³⁸³ VOLANT S. (2014) *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, DREES études et résultats n°877, février 2014, 6p

Tableau 29 - Nombre de structures d'hébergement pour personnes âgées
et nombre de places installées, selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2011

Catégorie d'établissement	Nombre de structures	Dont % EHPAD	Places installées	Dont % EHPAD
Logements-foyers privés à but lucratif	89	6.7	4 178	12.4
Logements-foyers privés à but non lucratif	688	11	33 884	12.1
Logements-foyer publics	1 782	13.7	90 604	16.7
Total logements-foyers	2 559	12.7	128 666	15.4
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 768	94.1	120 007	97.7
Maisons de retraite privées à but non lucratif	2 311	92.2	160 436	96.7
Maisons de retraite publiques	3 146	98.4	275 330	99.4
Total maisons de retraite	7 225	95.4	555 773	98.3
USLD	608	84	34 187	76.8
Autres établissements	89	27	1 857	35.7
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	10 481	74	720 483	82.3

Sources: Enquête EHPA 2011, premiers constats

Au 31 décembre 2011, le taux d'équipement est de 125,6 ‰³⁸⁴. Ce taux est en baisse constante depuis les années 1990. En effet, il était de 127 ‰ en 2007³⁸⁵ et s'établit à 122,6 ‰ en 2013³⁸⁶. La capacité des EHPAD est en moyenne de 72 places. Les foyers-logements et les USLD comptent généralement moins d'une cinquantaine de places et les maisons de retraite non EHPAD sont encore plus petites, avec souvent moins de 22 places. 97,1 % des places d'accueil d'EHPAD sont consacrées à l'hébergement permanent. L'hébergement temporaire et d'accueil de jour, quant à eux, représentent respectivement 1,5 % et 1,4 % des capacités, soit environ 8 600 et 8 000 places³⁸⁷. En revanche, le nombre de places d'accueil de nuit, déjà peu développé en 2007, a diminué jusqu'en 2011, passant de 500 à 200 places³⁸⁸. Depuis l'application du plan « Alzheimer », un nouveau dispositif a été mis en place au sein de certains établissements : le Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA). Ces derniers accueillent en journée des résidents atteints de troubles du comportement et proposent des activités pour maintenir ou développer leurs capacités fonctionnelles, cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux. Ainsi, au 31 décembre 2011, 5 % des EHPAD déclarent disposer d'un service de ce type et 7 % déclarent

³⁸⁴ PREVOT J., *L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, DREES Etudes et résultats n° 689, Mai 2009, 8p.

³⁸⁵ PREVOT J., *ouvrage cité*

³⁸⁶ PREVOT J., *ouvrage cité*

³⁸⁷ VOLANT S. (2014) *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, DREES études et résultats n°877, février 2014, 6p.

³⁸⁸ VOLANT S. (2014) *Ouvrage cité*

disposer de chambres spécialement aménagées pour l'accueil de personnes atteintes de ce type de démence³⁸⁹.

Parmi l'ensemble des structures, 82 % sont habilitées à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale départementale. Toutefois, ce nombre varie à l'échelle des places en elles-mêmes car les structures peuvent bénéficier d'une habilitation totale ou partielle³⁹⁰. Ainsi, 95 % des places d'EHPAD publics non hospitaliers et 85 % des places d'EHPAD privés à but non lucratifs sont habilitées. Cette proportion est de 13 % pour les structures privées à but lucratif habilitées à recevoir l'aide sociale. Au total, 76 % des places sont habilitées et 24 % ne le sont pas.

Globalement, l'offre d'EHPA ne se répartit pas de la même manière sur l'ensemble du territoire. Si l'on étudie la quantité de structures par rapport au nombre de personnes de plus de 75 ans, on note un large quart Nord-Ouest qui bénéficie de taux d'équipement élevés, soit entre 150 et 204 places pour 1 000 (Figure n°44). Quelques régions comme la Bourgogne et l'Auvergne sont également mieux loties que la moyenne nationale (taux égal ou supérieur à la moyenne nationale de 125 ‰). En revanche, la Corse, le Languedoc-Roussillon, une large partie de l'Aquitaine, du Midi-Pyrénées, de la Franche-Comté et de la région PACA sont moins bien équipés que la moyenne nationale (de 59 à 120 places pour 1 000).

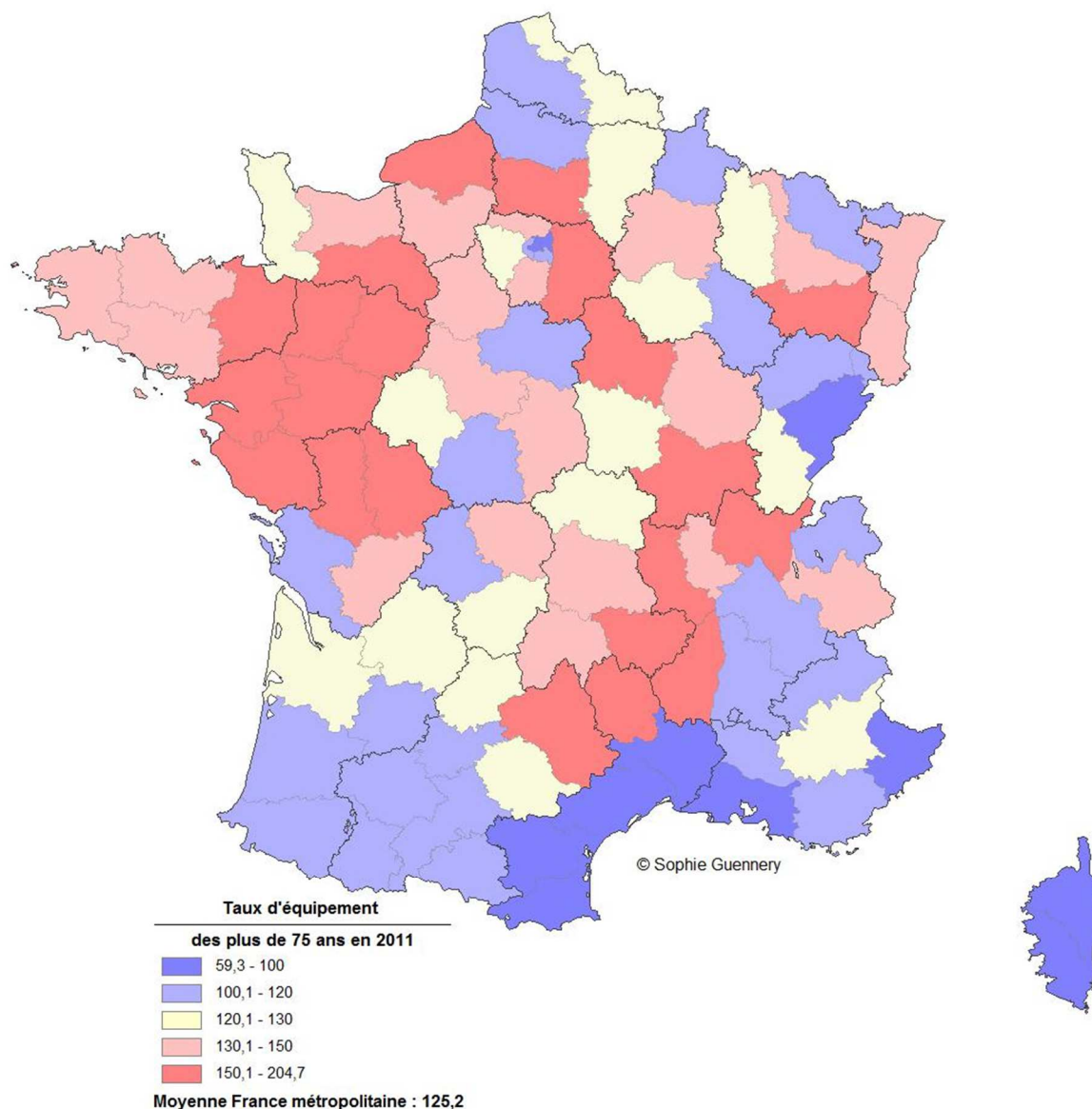
Concernant les besoins à venir, on sait que le nombre de places d'hébergement ne suffira pas à accueillir toute la population âgée dépendante. En effet, selon une étude de Cap Retraite³⁹¹ (2014), 540 000 places devront être créées d'ici 2040 pour répondre aux besoins des personnes âgées de plus de 80 ans (Les raisons de cette barrière d'âge ne sont pas explicitées par Cap Retraite et résultent peut-être de l'âge moyen d'entrée en établissement situé entre 80 et 85 ans en 2014). Cette étude se base uniquement sur le ratio de deux variables : la quantité de places d'hébergement et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans en 2012. Ensuite ce modèle applique l'évolution du taux d'équipement en fonction des projections démographiques départementales pour estimer les besoins en 2040. Cette modélisation représente une première estimation du volume de places nécessaires en 2040, mais il convient ensuite de pondérer ces premières estimations par les flux interdépartementaux de personnes hébergées afin de fournir des projections plus précises.

³⁸⁹ VOLANT S. (2014) *Ouvrage cité*

³⁹⁰ LAROCHE M., ZEGGAR H., AMGHAR Y-G. (2011) *Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement*, Rapport IGAS, 91p.

³⁹¹ Cap Retraite est une société à responsabilité limitée, fondée en 1994, et représente le premier service français de conseil en maison de retraite

Figure 44 - Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans
en EHPA en 2011

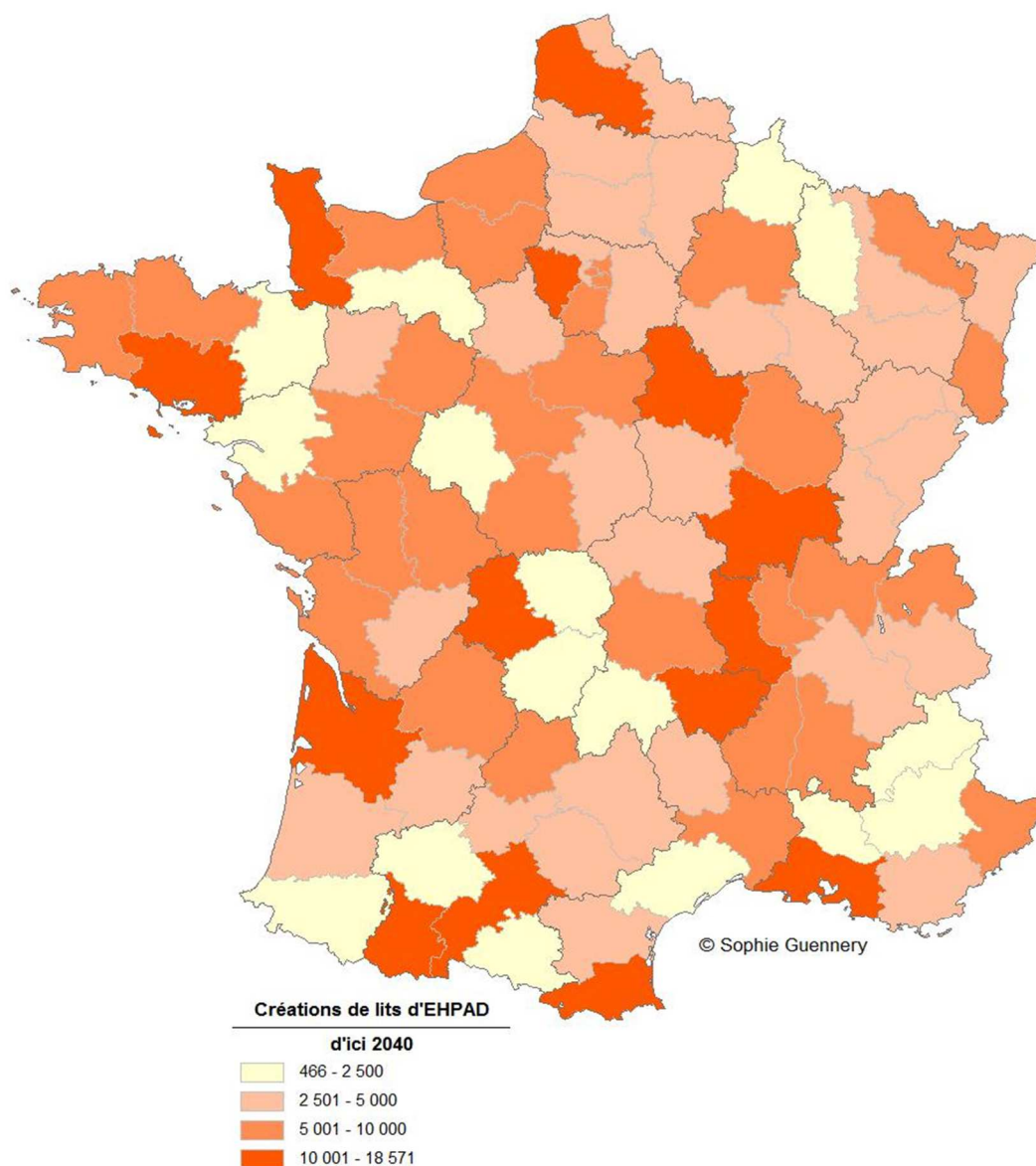


Sources : Drees/ARS/DRJSCS, Statiss 2011 et Insee au 1^{er} janvier 2010

La carte sur les créations (brutes) de lits permet de visualiser les besoins selon les départements, en gardant comme hypothèse la notion de « toutes choses égales par ailleurs » (Figure n°45). Certains départements qui possèdent des taux d'équipement importants en 2011 (Figure n°44) nécessiteront d'importants besoins d'ici 2040 (Yonne, Haute-Loire, Loire, Saône-et-Loire). D'autres départements qui, en 2011, ont des taux d'équipement bas par rapport à la moyenne nationale, devront fortement s'équiper d'ici 2040 pour satisfaire la demande en fonction de l'évolution démographique (Pas-de-Calais, Haute-Vienne, Hautes-Pyrénées, Haute-Garonne,

Pyrénées-Orientales, Bouches-du-Rhône). Et à l'inverse, certains départements qui possèdent de forts taux d'équipement en 2011 verront leurs besoins diminuer proportionnellement à leur population d'ici 2040 (Loire-Atlantique, Ile-et-Vilaine).

Figure 45 - Créations de lits d'hébergement entre 2012 et 2040
pour maintenir le taux d'équipement de 2012 (chiffres bruts)



Sources : Données Cap Retraite 2012

1.2 L'institutionnalisation : les différentes solutions d'hébergement

Chaque établissement d'hébergement est rattaché à un statut juridique : public, privé (à but lucratif ou non) ou personne morale de droit étranger. En fonction de ces statuts, les

établissements ont différents profils : sociétés mutualistes départementales, associations relevant de la loi de 1901, sociétés anonymes (S.A), entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée (EURL)... Parallèlement, leur tarification dépend de leur fonctionnement et de leurs modalités de financement (convention tripartite, dotation globale ou partielle, habilitation à l'aide sociale...). Depuis 2002, le statut des établissements d'hébergement relève de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 (sur l'action sociale et médico-sociale). Ils doivent assurer un accueil à leurs résidents et leur délivrer des prestations adéquates. En cas de non-respect d'un de ces critères, une structure ne peut pas prétendre au titre d'établissement social ou médico-social. D'un point de vue administratif et financier, depuis cette loi, les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) deviennent progressivement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces derniers assurent un ensemble de prestations (animations, hygiène, blanchisserie...) ainsi que des soins médicaux, contrairement aux EHPA qui ne sont pas médicalisés, même s'ils accueillent des personnes âgées dépendantes. Pour devenir EHPAD, l'établissement doit signer une Convention Tripartite Pluriannuelle (CTP) avec le Président du conseil général et une autorité compétente de l'Etat pour l'assurance maladie (ARS ou Préfet de département). Les EHPA, quant à eux, doivent signer une convention avec le conseil général tous les cinq ans, par le biais d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

L'offre d'hébergement regroupe plusieurs types de structures offrant une prise en charge adaptée en fonction de l'état de dépendance de la personne. Les maisons de retraite représentent le socle de l'offre et accueillent les personnes âgées de manière permanente, temporaire, de jour ou de nuit, dépendantes ou partiellement autonomes. Elles accueillent non seulement des personnes qui ne peuvent pas rester à domicile et dont l'état de santé est stabilisé, mais également des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies dégénératives à condition que la prise en charge ne nécessite pas de soins lourds (tels que la sclérose en plaque). Les maisons de retraite regroupent également des places d'accueil de jour ou d'accueil temporaire. L'accueil de jour est destiné aux personnes âgées atteintes de pathologies diverses et souvent démentiels. La prise en charge est essentiellement thérapeutique et se réalise de un à plusieurs jours par semaine (voire en demie journée). Par conséquent, la tarification s'effectue à la journée. L'objectif de cette prise en charge est de stimuler les capacités du résident et d'assurer un soutien psychologique pour la personne et sa famille. L'hébergement temporaire, quant à lui, représente un intermédiaire entre le domicile et l'institution. Il est privilégié lors de situations de crise ou pour soulager les aidants (insuffisance d'aide, prise de congés...). La

demande de ce type d'accueil est en forte augmentation. Par conséquent, les « Plan démente » et « Solidarité vieillissement » prévoient le développement de places supplémentaires pour pouvoir répondre aux besoins. En 2012, selon les données de la CNSA³⁹², on compte environ 12 500 places d'accueil de jour et 9 500 places d'accueil temporaire, soit une proportion différente à celle estimée par l'enquête de la DREES (VOLANT S., 2014) avec 8 000 places d'accueil de jour et 10 000 places d'accueil temporaire au 31 décembre 2011.

L'offre propose également un hébergement au sein de foyers-logements. Ces structures apparaissent dans les années 1950 et sont une solution intermédiaire entre le logement de la personne et l'institution. En 2011, on dénombre 2 559 établissements de ce type, tous statuts confondus³⁹³, soit 128 666 places installées (Tableau n°29, p.216). Cette forme d'hébergement renvoie davantage l'image d'un habitat collectif que celle d'un hébergement pur. Elle répond aux problèmes d'habitat inadapté des personnes âgées et offre aux résidents un logement autonome ainsi que des équipements et des services collectifs (restauration, blanchisserie, infirmerie, salons...). Les foyers-logements sont généralement rattachés à une structure d'hébergement permanent afin d'éviter les hospitalisations trop fréquentes. Lorsque des soins spécifiques sont nécessaires, les résidents font appel à des professionnels libéraux médicaux ou paramédicaux qui se rendent sur place, tout comme ils le feraient à domicile. Les foyers-logements sont attractifs car ils semblent être le dernier mode d'hébergement qui permette aux individus âgés de maintenir une certaine autonomie malgré leur avancée en âge. De plus, ils sont généralement localisés à proximité des centres-villes ou des bourgs, ce qui permet aux résidents de maintenir un lien avec leurs proches et avec la vie extérieure. D'un point de vue tarifaire, le foyer-logement offre un loyer plus abordable que les maisons de retraite. Il faut compter entre 550 euros et 630 euros pour un T1 ou un T2 en foyer-logement (parmi les adhérents de l'UNCCAS)³⁹⁴ alors que le budget du seul tarif hébergement moyen mensuel au sein d'une maison de retraite se situe à 1 900 euros en moyenne³⁹⁵. Toutefois, si ces structures sont initialement conçues pour accueillir des personnes autonomes, elles hébergent de plus en plus de personnes très âgées et souvent dépendantes. En 2005, selon l'association des maires

³⁹² Données disponibles sur le site Internet de la CNSA : http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=686, rubrique « Actions » (dernière consultation le 31 juillet 2014)

³⁹³ DREES, *Enquête EHPA 2007 et 2011* (premiers constats)

³⁹⁴ UNCCAS, *Les logements-foyers gérés par les CCAS et CIAS, Enquêtes et observations sociales*, les enquêtes de l'UNCCAS n°4, Octobre 2012, 24p.

³⁹⁵ VOLANT S. (2014) *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, DREES études et résultats n°877, février 2014, 6p.

de France³⁹⁶, seuls 8 % de la population des foyers-logements est âgée de moins de 70 ans. En 2007, l'âge moyen des résidents au moment de leur entrée en foyer-logement était de 76,4 ans et l'âge moyen au moment de l'enquête était de 82 ans (contre 84,1 ans pour l'ensemble des EHPAD)³⁹⁷. Ces chiffres illustrent le fait que les personnes âgées restent à domicile le plus longtemps possible et qu'elles arrivent plus tardivement en établissement avec un degré de dépendance plus élevé qu'auparavant. Cette orientation est privilégiée soit par manque de place en maison de retraite, soit pour bénéficier d'un coût plus modéré de ce type d'hébergement par rapport à celui des maisons de retraite. Face à cette évolution, les foyers-logements doivent progressivement s'adapter et répondre à des obligations réglementaires pour pouvoir accueillir des personnes âgées de plus en plus dépendantes. Ils sont ainsi soumis à une réglementation particulière. Les établissements de plus de vingt-cinq lits dont le GIR Moyen Pondéré (GMP) est supérieur à 300, doivent signer une convention tripartite et demander un agrément EHPAD pour pouvoir bénéficier de financements de l'assurance maladie. Si au contraire, le GMP est inférieur à 300, le foyer-logement ne peut pas être médicalisé. Dans le premier cas, les résidents perçoivent l'APA en établissement et dans le second, ils perçoivent l'APA à domicile.

Le GMP a été lancé en 2008, puis développé en 2009 pour « *remédier aux rentes de situations et répondre à un souci d'équité entre les établissements* ». Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2010, le GMP « *permet de mesurer, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance. Le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille AGGIR* ». Associé au Pathos Moyen Pondéré (PMP), ces deux données sont « *multipliées par une valeur en euros et par le nombre de lits exploités pour définir une dotation théorique, le tarif plafond* »³⁹⁸.

Au travers du projet de loi sur l'autonomie des personnes âgées dépendantes (2014), le gouvernement souhaite consacrer un budget de 40 millions d'euros (sur trois ans entre 2014 et 2017) pour diversifier les logements « intermédiaires » et permettre aux personnes de trouver une réponse entre le domicile et la maison de retraite. Par ailleurs, les foyers-logements seront rebaptisés en « résidences autonomie »³⁹⁹.

³⁹⁶ VOIX I. (2005) *Le devenir des logements foyers : transformation en EHPAD ?* Association des maires de France, Thème action sociale, emploi, santé, Rubrique Personnes âgées

³⁹⁷ DREES, *Enquête EHPA*, 2007

³⁹⁸ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 : Secteur médico-social visible sur le site Internet du Sénat : http://www.senat.fr/rap/109-090-3/109-090-3_mono.html (dernière consultation le 31 juillet 2014)

³⁹⁹ BOUTRAND M., PRADA D. (2014) *Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement*, Les avis du conseil économique, social et environnemental, 122p.

La gestion des foyers-logements est majoritairement assurée par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ou une association. Néanmoins, l'émergence de promoteurs du secteur privé commercial donne naissance à de nouvelles formes de structures : les résidences avec services. Elles sont basées sur le modèle des foyers-logements mais ne sont pas intégrées à la planification officielle.

Lorsque la dépendance devient importante et que la prise en charge devient trop lourde pour une maison de retraite, les personnes âgées sont orientées vers des Unités de Soins de Longue Durée (USLD). Ces unités accueillent des résidents qui ont perdu toute autonomie, qui nécessitent une aide quotidienne pour les actes de la vie courante et qui requièrent un suivi médical quotidien. Initialement, les USLD dépendent du secteur sanitaire mais la mise en place des conventions tripartites a fait évoluer leur statut. La signature d'une convention entre les gestionnaires des USLD et l'ARS intègre les USLD au sein des EHPAD qui relèvent dorénavant du champ médico-social (tarification, financement). Suite à la signature d'une convention, ces structures bénéficient d'une répartition des tarifs identique à celle des EHPAD, les coûts étant tout de même plus élevés. En 2011, on compte 608 USLD en France métropolitaine, soit 34 187 places installées (Tableau n°29, p.216).

Ces trois formes d'hébergement, que sont la maison de retraite, le foyer-logement ou l'USLD, représentent les principales formes d'accueil pour les personnes âgées modérément et fortement dépendantes. Toutefois, même si elles restent minoritaires, d'autres solutions moins radicales existent et sont réservées aux personnes en perte d'autonomie légère ou atteintes de démences de type « Alzheimer ». On retrouve ainsi des Maisons d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes (MAPAD), des Maisons d'Accueil pour Personnes Invalides Dépendantes (MAPID) ou des Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Âgées (MARPA), ces dernières ayant vu le jour sous l'impulsion de la mutualité sociale agricole. Ces structures sont de petite taille et proposent des services d'assistance pour éviter des hospitalisations prématurées. On compte 178 MARPA qui assurent un accueil aux personnes qui résident en zone rurale en 2013 (161 en 2012)⁴⁰⁰. Parallèlement, les personnes âgées peuvent également trouver une réponse d'accueil dans des petites unités de vie. Ces établissements sont plutôt familiaux et représentent des résidences d'accueil ou des unités de logement. Ils sont de petite taille (24 personnes

⁴⁰⁰ Données disponibles sur le site Internet de la MSA : <http://www.msa.fr/lfr/documents/11566/48463/Chiffres+utiles+MSA++2014+%28national%29.pdf> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

maximum) et offrent des services de proximité. L'objectif de ces structures est d'offrir aux résidents une vie comme au domicile et une vie communautaire choisie. En effet, ces résidences se développent également sous forme de villages et d'appartements pour personnes âgées tels que les « sénioriales ». Enfin, lorsqu'elles sont désorientées ou atteintes de démences de type « Alzheimer », les personnes âgées dépendantes peuvent avoir recours à des Centres d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles (CANTOU) ou à des unités spécialisées « Alzheimer ». Ce sont de petites structures (10 à 15 personnes) dont la plupart sont rattachées à un établissement d'hébergement médicalisé plus important. Elles proposent des services d'assistance pour les actes de la vie quotidienne et permettent à une personne âgée ainsi qu'à ses proches de bénéficier d'une aide sans changer de domicile. Néanmoins, la famille ou les proches restent indispensables pour ce type de prise en charge. Selon la fondation « Médéric Alzheimer »⁴⁰¹, 179 établissements sont uniquement dédiés aux personnes atteintes de la pathologie d'Alzheimer et 2 456 EHPAD bénéficient d'une unité spécifique en 2011. Toutefois, 4 400 EHPAD déclarent accueillir ces résidents même s'ils ne bénéficient pas d'unités spécifiques.

1.3 Organisation administrative d'un EHPAD

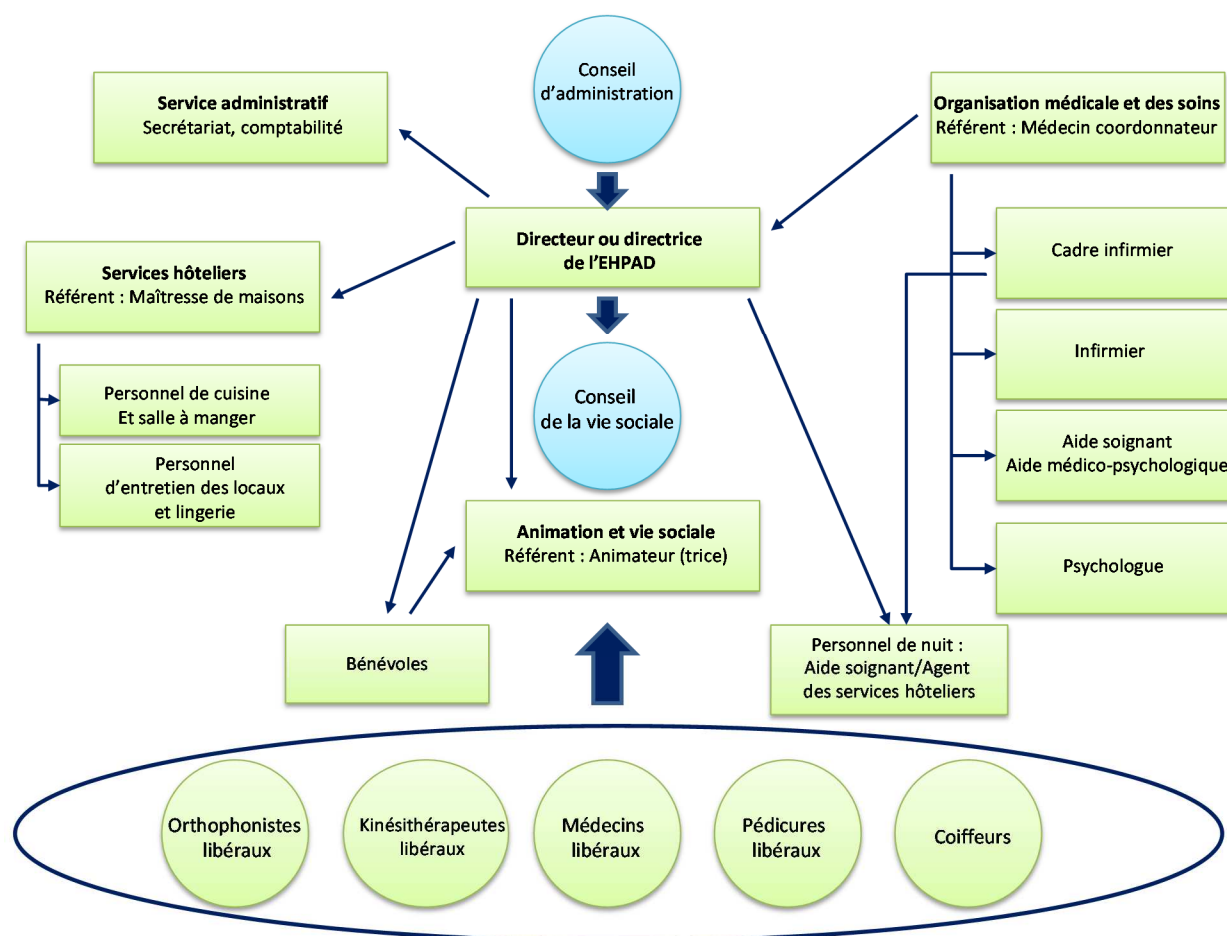
Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est une structure médicalisée. Cet encadrement nécessite l'intervention de différents professionnels qui couvrent plusieurs domaines : médical, paramédical, administratif et hôtelier. En complémentarité, d'autres acteurs extérieurs à la structure peuvent intervenir en fonction des besoins des personnes et en concertation avec les professionnels de l'établissement (animateurs, coiffeur...). Enfin, des bénévoles peuvent également apporter une aide lors de certaines activités (Figure n°46). Depuis 2002, chaque établissement doit disposer d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS). Ce dernier est composé de représentants des personnes accueillies, de représentants légaux, d'un représentant du personnel et d'un représentant de l'organisme gestionnaire. Son rôle est de donner un avis sur les questions relatives au fonctionnement de l'établissement (organisation intérieure, activités, projets de travaux, entretien des locaux...) et il doit être consulté lors de l'élaboration du règlement de fonctionnement de la structure.

⁴⁰¹ CASTEL-TALLET M-A., FONTAINE D. Et al. (2012) *La lettre de l'Observatoire : Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, n°24, Juin 2012, Etat des lieux 2011 des dispositifs d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer

Tout établissement qui signe une convention tripartite doit posséder un projet d'établissement afin d'encadrer le fonctionnement de la structure. Ce projet d'établissement regroupe un projet de soins et un projet de vie. Le projet de soins définit les orientations de l'établissement pour assurer les soins aux résidents en fonction de leur niveau d'autonomie et de leur état de santé. Cette mission est confiée au médecin coordonnateur de l'établissement. En effet, ce dernier assure la coordination des différents intervenants médicaux et paramédicaux, il dispose donc d'une vue globale de la structure pour organiser la continuité de la prise en charge des personnes âgées. Le projet de soins doit également préciser l'organisation de l'établissement face aux incapacités des résidents. Pour cela, les résidents bénéficient d'une évaluation pour mesurer leur degré de dépendance et mettre en place les aides humaines et techniques adaptées. Malheureusement, le ratio de personnel n'est pas toujours suffisant pour apporter une réponse individualisée et adéquate aux résidents. Le projet de vie, quant à lui, permet de limiter les désavantages liés à la perte d'autonomie d'une personne âgée. Il définit les objectifs concernant la qualité hôtelière de l'hébergement (architecture, mobilier...) et de la vie sociale (respect des droits citoyens, animation...). Il est arrêté par le Président du conseil général pour chaque établissement. Le projet de vie est très important car un établissement d'hébergement représente souvent le dernier lieu de vie d'une personne âgée. Rappelons que selon l'enquête de fin de vie des résidents en EHPAD, 25 % des résidents décèdent chaque année en 2013 et dans 74 % des cas, les décès surviennent au sein des établissements⁴⁰². L'accompagnement de fin de vie fait donc intégralement partie du projet de vie d'un établissement.

⁴⁰² Observatoire national de la fin de vie (2013) *La fin de vie en EHPAD – premiers résultats d'une étude nationale*, Données disponibles sur le site Internet de l'observatoire national de fin de vie : <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/EHPAD> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

Figure 46 - Fonctionnement d'un EHPAD



Sources : Conseil général du Haut-Rhin

Le projet d'établissement précise qu'une visite d'admission du futur résident dans l'éventuel établissement d'accueil est indispensable. Cette visite est cruciale car elle mesure la capacité de la personne âgée à accepter cette nouvelle situation. Non seulement la famille se doit d'expliquer clairement à la personne âgée la signification de l'hébergement, mais l'établissement doit s'assurer que la personne comprend la situation. Certes, il n'est pas toujours évident d'obtenir un accord clair mais de nombreuses personnes âgées comprennent leur situation et peuvent ou non adhérer au projet d'hébergement. Le choix d'un établissement nécessite que la famille soit vigilante à ce que la prise en charge soit adaptée à la demande de la personne. Ces informations se trouvent dans le livret d'accueil, le contrat de séjour et le règlement intérieur de l'établissement.

L'inscription d'un résident en EHPAD nécessite de remplir un dossier d'inscription et de l'envoyer dans l'établissement de son choix. Une personne peut déposer plusieurs dossiers dans des structures différentes. Les critères d'admissibilité dans un EHPAD sont les suivants. La

personne doit être âgée de 60 ans ou plus. Les habitants de la commune où est implanté l'établissement sont généralement prioritaires. La personne âgée doit être évaluée afin de déterminer son degré de dépendance. Il peut y avoir diverses formes de dépendance mais les EHPAD doivent accueillir l'ensemble des personnes dépendantes, sauf si cette dépendance nécessite des soins techniques que l'établissement ne peut pas fournir. Lorsque les critères sont validés, la personne peut intégrer l'établissement après avoir acquitté les droits d'hébergement et avoir mis en place les aides extérieures nécessaires.

1.4 Un cadre tarifaire complexe et mouvant

Depuis la loi sur la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la politique de médicalisation de l'accueil des personnes âgées fonctionne selon trois sections. La première section s'attache au conventionnement des établissements. Ces derniers signent une convention tripartite avec le conseil général et une entité compétente de l'Etat pour l'Assurance Maladie (ARS ou Préfet de département). La deuxième section concerne la tarification des prestations qui repose désormais sur un financement ternaire distinguant les dépenses liées aux soins, à l'hébergement et au degré de dépendance du résident. Enfin, la troisième section offre deux options aux structures : une tarification partielle ou globale. La première prend en charge un champ limité de dépenses de soins (le salaire du médecin coordonnateur et les actes des infirmiers libéraux) et les soins de ville sont acquittés et remboursés directement aux résidents par l'assurance maladie. La seconde alloue une dotation plus importante qui permet de couvrir plus de soins (le salaire des médecins généralistes libéraux ou des auxiliaires médicaux libéraux, certains examens de radiologie et de biologie ainsi que certains médicaments). Cela induit l'existence d'une Pharmacie à Usage Interne (PUI) au sein de chaque EHPAD permettant de prendre en charge les médicaments.

Jusqu'en 2007, les EHPAD qui avaient signé une convention tripartite se voyaient attribués une dotation de soins. Cette dotation était estimée selon l'équation « DOMINIC » qui dépendait de l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents (en fonction de la grille AGGIR) et qui permettait d'apporter aux EHPAD sous dotés un minimum de crédits d'assurance maladie. A partir de 2007, une variable supplémentaire est ajoutée dans le mode de calcul de cette équation pour tenter de rendre le budget de chaque structure plus objectif en termes de charge de soins médicaux et de techniques apportées aux résidents. En effet, le renforcement de la médicalisation des EHPAD (Plan Solidarité grand âge) et l'accueil d'un nombre croissant de

personnes âgées atteintes de poly pathologies nécessitant des soins médicaux et techniques, entraînent des besoins financiers plus conséquents. Dès lors, la tarification des structures doit évoluer. Le forfait soins dépend du GIR Moyen Pondéré Soins (GMPS) qui prend lui-même en compte le GIR Moyen Pondéré (GMP) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) de l'établissement. Le GMP correspond au niveau moyen de dépendance des résidents de la structure en question en fonction de la grille AGGIR. Le PMP détermine, quant à lui, le niveau moyen de soins médicaux et techniques dont l'établissement a besoin pour répondre aux besoins des résidents. Le GMPS est établi à partir des besoins d'une structure pour déterminer un nombre de points appelé « Coupe PATHOS » (Arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, publié au Journal officiel du 19 juin 2007). Les ARS ont mis en place cette procédure tarifaire en fonction de la disponibilité des crédits destinés à la médicalisation des EHPAD et des priorités des pouvoirs publics. Au 31 décembre 2012, 69 % des EHPAD appliquent cette tarification GMPS, soit 74 % des places⁴⁰³. Parallèlement aux mesures de médicalisation, les ARS ont distribué 7 008,8 millions d'euros aux EHPAD en 2012, soit une progression de 3 % entre 2011 et 2012 (6 806,8 millions d'euros en 2011)⁴⁰⁴. Un décret supplémentaire (décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013) a été voté dans l'objectif de rationaliser, simplifier et coordonner les dispositions relatives aux évaluations des résidents des EHPAD. Il est mis en application conformément à l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins requis des personnes hébergées dans les EHPAD et USLD. Il fixe ainsi la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale (CRCM) mentionné à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

L'Etat a mené une politique très volontariste quant au choix des EHPAD pour le tarif global. Cependant, face aux dépenses générées et aux interrogations sur l'intérêt économique de ce mode de tarification, cet élan s'est arrêté fin 2010 et a été acté lors de la campagne budgétaire médico-sociale de 2011. Toutefois, dès 2012, le gouvernement mène des réflexions pour une

⁴⁰³ CNSA (2014) *Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes pathos*, Rapport CNSA, 29p. Données disponibles sur le site Internet de la CNSA : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Bilan_medicalisation_coupes_pathos_EHPAD_vf2.pdf (dernière consultation le 31 juillet 2014)

⁴⁰⁴ CNSA (2014) *Ouvrage cité*

modulation du forfait global. Le rapport de l'IGAS de 2011, sur commande des ministres chargés de la santé, des solidarités et des comptes publics, révèle une comparaison des modes de financement partiel et global. Il ressort que l'option entre les deux modes de tarification doit être à nouveau possible pour les établissements. En effet, les EHPAD engagés avec d'autres structures dans une tarification globale (mutualisation des dépenses) doivent bénéficier de tarifs homogènes. Il en est de même pour les établissements en cours de rattachement à une PUI dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire. Dans son rapport, l'IGAS indique que le tarif global représente un coût important mais que selon les conditions de mise en œuvre, il pourrait entraîner des gains significatifs à moyen terme⁴⁰⁵. De plus, l'IGAS précise que l'arrêt de ce mode tarifaire risque de créer ou d'amplifier les inégalités de tarifs des établissements en fonction du renouvellement de leur convention tripartite (année de déploiement et année de restriction budgétaire). Dès lors, son déploiement nécessite un cadrage précis, un suivi des coûts et un lissage des différences entre la valeur du point du tarif global et du tarif partiel.

Selon leur statut, les EHPAD publics sont gérés selon les règles de comptabilité publique alors que les structures privées établissent un budget tous les ans selon les règles de comptabilité générale. Le budget d'un EHPAD prévoit les charges et les produits annuels pour ensuite déterminer les tarifs d'hébergement. Tous les ans, l'établissement établit son projet budgétaire et le transmet au directeur de l'agence régionale de santé ainsi qu'au Président du conseil général. Après examen, un montant global de dépenses est validé. Ces autorités donnent leur accord sur plusieurs points : les emprunts de plus d'un an, les investissements, les plans de financement et les prévisions de charges et de produits d'exploitation. Ces prévisions permettent ensuite au département et à l'assurance maladie de fixer les tarifs des prestations de prise en charge des structures. Tous les ans, l'EHPAD transmet son bilan et ses résultats, validés par un commissaire aux comptes, aux autorités de tarification.

Les ressources d'un EHPAD sont éclatées en trois tarifs : hébergement, dépendance et soins. Le tarif hébergement correspond « au gîte et au couvert » proposés par l'établissement. Il prend également en compte les frais d'accueil, de restauration, de blanchisserie (70 %) et d'animations ainsi que les prestations d'administration générale (secrétariat, comptabilité...). Ce tarif hébergement est arrêté par le Président du conseil général. Selon la DREES, le tarif hébergement journalier moyen s'établit à 51 euros pour un établissement habilité à percevoir

⁴⁰⁵ DESTAIS N., RUOL V., THIERRY M. (2011) *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - évaluation de l'option tarifaire dite globale*, IGAS Octobre 2011, 210p.

l'aide sociale et à 71 euros pour une structure non habilitée⁴⁰⁶. Ce tarif journalier s'élève à 59 euros pour les EHPAD privés à but lucratif habilités et à 75 euros pour les non habilités. Enfin, pour les EHPAD publics non rattachés à un hôpital, ils s'élèvent respectivement à 50 et 51 euros.

Le tarif dépendance comprend le matériel, l'assistance et la surveillance des personnes. Il prend en compte les prestations nécessaires et liées à l'état de dépendance (habillage, toilette...). Il finance également 30 % des prestations d'aides-soignants et des aides médico-psychologiques, puis complète les dépenses relatives aux agents de services (blanchisserie, repas...) à hauteur de 30 %. Le tarif dépendance se divise en trois niveaux en fonction du degré de dépendance des résidents (GIR 1 et 2, GIR 3 et 4, GIR 5 et 6). Fin 2011, le tarif dépendance journalier s'établit en moyenne à 19 euros pour une personne très dépendante (GIR 1 et 2). Il est de 12 euros pour un résident de GIR 3 et 4 et de 5 euros pour un résident classé en GIR 5 et 6⁴⁰⁷. En fonction du statut de l'établissement, ce sont les EHPAD publics hospitaliers qui affichent les tarifs dépendance les plus importants quel que soit le degré de dépendance des résidents. A contrario, ce sont les EHPAD privés à but lucratif qui montrent les tarifs les moins élevés⁴⁰⁸.

Enfin, le tarif soins réunit les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge psychique et somatique des résidents. Les prestations de prothèses dentaires, de chirurgie, les médecins spécialistes libéraux ainsi que les transports sanitaires ne sont pas pris en charge dans le forfait soins. Selon les données de l'institut KPMG, ce tarif s'élève à 27,57 euros journaliers en établissement privé à but non lucratif et à 32,70 euros pour un EHPAD public en 2011⁴⁰⁹.

1.5 Le coût mensuel d'un hébergement

L'institutionnalisation se réalise de plus en plus tardivement car les personnes âgées souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible. Ce retardement entraîne une augmentation du degré de dépendance des personnes hébergées et une adaptation de la prise en charge en établissement (médicalisation et taux d'encadrement de plus en plus importants). Par conséquent, ce recours de plus en plus avancé associé à un prix du foncier élevé (particulièrement au sein des grandes villes) entraîne un tarif d'hébergement important et souvent plus élevé que le revenu des

⁴⁰⁶ VOLANT S. (2014) *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, DREES études et résultats n°877, février 2014, 6p.

⁴⁰⁷ VOLANT S. (2014) *Ouvrage cité*

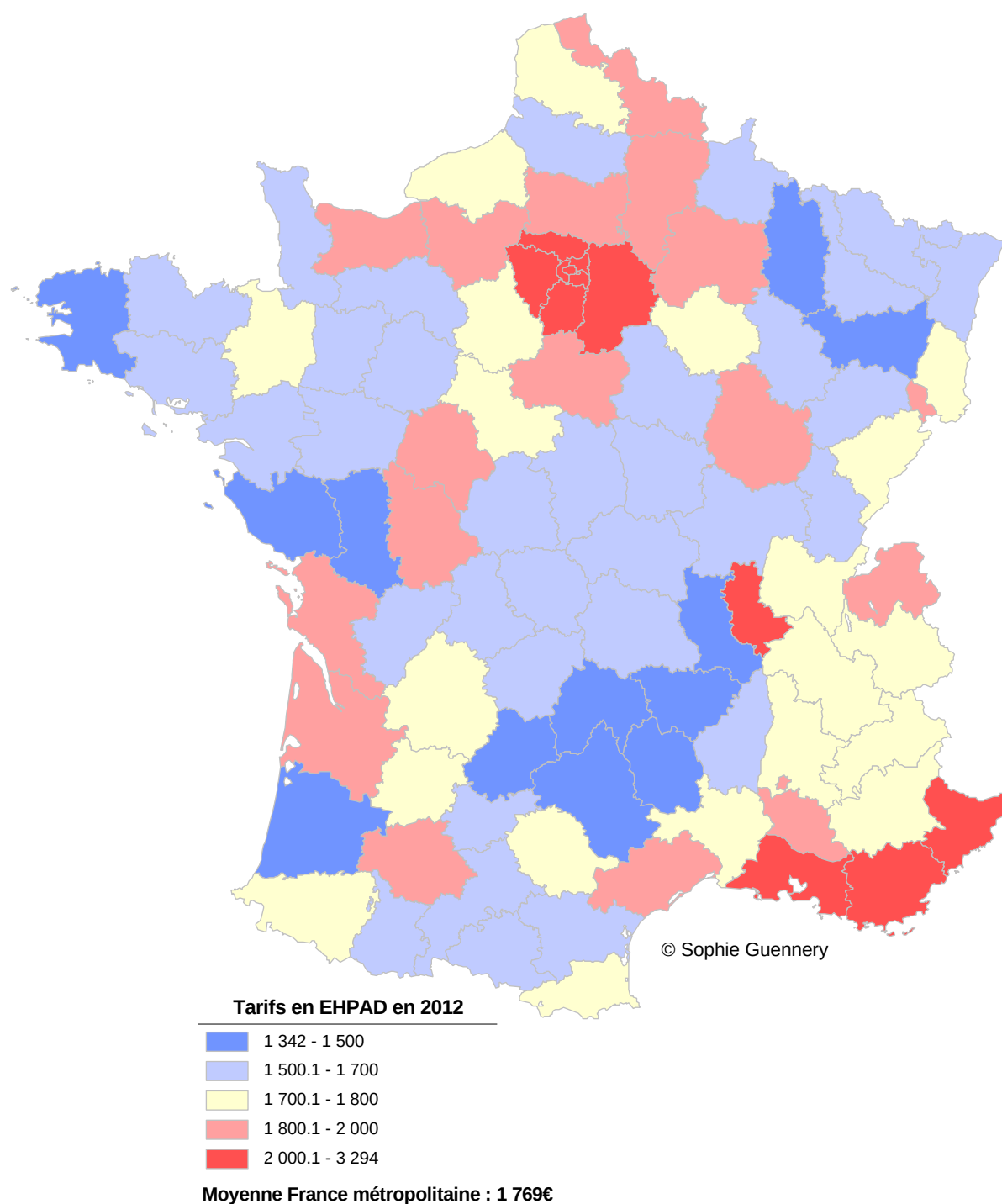
⁴⁰⁸ VOLANT S. (2014) *Ouvrage cité*

⁴⁰⁹ BAZILLON B., SCOLAN I. (2013) Observatoire des EHPAD de KPMG, *Enquête sur les EHPAD, Données sur l'exercice 2011*, 72p.

retraités. Selon les sources et les années, ce tarif évolue. Si en 2014, il s'élève à 1 890 euros en moyenne (VOLANT S., 2014), selon l'étude de Cap Retraite, le tarif moyen d'un hébergement était de 1 769 euros mensuel en 2012⁴¹⁰. Selon les données de 2012 de Cap Retraite sur le tarif moyen d'hébergement, on note des disparités selon les départements. En effet, de manière générale, on note une large part de départements dans lesquels les tarifs sont inférieurs à la moyenne nationale. Toutefois, certains affichent des tarifs deux fois supérieurs à la moyenne nationale : Île-de-France, département du Rhône et littoral méditerranéen (Bouches-du-Rhône, Var, Alpes-Maritimes) (Figure n°47). A contrario, les départements Finistère, Vendée, Deux-Sèvres, Landes, Tarn-et-Garonne, Tarn, Aveyron, Cantal, Lozère, Haute-Loire, Loire, Meuse et Vosges montrent les tarifs d'hébergement inférieurs au tarif moyen national. A titre d'exemple, le tarif hébergement s'élève à 3 294 euros à Paris, 2 806 euros dans les Hauts-de-Seine alors qu'il représente 1 342 euros en Vendée et dans la Meuse (Annexe n°7). Ces informations révèlent une réelle inégalité spatiale pour trouver un hébergement en EHPAD.

⁴¹⁰ Cap Retraite (2014) *La France face à la pénurie de maisons de retraite : situation actuelle et à venir à l'échelle régionale et départementale*, Observatoire Cap Retraite, 28p.

Figure 47 - Tarifs mensuels d'hébergement en EHPAD en 2012



Sources : Données Cap Retraite 2012

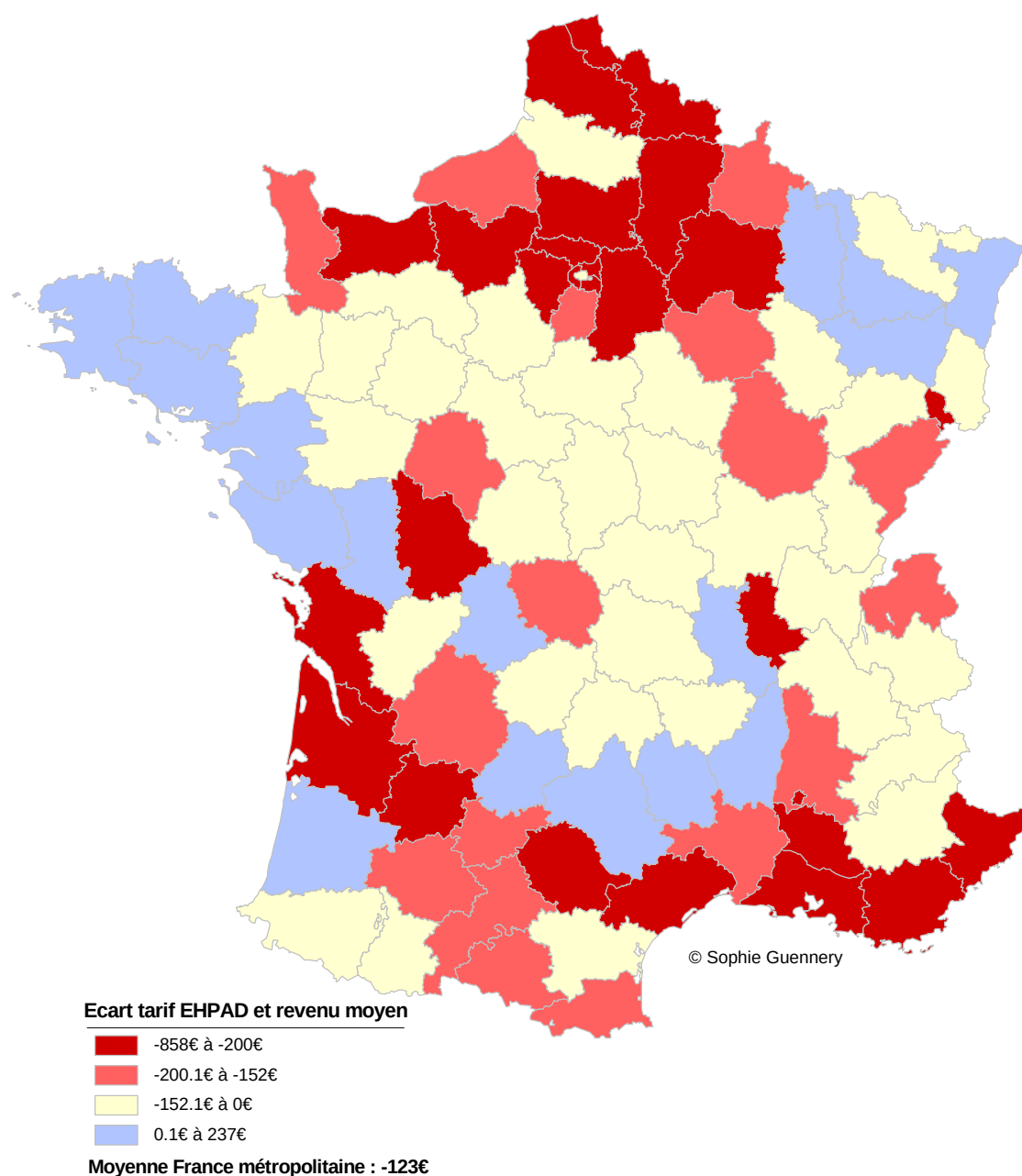
La même année, le revenu moyen mensuel des retraités est de 1 617 euros⁴¹¹. Si l'on rapproche ces deux données, il s'avère que le coût moyen d'un séjour en maison de retraite correspond en moyenne à 108 % des revenus d'un foyer de retraités, sans aides extérieures. Cet écart est plus

⁴¹¹ Cap Retraite (2014) *Ouvrage cité*

ou moins important selon les départements. C'est en Île-de-France, dans le Nord et sur le littoral méditerranéen que l'écart entre le revenu des retraités et le tarif moyen d'un hébergement est le plus important, soit entre -858 et -200 euros (Figure n°48). Il correspond par exemple à 148 % à Paris, soit -1 067€ par rapport aux revenus moyens des retraités ; à 133 % dans les Alpes-Maritimes, soit -556€ par rapport aux revenus moyens des retraités de ce département ou encore à 131 % dans les Bouches-du-Rhône, soit à -510€ par rapport aux revenus moyens des retraités. A l'inverse, certains départements comme ceux de Bretagne, des Pays-de-Loire (Loire-Atlantique, Vendée), de l'Est (Meuse, Meurthe-et-Moselle, Vosges) et certains du centre de la France (Lot, Aveyron, Lozère, Ardèche, Loire) affichent des revenus supérieurs ou égaux aux tarifs d'hébergement (Annexe n°7).

Cap Retraite a réalisé des comparatifs des tarifs d'hébergement en fonction de l'éloignement du lieu de résidence avant hébergement. A titre d'exemple, le tarif hébergement moyen mensuel à Paris est de 3 294 euros alors que dans un département proche comme en Essonne (40 km), le tarif moyen serait de 2 257 euros par mois, soit une économie de 31 %. Le même exemple appliqué pour le département de Seine-Saint-Denis, dont le tarif hébergement s'élève à 2 440 euros par mois en moyenne, montre que trouver une réponse dans un autre département tel que l'Oise ou l'Aisne (entre 40 et 50 km), dont les tarifs sont respectivement de 1 891 et 1 830 euros, représenterait des économies de l'ordre de 22 % ou 25 % par mois. Ces exemples sont intéressants car si l'on complète l'étude de Cap Retraite (projections démographiques et projections du taux d'équipement) avec les flux interdépartementaux, le modèle devient plus complet et permet de réaliser des projections d'hébergement plus précises. Le fait que le tarif hébergement est souvent supérieur aux revenus des retraités, ajouté au fait que les personnes âgées n'hésitent pas à changer de département ou de région au moment de leur retraite (ou même plus tard), montrent bien que les flux de personnes doivent être pris en considération dans les projections des besoins d'hébergement. Certes, il ne s'agit que d'une partie de la consommation d'hébergement mais cette variable se révèle significative pour certaines régions vieillissantes, comme celle de Poitou-Charentes.

Figure 48 - Ecart entre le tarif moyen d'hébergement et le revenu moyen des retraités en 2012



Sources : Données Cap Retraite 2012

Conclusion chapitre 1

En 2011, l'offre d'hébergement montre des disparités. Certains départements conjuguent à la fois un vieillissement prononcé, un parc d'établissements d'hébergement insuffisant et des tarifs d'hébergement élevés. Il convient toutefois de rapprocher l'offre d'hébergement de l'offre à domicile pour voir s'il existe une complémentarité entre les deux. En effet, face à une

demande de plus en plus importante, l'hébergement ne peut pas répondre à lui seul à la demande. Certes, cette étude porte essentiellement sur l'hébergement en maisons de retraite mais le domicile ne peut pas être laissé de côté pour autant car il est complémentaire à l'institutionnalisation. Par ailleurs, les décideurs politiques l'ont bien compris et c'est pour cette raison qu'il fait partie des principaux enjeux de prise en charge de la dépendance.

CHAPITRE 2 Le défis du domicile : un secteur qui nécessite des besoins spécifiques et des adaptations

La prise en charge à domicile demande une organisation très spécifique. D'une part, elle doit tenir compte d'une multitude de paramètres (personnes, besoins, environnement...). D'autre part, elle doit être appréhendée au bon moment. Enfin, cette offre nécessite des ajustements continuels pour répondre au mieux à la demande, elle-même en constante évolution.

Tout d'abord, avant de s'attarder sur l'offre de services à domicile, il convient de s'interroger sur le public concerné. Quel est le profil des personnes âgées qui résident à domicile ? Sont-elles majoritairement propriétaires ? Quels sont leurs revenus moyens et quel est le montant moyen de leur patrimoine ?

Ensuite, lorsque la dépendance s'installe, de quelle offre le public peut-il bénéficier ? Existe-t-il par ailleurs une concordance entre l'offre à domicile et celle en établissement ?

Enfin, lorsque le maintien à domicile est possible, quelles sont les adaptations nécessaires et possibles pour aménager un logement ? Vers quels acteurs le public âgé peut-il se tourner pour réaliser les démarches nécessaires ?

2.1 Caractéristiques des personnes âgées à domicile et profil de recours pour les aides à domicile

Depuis trente ans, même si l'on note des fluctuations, la situation des retraités s'est améliorée. Le taux de pauvreté de ce public a diminué de 25 % entre 1970 et 2007, passant de 35 % à 10 %, mais il augmente à nouveau depuis 2010⁴¹². Cette progression est non seulement le résultat d'une revalorisation des retraites qui reste inférieure à la hausse des prix, mais également de la diminution des taux de revenus des placements financiers. En 2010, le niveau de vie des personnes âgées de plus de 65 ans est de 22 960 euros par an (hors personnes institutionnalisées) (Tableau n°30) et ce niveau de vie diminue à mesure que l'âge augmente. Ainsi, les plus de 75 ans bénéficient de 21 680 euros par an, soit 1 800 euros mensuels. Cela correspond à 2 110 euros de moins par an que les personnes de la tranche d'âge inférieure (70-74 ans) ou encore de 3 080 euros de moins que les 65-69 ans. Par conséquent, le taux de pauvreté augmente avec l'âge. Il est de 10,4 % pour les personnes de plus de 65 ans (soit 1 038 milliers de personnes) mais touche 12,1 % des personnes de plus de 75 ans. Cette tendance est non seulement le résultat du nombre croissant de personnes seules aux âges élevés, en particulier les veuves qui ne

⁴¹² AMER N., BERNARD S. Et al. (2010) *Les comptes de la sécurité sociale, Commission des comptes de la sécurité sociale résultats 2009, prévisions 2010*, Niveau de vie des retraités, 245p.

bénéficient que d'une pension de reversion, mais également des faibles pensions liées aux carrières incomplètes. A ce titre, la part des personnes de plus de 75 ans vivant seules s'élève à 37,8 % sur l'ensemble du pays (Figure n°49). A l'échelle nationale, les départements du Nord concentrent plus de personnes seules que ceux du Sud. Ce sont le Nord, le Pas-de-Calais, la Seine-Maritime, la Haute-Marne, Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne qui ont un taux supérieur à 42,1 % de personnes seules chez elles. En revanche, le quart Sud-Ouest de la France est avantagé avec un taux inférieur à 35,8 %, voire 33 %.

Tableau 30 - Niveau de vie moyen et taux de pauvreté
des personnes âgées de plus de 65 ans en 2010

Tranches d'âge	Niveau de vie moyen	Taux de pauvreté	Nombre de personnes pauvres (milliers)
65 à 69 ans	24 760	8.3	213
De 70 à 74 ans	23 790	8.8	206
75 ans et plus	21 680	12.1	620
Ensemble des personnes âgées	22 960	10.4	1038

Sources : Fiche thématique revenus et patrimoines des patrimoines, Insee références, Edition 2013

Concernant leur patrimoine, les seniors représentent 18,5 % de la population la plus aisée de France. Ces derniers sont propriétaires de leur logement, ce qui signifie que ces personnes n'ont plus de loyer à charge relatif à leur résidence principale. Malgré tout, 5,4 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent au sein d'un ménage dont au moins l'un des deux membres bénéficie d'une prestation sociale (minimum vieillesse ou allocation de solidarité aux personnes âgées). Le montant du patrimoine moyen et médian fluctue selon les tranches d'âge. Il augmente jusqu'à 60-69 ans et diminue ensuite (Tableau n°31). Pour ces deux tranches d'âge, le patrimoine médian passe ainsi de 211 500 pour les 60-69 ans à 148 600 pour les personnes de plus de 70 ans⁴¹³. Il reste toutefois supérieur à celui de l'ensemble de la population (113 500 euros).

⁴¹³ INSEE, fiche thématique sur le patrimoine des ménages, édition 2013, visible sur le site Internet de l'INSEE : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/REVPMEN13f_FTL02pat.pdf (dernière consultation le 1er septembre 2014)

Figure 49 - Part des personnes âgées de plus de 75 ans qui résident seules
dans leur logement principal

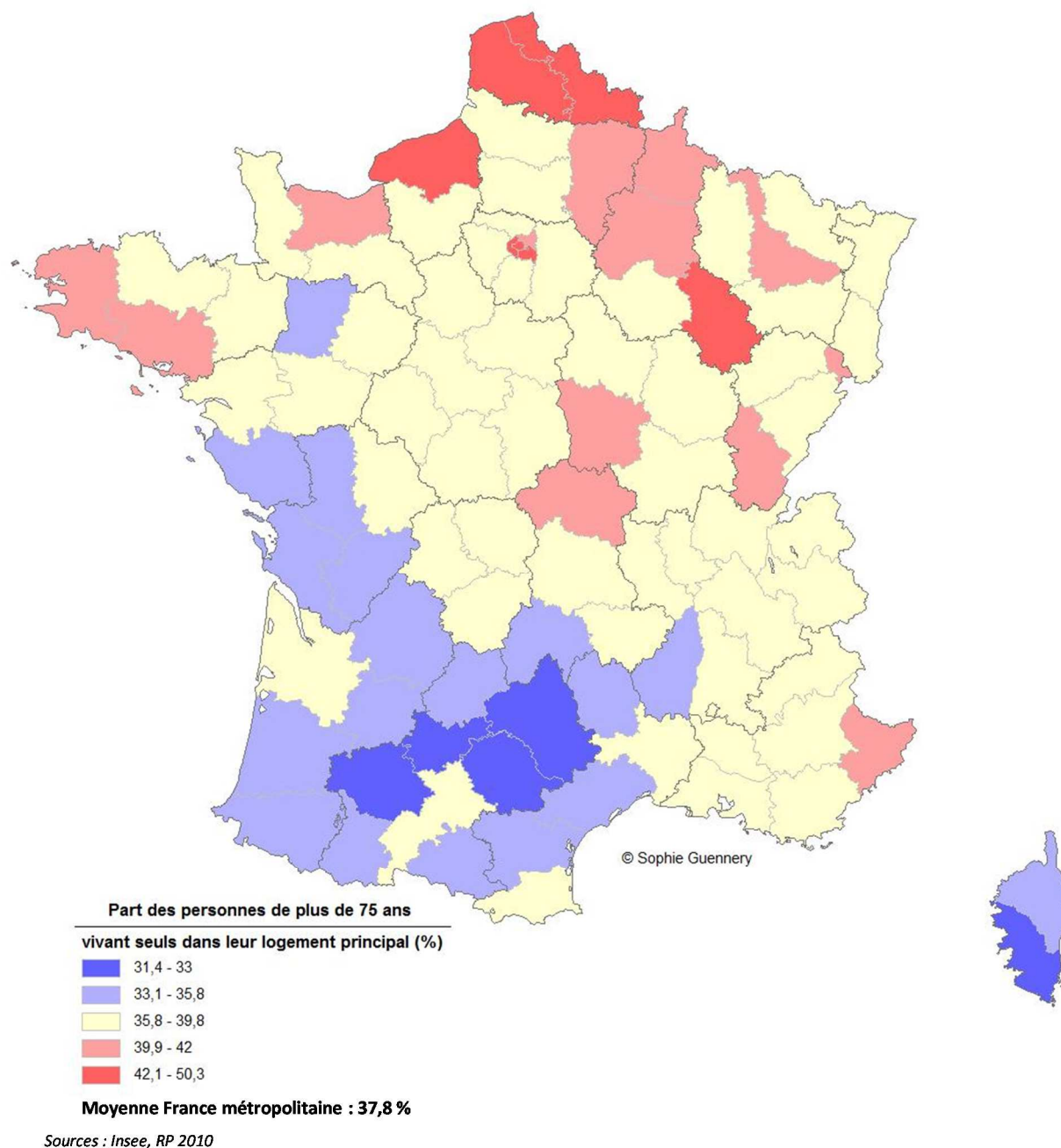


Tableau 31 - Patrimoine moyen et médian des personnes âgées en 2010

Tranches d'âge	Patrimoine moyen	Patrimoine médian	1er décile	9ème décile
60 à 69 ans	345 500	211 500	3 300	693 300
De 70 et plus	259 800	148 600	3 800	524 600
Ensemble de la population	229 300	113 500	1 600	501 600

Sources : Fiche thématique revenus et patrimoines des patrimoines, Insee références, Edition 2013

En 2010, 76,6 % des ménages de plus de 65 ans sont propriétaires de leur résidence principale mais cette proportion diminue depuis 2002⁴¹⁴ (Figure n°50). En effet, entre 2002 et 2006, on dénombre 1,1 millions de locataires en plus. Sur l'ensemble du territoire métropolitain, les départements du Nord, de l'Île-de-France et du littoral méditerranéen sont les moins bien pourvus. En effet, le Nord, le Pas-de-Calais, la Seine-Maritime, la Marne, les départements d'Île-de-France, le Territoire de Belfort, le Rhône, la Loire, les Bouches-du-Rhône ont un taux de personnes de plus de 65 ans propriétaires de leur logement principal inférieur à 70 % de la population totale du même département. A contrario, on constate qu'une large partie Ouest du pays est avantagée puisque les taux départementaux se situent pour la plupart à plus de 76 % de propriétaires (Bretagne, Poitou-Charentes...).

La majorité des personnes âgées réside à domicile et occupe généralement des habitations anciennes. En 2008, 93,2 % des plus de 65 ans et 63 % des plus de 85 ans vivent chez eux⁴¹⁵. Avec l'avancée en âge, ces logements ne sont pas toujours adaptés à la perte d'autonomie et ne répondent pas aux critères de confort. 3,1 % des plus de 60 ans et 6,9 % des plus de 75 ans occupent des logements inadaptés et cette proportion est plus importante que pour l'ensemble des ménages (2,3 %)⁴¹⁶.

Pour bénéficier de services à domicile, la personne âgée peut revêtir trois profils. Le mode prestataire signifie que cette dernière a recours à une association, un organisme privé ou une entreprise pour rémunérer le personnel. Le mode mandataire implique que la personne est l'employeur direct de l'intervenant mais elle délègue les démarches administratives à une association, un organisme public ou une entreprise. Lorsque la personne est l'employeur direct, cela signifie qu'elle assure la gestion de l'ensemble des démarches de recrutement, condition de travail et contrat. Au cours de l'année 2008, 515 000 intervenants à domicile travaillaient auprès de personnes fragilisées. 37 % exerçaient leur activité en mode prestataire, 24 % en emploi direct pour des particuliers employeurs et 39 % travaillaient en mode mandataire⁴¹⁷. La même année, 394 000 intervenants étaient en contrat avec un organisme (mandataire ou prestataire, ou les deux). La majorité des travailleurs à domicile exerçait leur activité par le biais

⁴¹⁴ Données disponibles sur le site de l'observatoire des territoires : http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/#v=map6;i=pers_agees.proprio;l=fr (dernière consultation le 31 août 2014)

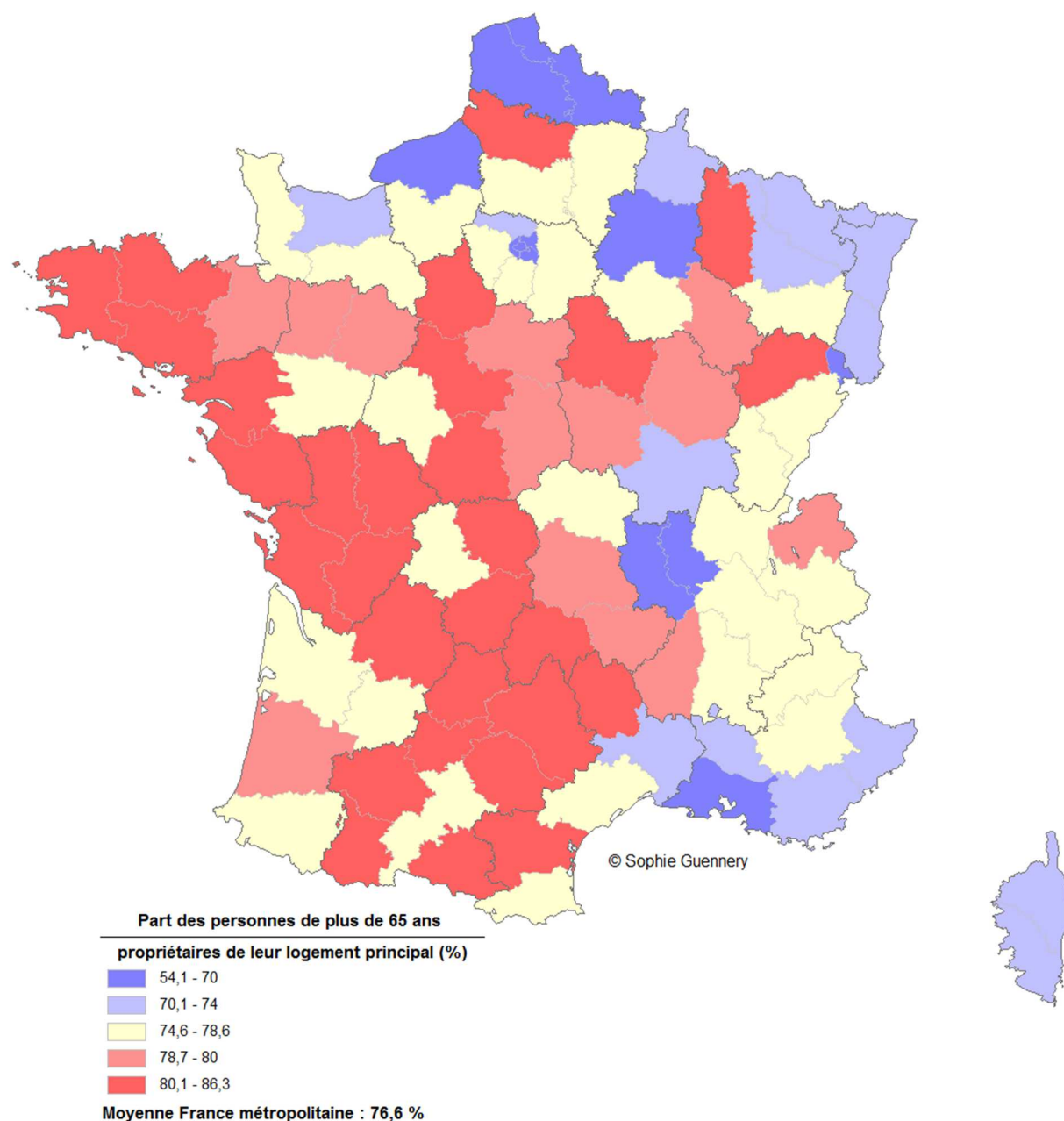
⁴¹⁵ BOUVIER G. (2011) *Le volet Ménages de l'enquête Handicap-Santé : Présentation, calcul des poids*, INSEE, 61p.

⁴¹⁶ BOUVIER G. (2011) *ouvrage cité*.

⁴¹⁷ MARQUIER R. (2010) *Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008*, DREES études et résultats n° 728, 8p.

d'une association d'aides aux personnes, 20 % grâce à un CCAS, 4 % par l'intermédiaire d'une entreprise et 2 % par le biais d'une entreprise d'aides intermédiaires ou d'intérim⁴¹⁸.

Figure 50 - Part des personnes âgées de plus de 65 ans propriétaires de leur logement principal par rapport à la population totale en 2010



Source : Insee, RP 2010

⁴¹⁸ MARQUIER R. (2010) ouvrage cité

2.2 Distribution nationale et coûts des services de soins infirmiers à domicile

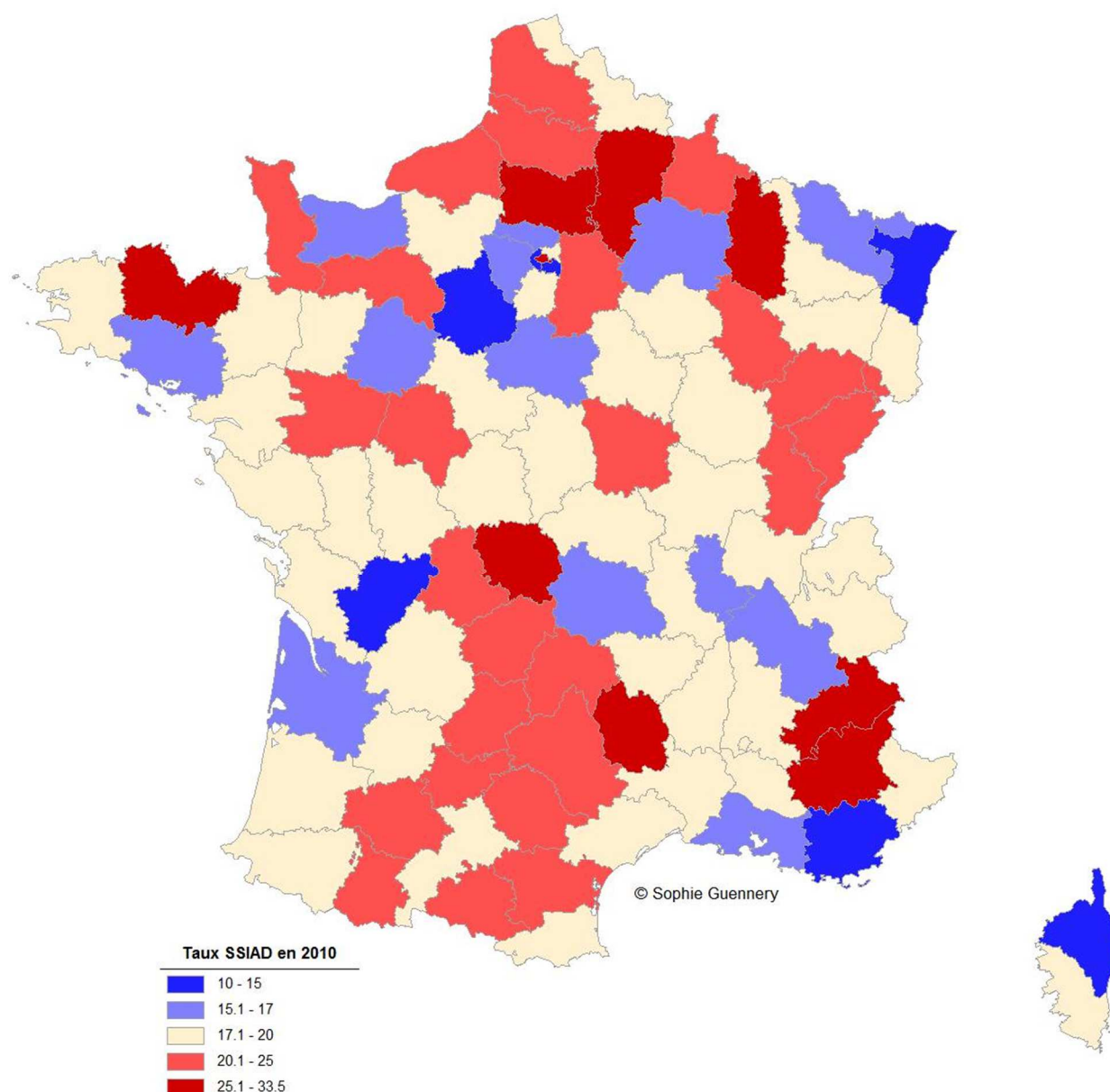
De manière générale, les personnes âgées qui résident à domicile sont moins dépendantes que les personnes institutionnalisées. Parmi les personnes de plus de 80 ans qui résident chez elles, 1,5 millions se déclarent autonomes, 661 000 en perte d'autonomie légère, 277 000 dépendantes et 62 000 fortement dépendantes⁴¹⁹. 2,5 % d'entre elles déclarent être dépendantes et limitées dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne à l'exception de l'alimentation (quand les repas sont préparés par une aide extérieure). Par conséquent, ces personnes nécessitent une aide quotidienne à domicile délivrée par des professionnels. A cet effet, les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes pour prévenir ou retarder une hospitalisation ou une institutionnalisation. Ils interviennent également suite à une hospitalisation au domicile des patients, dans les établissements sociaux et médico-sociaux non médicalisés.

Il n'est pas évident de connaître l'offre dont bénéficient les personnes âgées à domicile. Les données APA permettent de connaître le nombre de personnes résidant chez elles mais elles ne renseignent pas de la quantité et du type de prestation réalisée. En revanche, on dispose de données sur le nombre de places installées. Depuis leur officialisation en 1981, la proportion de SSIAD s'est largement étendue, même si la demande reste toujours plus importante que l'offre. Au 31 décembre 2008, on dénombre 2 095 SSIAD, soit 106 000 places installées en France métropolitaine⁴²⁰. Leur proportion n'a cessé d'augmenter depuis 2002 (+7 % par an en moyenne), particulièrement grâce aux différents plans « Vieillesse et solidarités » et « Solidarités grand âge ». En 2010, le taux d'équipement moyen en SSIAD s'établit à 18,9 ‰ pour la France. Environ la moitié des départements (41) se situe aux alentours de cette moyenne et 35 autres bénéficient d'un taux supérieur à cette moyenne dont 9 possèdent un taux supérieur ou égal à 25,1 ‰ (Figure n°51). A contrario, ce taux est inférieur à 17 ‰ pour 20 départements, dont 7 sont inférieurs à 15 ‰. La répartition des SSIAD en fonction du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans montre un Nord (Oise, Aisne, Somme, Ardennes, Seine-Maritime, Pas-de-Calais) et un Centre (Creuse, Lozère, Haute-Vienne, Corrèze, Cantal, Lot Aveyron, Tarn, Tarn-et-Garonne, Gers, Aude, Ariège, Hautes-Pyrénées) bien équipés par rapport à la moyenne nationale. A contrario, le littoral sud (Bouches-du-Rhône, Var), l'Est (Moselle, Bas-Rhin) et le sud-ouest du bassin parisien (Yvelines, Eure-et-Loir, Loiret) sont moins bien lotis.

⁴¹⁹ BOUVIER G. (2011) *Le volet Ménages de l'enquête Handicap-Santé : Présentation, calcul des poids*, INSEE, 61p.

⁴²⁰ BERTRAND D. (2010) *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, DREES n° 739, 8p.

Figure 51 - Taux de SSIAD pour 1 000 personnes de plus de 75 ans en 2010



Sources de données : Drees, Statiss 2010 et Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2009

Il existe peu de données sur l'activité des SSIAD à l'échelle nationale. En 2008, une étude lancée par la Direction générale de l'action sociale a été menée en Bretagne sur le coût que représente un SSIAD et sur les caractéristiques que cela inclut (représentativité du personnel, caractéristiques des patients et zone de couverture de ce type de services)⁴²¹. Bien entendu, les résultats de cette étude ne sont pas transposables à tous les SSIAD de France mais ils fournissent

⁴²¹ CHEVREUL K. (2009) *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - Le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France, Direction générale de l'action sociale, 86p.

une approche et une méthodologie intéressante à développer pour connaître la consommation et le coût de ces services tant convoités.

Selon cette étude, trois caractéristiques semblent influencer le coût terrain des patients : la fédération à laquelle ils appartiennent (FEHAP, ADMR...), la nature urbaine ou rurale des zones de couverture et l'étendue de la zone de couverture. Pour cette dernière caractéristique, il semblerait que le tarif augmente de 3 % pour un kilomètre de couverture supplémentaire, sachant que le rayon d'intervention se situe entre 350 mètres et 15,3 km, soit 6,8 km en moyenne. Combiné aux différentes caractéristiques des patients (groupe GIR, provenance d'une HAD, aide technique, présence d'un aidant...), ces différents éléments expliqueraient 45 % des différences tarifaires entre les SSIAD. Par le biais d'accords, de conventions et/ou de contrats, les SSIAD entretiennent des relations avec d'autres structures. Trois-quarts d'entre eux ont contractualisé avec un service d'aide à domicile et la moitié avec un service d'aide, un établissement de santé ou un service d'hospitalisation à domicile. En revanche, moins d'un quart a signé un accord avec un EHPA.

Concernant les patients, l'âge moyen de l'échantillon de l'étude est de 82 ans et 5 mois. Environ 50 % des bénéficiaires ont entre 80 et 89 ans et près de 20 % ont plus de 90 ans⁴²². Les deux-tiers sont des femmes et sont en moyenne plus âgées que les patients masculins. Le niveau de dépendance des patients s'élève à 719 en fonction du GIR moyen pondéré et varie entre 564 et 828. En comparaison avec celui des EHPA qui s'établit à 686 en moyenne⁴²³, la population prise en charge par les SSIAD de cette zone géographique est tout aussi dépendante, voire légèrement plus dépendante que les résidents des EHPA. En effet, 0,8 % des bénéficiaires sont faiblement dépendants (GIR 5 et 6) ; 10,7 % des bénéficiaires sont classés en GIR 1 ; 42,4 % en GIR 2, 23,9 % en GIR 3 et 22,2 % en GIR4⁴²⁴. Il semblerait que les patients des SSIAD soient de plus en plus dépendants. En effet, l'étude de la DREES menée en 2002⁴²⁵ indiquait qu'une petite moitié des patients relevait des GIR 1 et 2 (42,4 %) et que 53,5 % relevaient des GIR 3 et 4. La durée moyenne de prise en charge des SSIAD de cette étude est de 2 ans et 3 mois⁴²⁶. 30 % le sont depuis plus de 2 ans, 20 % depuis plus de 3 ans et 9 mois et 10 % depuis

⁴²² CHEVREUL K. (2009) *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - Le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France, Direction générale de l'action sociale, 86p.

⁴²³ ANESM, Questionnaire d'auto évaluation des pratiques de bientraitance en EHPAD en 2010, ANESM, Octobre 2011

⁴²⁴ CHEVREUL K. (2009) *Ouvrage cité*

⁴²⁵ BRESSE S., BERTRAND D. (2005) *Les services de soins infirmiers à domicile en 2002*, DREES Série Statistiques n°77, 41p.

⁴²⁶ CHEVREUL K. (2009) *Ouvrage cité*

plus de 5 ans et demi. Toutefois, les nouveaux bénéficiaires représentent 10 % des patients au moment de l'enquête (au moins un mois et demi). L'ancienneté est généralement liée au degré de dépendance des individus puisque la durée de prise en charge passe de 18 à 20 mois en GIR 4, 5 et 6 à 25 mois pour le GIR 3, ou encore à 29 mois pour le GIR 2 et à 40 mois pour les GIR 1. La comparaison de l'offre et de la demande montre que 94,5 % des services ont refusé des patients l'année précédant l'étude par manque de place (1 refus pour 2,4 places installées) et moins de 5 % des refus étaient liés à une charge de soins trop importante. En revanche, 17 % des demandes ne sont pas satisfaites car la prise en charge demandée est supérieure à ce que peuvent délivrer les SSIAD.

D'un point de vue financier, le forfait annuel moyen d'un SSIAD est de 10 639 euros par place installée (médiane à 10 437 euros) et il varie de 8 567 à 16 983 euros⁴²⁷. Les charges, quant à elles, représentent 10 665 euros par place installée (médiane à 10 443 euros) et varient de 8 488 à 16 914 euros mensuels. Il existe donc un différentiel et l'on s'aperçoit que les charges sont plus importantes que les recettes. Toutefois, l'étude précise que 30 % des services étaient déficitaires avant le début de cette étude. Le coût annuel moyen de prise en charge par bénéficiaire s'élève à 10 525 euros. Néanmoins, il est inférieur à 9 441 euros pour la moitié des patients et l'on note une importante distribution de ces coûts allant de 1 135 à 36 659 euros, soit de 0,1 à 3,45 fois la dotation moyenne par place installée de l'échantillon. Le coût total se décompose en deux postes : 20 % de coût de structure (2 116 euros) et 80 % de coût de terrain (8 406 euros). Ce dernier se décompose en deux sous budgets, c'est-à-dire 21 % de coût de déplacement au domicile du patient (2 273 euros) et 59 % de coût de soins au patient. Les coûts de déplacement correspondent à l'activité des aides-soignants (16,4 %, soit 1 729 euros), à la rémunération des infirmiers (3 %, soit 311 euros) et à l'activité des infirmiers coordonnateurs (1,6 %, soit 173 euros). Les coûts de soins intègrent également des coûts liés à l'activité des aides-soignants (46,7 %, soit 4 914 euros) et des infirmiers (8,7 %, soit 906 euros) mais incluent aussi l'activité des infirmiers coordonnateurs (3,1 %, soit 331 euros) et de l'achat de petit matériel (0,4 %, soit 45 euros). Le détail de ces coûts révèle que les quatre-cinquième du coût de prise en charge en SSIAD sont occupés par le coût de terrain. Selon l'échantillon de cette étude, ce coût peut même varier de 62 à 90 %.

⁴²⁷ CHEVREUL K. (2009) *Ouvrage cité*

Cette étude fait ressortir que le niveau de prise en charge représente un bon marqueur du niveau de besoin des patients. En effet, le coût de prise en charge d'une personne qui bénéficie de l'aide d'un membre de sa famille se situe entre 8 191 et 11 231 euros par an⁴²⁸. Cette différence s'explique par le fait que la famille recule l'entrée en institution au maximum. En revanche, le coût de prise en charge des personnes isolées ou vivant seules est de 7 154 euros par an, soit un montant inférieur au coût moyen de l'ensemble de l'échantillon d'environ 15 %⁴²⁹. En effet, ces dernières peuvent moins facilement rester à domicile lorsque la dépendance devient trop importante et qu'aucun proche n'est présent. Ces éléments mettent ainsi en évidence que l'aide de l'entourage est complémentaire et indispensable à celle apportée par les SSIAD mais qu'elle n'est pas subsidiaire. Enfin, l'étude des coûts ne révèle pas un groupe de patients qui serait la source d'un déséquilibre financier. Certes, il existe une grande diversité de prestations mais le nombre de patients nécessitant une prise en charge lourde s'équilibre généralement avec les patients qui nécessitent peu de soins et peu de coordination. Aujourd'hui, face à tous ces besoins, les SSIAD doivent rester vigilants à maîtriser leur budget tout en répondant à une offre de plus en plus diversifiée.

2.3 Les enjeux du domicile : une adaptabilité indispensable des logements et de l'environnement des individus âgés

En 2007, 67 % des ménages de 65-74 ans et 61 % des ménages de plus de 75 ans vivent en maison individuelle⁴³⁰. Sur les 8,59 millions de personnes de plus de 60 ans vivant à domicile et qui déclarent au moins une déficience dans la vie quotidienne, 491 000 expriment avoir des difficultés pour sortir ou accéder seules à leur logement⁴³¹. Le domicile représente le premier lieu où les accidents arrivent⁴³². En effet, pour les personnes âgées de plus de 65 ans, les chutes représentent 80 % des accidents de la vie courante. Tous les ans, un tiers des personnes de cette tranche d'âge et la moitié des plus de 80 ans font au moins une chute, dont deux-tiers des cas surviennent à domicile. En moyenne, 9 300 décès sont répertoriés pour ce type de chute tous les ans⁴³³. Ces accidents sont principalement liés aux difficultés d'utilisation des équipements de la vie courante (volets, électroménagers...) mais ils révèlent avant tout une inadaptation du logement qui peut entraîner une institutionnalisation. Dès lors, l'adaptation du logement et de

⁴²⁸ CHEVREUL K. (2009) *Ouvrage cité*

⁴²⁹ CHEVREUL K. (2009) *Ouvrage cité*

⁴³⁰ MOREL A., VEBER O. (2011) *Société et vieillissement*, Rapport du groupe n°1, IGAS

⁴³¹ INSEE, *Enquête HID*, 2007

⁴³² BERRA N. (2010) *Rapport de la mission « vivre chez soi »*, 95p.

⁴³³ BERRA N. (2010) *Ouvrage cité*

l'environnement général de la personne s'avère nécessaire. Seulement, ces travaux ne sont pas évidents à réaliser. Les personnes âgées ne possèdent généralement pas les moyens financiers pour effectuer des travaux nécessaires et les aides se révèlent souvent insuffisantes. De plus, les organismes qui délivrent ces prestations sont nombreux et rendent le système peu lisible. Enfin, les délais sont généralement très longs. Cependant, différents acteurs et plusieurs avantages financiers existent pour aider les personnes dans le besoin. A cela s'ajoute des initiatives telles que la mise en place du VIIème plan de développement économique et social ; la mise en place de l'APA et son plan d'aide pour l'aménagement de l'habitat ou encore la création d'un partenariat entre l'ANAH et la CNAV pour travailler sur l'adaptabilité du logement des personnes âgées au niveau national.

2.3.1 Des partenaires et des prestations diversifiés

L'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) représente le principale partenaire dans le domaine de l'adaptabilité des logements. Elle définit des orientations, fixe les financements et alloue les subventions. Elle participe au développement de l'offre de logements privés à loyers accessibles, à la diminution de logements insalubres et à la promotion de la qualité de vie. L'ANAH est partenaire de l'association de Protection, d'Amélioration, de Conservation et de Transformation de l'habitat (PACT). Cette dernière assure le diagnostic du logement et renseigne les personnes sur l'ampleur des travaux à réaliser. Elle-même travaille en collaboration avec différents acteurs du secteur comme les Directions Départementales de l'Equipeement (DDE), les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), les caisses de retraite principales et complémentaires, le 1 % logement, la Caisse d'Allocation Familiale (CAF)... Dans le cadre d'aménagements liés à la dépendance, le demandeur doit remplir certaines conditions pour bénéficier d'aides relatives à des travaux d'adaptabilité. Il doit avoir au moins 55 ans ; être assuré au régime général de la sécurité sociale ; avoir des ressources mensuelles inférieures à 1 423 euros pour une personne seule ou à 2 134 euros pour un couple (barème 2014) et il doit impérativement bénéficier d'une autorisation de l'ANAH⁴³⁴. Ensuite, les travaux doivent être réalisés par des professionnels du bâtiment (adaptabilité, création de salle-de-bain, amélioration de la sécurité, accessibilité...). Le montant des aides varie de 35 % à 50 % du montant total (toutes taxes comprises) des travaux et plafonné à 20 000 euros (Hors taxe)⁴³⁵.

⁴³⁴ ANAH, CNAV (2013) *Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées*, Rapport, 86p.

⁴³⁵ FRAPIER-SAAB M. (2013) *Adaptation des logements à la perte d'autonomie : des moyens renforcés pour 2013*, Dossier de presse de l'agence nationale de l'habitat (ANAH), 10p.

En 2012, l'ANAH a participé à la réhabilitation de 10 407 logements à destination des publics fragiles pour un montant total de 35 millions d'euros⁴³⁶. Parmi ces logements, 62 % (6 508) ont été adaptés pour permettre le maintien à domicile d'une personne âgée et 37 % à destination de personnes handicapées. Pour les personnes âgées, les subventions s'élèvent en moyenne à 3 106 euros par logement et représentent au total 20 millions d'euros. D'ici 2017, la loi sur l'autonomie des personnes âgées prévoit le développement de plusieurs points concernant l'amélioration des logements. Elle prévoit, en partenariat avec l'ANAH, un plan d'adaptation de 80 000 logements privés pour un budget de 40 millions d'euros et une extension du crédit d'impôt, initialement prévu pour l'adaptation des logements, destinée aux nouvelles technologies de soutien à l'autonomie⁴³⁷.

De leur côté, les bailleurs sociaux deviennent actifs en la matière. Leurs objectifs sont différents des sociétés privées à but lucratif car ils ont une mission d'intérêt général et proposent des logements à loyers modérés. De plus, ils se rendent compte que la présence de personnes âgées constitue plusieurs avantages pour ces quartiers : diversité de population, population solvable, maintien de la vie de quartier et des équipements de proximité... Certains d'entre eux mettent également en place des stratégies d'aides. Ils prévoient à moyen et long terme des interventions nécessaires au maintien des personnes âgées pour proposer des services administratifs ou de bricolage. Bien entendu, cette démarche est loin d'être généralisée car elle nécessite une étude démographique du parc locatif, un diagnostic du patrimoine des logements (accessibilité et adaptabilité) et une évaluation de l'environnement (urbain, services, commerces...) de la personne. Parallèlement, les promoteurs immobiliers intègrent de plus en plus de logements adaptés aux publics fragiles au sein des nouvelles constructions. Ils réfléchissent également à la possibilité de réaliser des logements évolutifs en fonction du degré de dépendance des personnes âgées, tout en veillant au maintien d'un équilibre financier pour l'ensemble des acteurs. Depuis 2009, le pilotage des logements sociaux est renforcé par la loi Molle (loi du 25 mars 2009 sur la mobilisation de logement et la lutte contre l'exclusion). Cette loi permet d'établir des conventions d'utilité sociale entre l'Etat et les organismes « d'Habitation à Loyer

⁴³⁶ FRAPIER-SAAB M. (2013) *Adaptation des logements à la perte d'autonomie : des moyens renforcés pour 2013*, Dossier de presse de l'agence nationale de l'habitat (ANAH), 10p.

⁴³⁷ BOUTRAND M., PRADA D. (2014) *Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement*, Les avis du conseil économique, social et environnemental, 122p.

Modéré » (HLM) pour une durée de six ans et, notamment, d'intégrer les logements destinés aux personnes âgées.

Toutes ces initiatives sont positives mais l'adaptabilité de l'habitat reste dépendante des entreprises qui réalisent les constructions et les travaux. De plus, le lancement de travaux reste complexe. Un gros effort doit donc être réalisé pour faciliter les démarches. En ce sens, quelques initiatives voient le jour, comme par exemple la mise en place d'un partenariat entre l'ANAH et les artisans de la Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment (CAPEB)⁴³⁸. Ce partenariat implique le respect de certains critères, c'est-à-dire la formation des professionnels dans le domaine de l'adaptabilité du logement ainsi que le respect des tarifs et des délais de construction. Ce partenariat revêt de multiples avantages. La reconnaissance professionnelle peut entraîner la création d'une spécialisation et d'un « label ». Elle peut également donner lieu à la création d'un annuaire des professionnels, diffusé ensuite au public. Ces informations pourraient à terme faciliter le recours aux aides et diminueraient les délais de procédure. De plus, le lien direct entre les professionnels et les aides de l'Etat ou des collectivités garantirait un paiement dans les temps et inciterait les entreprises à maîtriser les délais d'interventions. Ainsi, les situations d'urgence pourraient être appréhendées et réglées plus rapidement qu'aujourd'hui.

Ces aménagements nécessitent un budget spécifique que les personnes âgées n'ont pas nécessairement. Pour les aider, des avantages financiers existent tels que le crédit d'impôts, le prêt hypothécaire, le viager ou encore le micro-crédit. Malheureusement, à cause des fluctuations des valeurs immobilières, des taux d'intérêts élevés ou encore de l'âge des personnes, ces alternatives ne rencontrent pas un franc succès. Le gouvernement envisage alors plusieurs pistes pour assouplir ces dispositifs et les rendre plus attractifs, même si cela ne semble pas encore suffisant. Les pistes sont de permettre le remboursement d'un prêt hypothécaire par un descendant si la personne âgée décède ; l'extension du viager aux HLM ; l'encadrement des taux d'intérêt pour faire en sorte que les taux restent bas et que les aînés ou leurs descendants puissent engager des micro-crédits⁴³⁹.

⁴³⁸ ANAH, CNAV (2013) *Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées*, Rapport, 86p.

⁴³⁹ BOULMIER M. (2010) *Bien vieillir à domicile, enjeux d'habitat, enjeux de territoire*, Rapport remis à M. APPARU, Secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme, 170p.

Toutes ces démarches sont intéressantes mais elles ne peuvent être efficaces que si le public est correctement informé des différentes solutions existantes. Et de ce côté aussi, des progrès doivent être réalisés. En effet, l'information doit impérativement être diffusée par un « guichet unique », même s'il ne s'agit pas de transférer l'ensemble des compétences à un seul et même acteur mais de réfléchir à la communication et au rôle de chaque entité afin que le bénéficiaire ne soit pas pénalisé. A cet effet, l'ANAH et la CNAV ont établi une convention en 2011. Elles agissent ensemble pour informer les professionnels du domaine de l'habitat et les personnes affiliées à la CNAV des aides existantes. L'objectif de ce partenariat est de faciliter l'articulation des aides proposées et de réduire les délais d'instruction des dossiers. Enfin, elles mettent progressivement en commun leur expertise respective. Ce partenariat entre la CNAV et l'ANAH est un premier pas vers la simplification des démarches mais il faut continuer dans ce sens. Le rapprochement avec les conseils généraux représente également une piste intéressante supplémentaire.

Toutes ces initiatives en matière d'adaptabilité de l'habitat apportent des réponses face à un besoin croissant. Néanmoins, elles ne doivent pas se limiter au secteur social au risque d'entraîner une segmentation de la population. De plus, les crédits diminuent progressivement et la conjoncture actuelle ne garantit pas un avenir rassurant pour les secteurs de l'innovation et de la construction de logements sociaux. Toutefois, lors du projet de loi d'orientation et de programmation « pour l'adaptation de la société au vieillissement », présenté par Michèle Delaunay le 12 février 2014, une proposition a été présentée pour améliorer les conditions de vie à domicile et développer les aides techniques⁴⁴⁰. En effet, 140 millions devraient être débloqués pour subventionner des aides telles que les barres de soutien, les services de téléassurances... Cette enveloppe devrait stimuler la demande des seniors et vulgariser progressivement les nouvelles technologies. Cette proposition souhaite non seulement permettre aux personnes âgées d'acquérir une utilisation quotidienne des aides « nouvelles », mais elle concorde avec le souhait du gouvernement de développer la « Silver Economie » française.

⁴⁴⁰ GUICHARD G. (2013) Article du Figaro.fr, Le gouvernement lance une petite réforme de la dépendance, Publié le 10 mars 2013, visible sur le site Internet : <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2013/03/10/20002-20130310ARTFIG00157-dependance-vers-une-reforme-a-bas-cout.php?pagination=3> (dernière consultation le 31 mars 2014)

2.3.2 Le quartier et la ville : à chaque échelle ses adaptations

Lorsque l'on parle de soutien à domicile, on pense immédiatement au logement de la personne âgée. Pourtant, le maintien à domicile ne doit pas se limiter à l'habitation individuelle ou collective mais intégrer l'environnement de la personne dans son intégralité. Si le logement représente l'élément principal du maintien de l'autonomie et de la vie à domicile, le quartier et la ville sont tout aussi essentiels au maintien à domicile. Ils font partie intégrante du cercle de vie des personnes âgées et sont fondamentaux pour conserver les liens sociaux. En effet, avec l'avancée en âge, l'espace de vie se réduit progressivement et les liens avec l'entourage diminuent, ce qui peut entraîner un repli de la personne sur elle-même et provoquer des situations d'isolement. Le quartier représente ainsi l'échelle où les liens de proximité et de voisinage s'organisent. Cet environnement correspond aux centres-bourgs et aux quartiers urbains dans lesquels on retrouve les services de proximité (commerces, services et transports en commun). Cette échelle permet aux personnes âgées d'évoluer de manière individuelle et doit être appréhendée de manière privilégiée pour favoriser l'autonomie du public âgé. A titre d'exemple, les courses représentent le principal motif de sortie des personnes âgées. On sait également que la présence d'un arrêt de bus proche du domicile et l'implantation de bancs publics constituent des éléments de base permettant à ce public de se déplacer et de pouvoir réaliser ces activités⁴⁴¹. En milieu rural, les critères ne sont pas identiques et l'offre doit s'organiser autrement pour répondre à la demande. Les distances à parcourir sont plus longues et les transports sont généralement réduits, voire inexistants. Tous ces facteurs modifient non seulement l'accessibilité des services, mais également l'organisation de l'offre qui doit reposer sur une diversité de services et travailler avec des acteurs polyvalents pour satisfaire un maximum de besoins (DAVEZIES L., 2008). A ce titre, en milieu urbain, les cartes mentales représentent un outil intéressant pour comprendre les déplacements des habitants et la manière dont les aménagements urbains sont perçus, vécus et subis par les habitants⁴⁴². Une étude réalisée dans le 15^{ème} arrondissement de Paris a permis de mettre en place une typologie des déplacements des personnes âgées grâce à des cartes mentales et à des entretiens pratiqués en parallèle. On s'aperçoit ainsi qu'avec l'avancée en âge, l'espace de vie se réduit, passant de l'arrondissement ou de la ville en général avant 80 ans, à l'ilot et au quartier resserré pour les

⁴⁴¹ BROUSSY L. (2013) *L'adaptation de la société face au vieillissement*, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Rapport remis à Michèle DELAUNAY et Marisol TOURAINE, 202p.

⁴⁴² NADER B., (2012) Perception, appropriation et représentations des territoires de vie des 75 ans et plus dans le 15^{ème} arrondissement parisien : l'apport des cartes mentales, sous la direction de VIRIOT-DURANDAL J-P., PIHET C., CHAPON M-P. (2012) *Les défis territoriaux face au vieillissement*, La documentation française, 183p.

plus âgées. Après 85 ans, les pratiques spatiales se réduisent considérablement et s'accompagnent d'une désappropriation progressive du territoire. Il en va de même pour les personnes institutionnalisées qui estiment que l'établissement entraîne un repli sur soi et qui souhaiteraient davantage participer à la vie sociale du quartier de leur établissement. Bien entendu, la fatigue est régulièrement énoncée par les personnes âgées de plus de 75 ans par rapport à leur appréhension du milieu urbain. Se trouver au milieu de la foule ou traverser des grandes avenues deviennent des pratiques fatigantes avec l'avancée en âge. Il semblerait même que la notion de fatigue soit plus importante que le sentiment de lassitude physique, ce qui par ailleurs, complique les interprétations, à savoir si une personne âgée est lasse ou fatiguée⁴⁴³. Dans tous les cas, les pratiques des personnes âgées sont étroitement liées à leur environnement physique, même si elles dépendent également de l'entourage relationnel, comme nous l'avons déjà explicité au cours de notre développement. Ces dernières sortent plus facilement si elles sont accompagnées par un ami ou le conjoint. Malheureusement, lorsque ces derniers sont moins présents ou disparaissent, les déplacements se réduisent alors progressivement.

Aujourd'hui, pour tenter d'apporter une réponse adéquate aux personnes âgées, les villes intègrent la problématique du vieillissement au sein de leur politique d'urbanisme. Le Schéma de COhérence Territoriale (SCOT), qui correspond à un bassin de vie, intègre les dimensions géographiques, culturelles, économiques et sociales et prend en compte plusieurs secteurs (habitat, urbanisme, déplacements). Il permet à plusieurs communes de devenir partenaires pour la mise en cohérence de leurs politiques respectives, y compris à destination de la population âgée. A une échelle plus fine, le Plan Local de l'Habitat (PLH) et le Plan Local d'Urbanisme (PLU) prennent le relais. Le premier est chargé de l'adaptation des logements et le second assure la gestion du plan d'occupation des sols et du règlement d'urbanisme, notamment pour l'intégration des structures et des logements des publics fragiles au sein de zones favorables. En matière de vieillissement et de dépendance, ces plans intègrent les Plans de Mise en Accessibilité de la Voirie (PMAV) et des Plans de Mise en Accessibilité des Bâtiments (PMAB). Depuis 2005, il existe le Plan de mise en Accessibilité de la Voirie et des aménagements des Espaces publics (PAVE) et depuis 2012, le label « Destination pour tous »⁴⁴⁴

⁴⁴³ CLEMENT S., MEMBRADO M., (2010) *Expérience du vieillir : généalogie de la notion de déprise*, sous la direction de CARBONNELLE S., *Penser les vieillesse, regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Ed. Seli Arslan, p.109-129.

⁴⁴⁴ Informations disponibles sur le site Internet du Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/handicap-exclusion,775/dossiers,806/destination-pour-tous,2843/destination-pour-tous,16295.html> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

a été mis en place. Le premier répertorie, priorise et programme les interventions susceptibles de rendre accessible les zones de circulation piétonne et les aires de stationnements d'automobiles aux personnes handicapées ou en situation de mobilité réduite. Le second valorise les communes qui mettent en place des mesures en faveur de l'accessibilité des personnes handicapées au tourisme. Ces plans fixent des orientations sur les déplacements urbains (accessibilité des transports, facilitation du cheminement des personnes à mobilité réduite, stationnement de plain-pied surélevé à la hauteur du trottoir...). Les politiques urbaines doivent également prendre en considération l'implantation des EHPAD au sein des quartiers. En effet, on sait qu'en vieillissant, les personnes sont de plus en plus confrontées aux effets de désorientations, particulièrement lorsqu'elles changent de lieu de résidence. Par conséquent, ouvrir un EHPAD sur l'extérieur et l'intégrer au sein de son quartier permet aux personnes âgées d'identifier la structure et de se familiariser avec elle. Néanmoins, la construction de ces établissements repose essentiellement sur des critères fonciers et non d'accessibilité ou d'intégration dans le maillage urbain.

Enfin, diverses initiatives existent et voient le jour pour favoriser le maintien à domicile. Par exemple, l'idée des logements intergénérationnels se développe, non seulement pour répondre à une demande croissante mais également parce qu'elle induit la construction de logements évolutifs. En Espagne, la municipalité d'Alicante a construit 400 logements de ce type à occupation mixte, pour des personnes âgées de plus de 65 ans autonomes et des jeunes de moins de 35 ans⁴⁴⁵. Un contrat est établi entre les deux parties dans lequel les plus jeunes doivent rendre des services aux plus âgés en contrepartie d'un loyer diminué. Cependant, la pénurie de logements en zones urbaine et universitaire empêche le développement de telles initiatives.

2.3.3 Transports et mobilité : des paramètres pour lutter contre l'isolement

L'autonomie passe par la liberté de pouvoir se déplacer. Avant 75 ans, les personnes âgées se déplacent principalement en voiture et avec l'arrivée de la dépendance, elles privilégient progressivement les déplacements à pieds. En revanche, elles utilisent peu les transports en commun⁴⁴⁶. De ce fait, les déplacements en voiture sont à prendre en considération au sein des unités urbaines car les personnes vivent plus longtemps et en meilleure santé qu'il y a quelques

⁴⁴⁵ CONSTANZA T., LE DOARE H. (2001) La solidarité intergénérationnelle en Espagne, *Cahiers du Genre* 2 n° 31, p. 167-184

⁴⁴⁶ ARMOOGUM J., BOUFFARD-SAVARY E. (2010) *La mobilité des Français, panorama issu de l'enquête nationale « transports et déplacements » 2008*, Commissariat général au développement durable, 228p

décennies et elles sont de plus en plus nombreuses à posséder une voiture. En 2008, 85 % d'entre elles possèdent un véhicule alors qu'elles étaient 64 % en 1994⁴⁴⁷. En vieillissant, les individus conduisent plus lentement, leurs réflexes diminuent et ils ne sont pas toujours formés à l'évolution du code de la route (ronds-points). Dès lors, en matière de sécurité, leur mobilité est à prendre en considération au sein des villes. Si limiter la conduite peut éviter certains accidents, cette démarche tend à accroître l'isolement des plus âgés. JURGENSEN G. précise que dans les pays où la visite médicale a été imposée, aucun lien n'a été confirmé entre cette dernière et l'amélioration de la sécurité routière⁴⁴⁸. Si certains pays retirent le permis de conduire aux personnes de plus de 70 ans (Finlande), que d'autres préconisent des examens médicaux et des remises à niveau (Irlande, Norvège...), la France a opté pour la mise en place d'une évaluation uniquement pour les personnes atteintes de différents troubles. Ainsi, l'arrêté du 21 décembre 2005 fixe « *la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée* ». Il stipule que pour conserver leur permis de conduire, les personnes atteintes de pathologies (troubles neurologiques, du comportement, cognitifs, de la sénescence) doivent être convoquées pour une évaluation.

Lorsque l'utilisation de la voiture n'est pas possible, les transports en communs représentent une alternative pour parcourir certaines distances. Cependant, les personnes âgées ne sont pas des usagers réguliers de ce moyen de locomotion⁴⁴⁹. Par conséquent, les pouvoirs publics mènent des programmes de recherche pour rendre les transports en commun plus attractifs. En Île-de-France, la RATP fournit des cartes de transports « Améthyste » et « Emeraude ». Elles sont attribuées aux personnes âgées de plus de 60 ou 65 ans et leur garantissent d'importantes réductions, voire la gratuité des transports. La société « Veolia Transdev », quant à elle, innove en matière de transports à la demande. Son objectif est de garantir l'accessibilité aux transports dans les zones à faibles densités et pour les publics à besoins spécifiques, notamment à mobilité réduite. Elle souhaite ainsi proposer aux voyageurs des lignes accessibles aux publics fragiles.

Enfin, lorsque les personnes âgées n'ont plus les capacités physiques ou mentales pour se déplacer en voiture ou en transports en commun, l'AGGIRC-ARRCO a lancé l'initiative

⁴⁴⁷ ARMOOGUM J., BOUFFARD-SAVARY E. (2010) *Ouvrage cité*

⁴⁴⁸ BROUSSY L. (2013) *L'adaptation de la société face au vieillissement*, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Rapport remis à Michèle DELAUNAY et Marisol TOURAINE, 202p.

⁴⁴⁹ ARMOOGUM J., BOUFFARD-SAVARY E. (2010) *La mobilité des Français, panorama issu de l'enquête nationale « transports et déplacements » 2008*, Commissariat général au développement durable, 228p.

« Sortir plus ». Cette dernière a d'abord été lancée à titre expérimental en 2004, puis a été progressivement étendue à compter de 2005. Son objectif est de diminuer le risque d'isolement des publics fragiles et âgés. Pour en bénéficier, les individus doivent être âgés de plus de 80 ans et reçoivent des chèques CESU à utiliser spécifiquement pour ce type de déplacement. La CNAV repère les personnes, les informe de ce dispositif et remet des chèques aux personnes intéressées. En 2012, environ 43 000 personnes ont bénéficié de ce service, dont la moitié l'utilisait pour la première année. 76 % étaient des personnes seules⁴⁵⁰. Ces chèques étaient principalement utilisés pour se rendre chez le médecin (29 %), faire les courses ou des démarches administratives (28,3 %) ou encore rendre visite à des amis ou à la famille (7,7 %). Parallèlement, elle a mis en place des centres de prévention pour promouvoir le « bien-vieillir » à destination des personnes âgées et ce, le plus en amont possible⁴⁵¹. L'idée repose sur le fait d'aider les personnes à faire face à des angoisses du quotidien comme la peur de tomber ou de ne pas se nourrir correctement. Il s'agit d'un accompagnement personnalisé qui se réalise « à la carte » en fonction des besoins. En 2010, onze centres de prévention étaient ouverts en France et trois supplémentaires devaient voir le jour en 2012. Ils sont majoritairement installés en zones urbaines mais ils se déplacent au sein de leur région. L'âge moyen des personnes qui fréquentent ces centres est de 67 ans. Selon une enquête de satisfaction, une personne sur deux déclare qu'elle a modifié son comportement après avoir participé à ces ateliers⁴⁵².

2.3.4 L'aide que peuvent représenter les nouvelles technologies numériques

Les nouvelles technologies numériques participent de plus en plus à notre vie quotidienne. A domicile, elles permettent aux personnes âgées d'avoir accès à l'information, aux loisirs et à la culture au sein de leur univers (logement). Elles permettent à ce public de continuer de s'inscrire dans leur territoire en gardant un lien avec le monde extérieur⁴⁵³. Depuis quelques années, les nouvelles technologies se développent spécifiquement en faveur des publics fragiles (visiophone, capteur de chutes, géolocalisation...) et facilitent le quotidien des personnes âgées ainsi que celui de leurs aidants. Elles contribuent au maintien à domicile car elles permettent de communiquer, prévenir, se déplacer, se sécuriser et adapter l'habitat. Depuis plusieurs années,

⁴⁵⁰ AGIRC-ARCCO (2012) *Bilan du service sortir plus, exercice 2012*, Annexe à l'instruction AGIRC-ARCCO 2013-87, 11p.

⁴⁵¹ AGIRC-ARCCO (2010) *FONDATION AG2R LA MONDIALE Le mook autrement*, série « Questions sociétales », Ed. Autrement, Paris, 95p.

⁴⁵² AGIRC-ARCCO (2010) *Ouvrage cité*

⁴⁵³ PENNEC S. (2012) Vieillesse et usage des TIC : analyse des réalisations et des logiques d'acteurs à l'échelle d'un territoire urbain, *Les défis territoriaux face au vieillissement*, p. 137-155, La documentation française, 183p.

le Japon est très innovateur en la matière. Il développe des « robots » paramétrés pour créer une relation affective, qui possèdent la capacité à entretenir une conversation et qui orientent les personnes à trouver un objet⁴⁵⁴. En France, cette « robotique de services » est développée dans le cadre du plan « France Robots initiatives » au sein de la « Silver économie » depuis 2013⁴⁵⁵. On voit par exemple apparaître des robots munis de différents accessoires médicaux qui recueillent les informations physiologiques des personnes âgées. Toutefois, le recours à ces technologies a du mal à se démocratiser car, même si les personnes âgées sont encadrées par leur famille (enfants et petits-enfants), les aides extérieures ne suffisent pas à pérenniser une utilisation prolongée de ces outils. De plus, il faut rester pragmatique et ne pas se laisser aller à penser que ces technologies peuvent intégralement remplacer une aide humaine ou une visite quotidienne.

Concernant les nouvelles technologies plus « basiques », elles peuvent apporter un soutien au quotidien. Seulement, elles restent très souvent méconnues du grand public. Dès lors, beaucoup de choses doivent être mises en place pour démocratiser ces outils. En premier lieu, l'information sur ces appareils doit être vulgarisée et des campagnes d'informations et de sensibilisation tant au niveau des professionnels que des personnes âgées doivent être développées, le tout en respectant le cadre éthique et réglementaire de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). De plus, pour être largement utilisés, ces outils doivent être évolutifs d'un point de vue matériel. Ils doivent s'adapter aux besoins et à l'état de santé des différentes générations et doivent être ergonomiques. Enfin, ils doivent être compatibles avec d'autres appareils informatiques existants pour éviter de multiples achats.

Aujourd'hui, le principal facteur qui ralentit le développement de ces technologies vient de leur coût qui reste encore trop élevé. En effet, la recherche nécessite des investissements et la production doit être réalisée en masse pour faire diminuer le tarif unitaire. Pourtant, les « gérontotechnologies » représentent un secteur porteur, tant au niveau des besoins que des emplois puisque l'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, le maintien à domicile et l'apparition de nouvelles pathologies engendrent constamment des besoins supplémentaires. Parallèlement, le développement d'une telle filière nécessite des

⁴⁵⁴ Portail de la Silver économie - Sivereco.fr (2009) Les robots de compagnie pour personnes âgées, informations disponibles sur le site Internet : <http://www.sivereco.fr/les-robots-de-compagnie-pour-personnes-agees/311016> (dernière consultation le 1er septembre 2014)

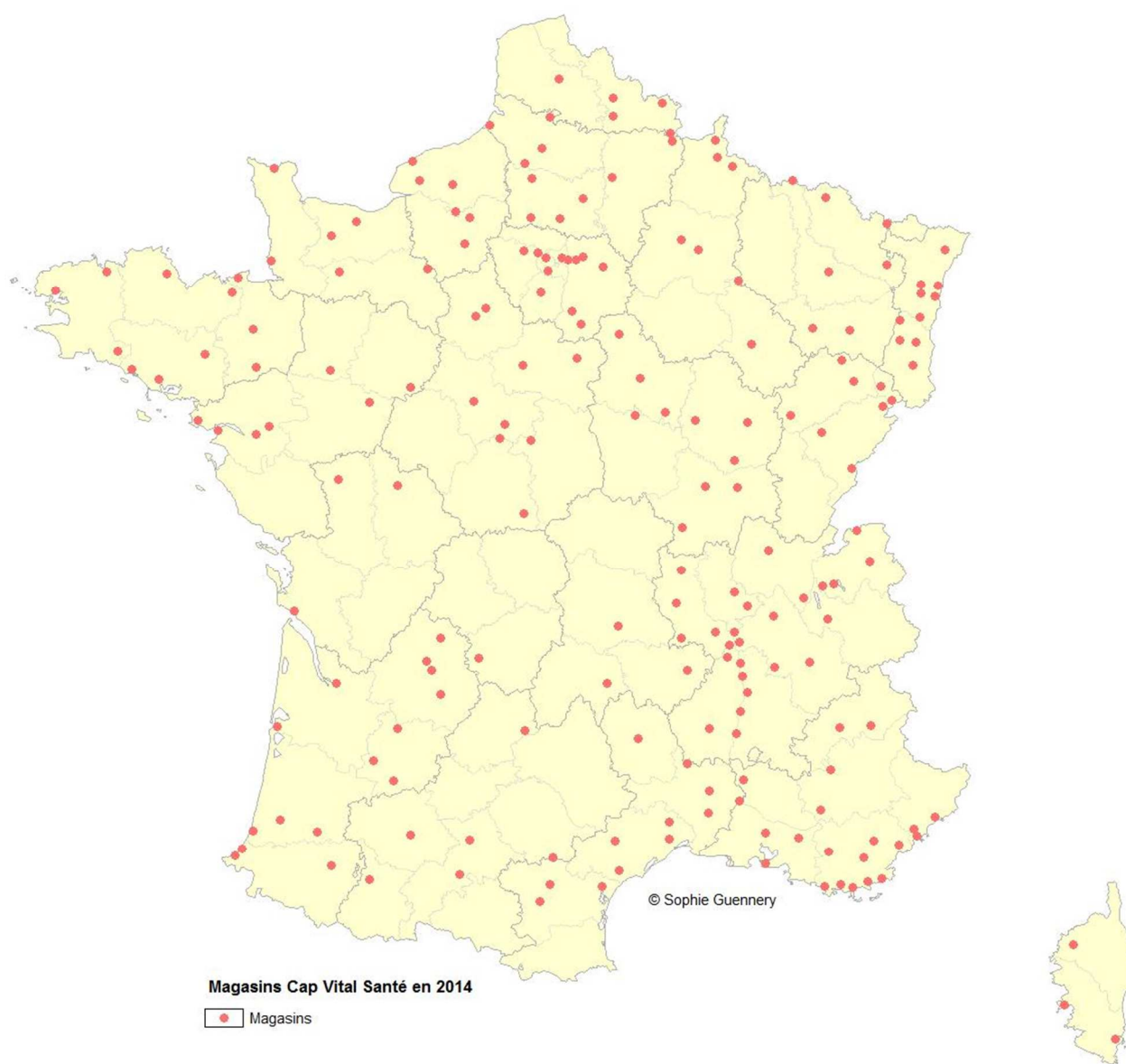
⁴⁵⁵ Ministère du redressement productif et du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Rapport France Robot initiatives (2013), 28p. visible sur le site Internet www.redressement-productif.gouv.fr (dernière consultation le 1er septembre 2014)

emplois de toute sorte (recherche, ingénierie, conception, distribution...). Certaines études démontrent l'importance de ce marché. En 2011, le cabinet de consultants « Frost et Sullivan » publie les résultats d'une étude portant sur la position du marché européen par rapport aux technologies de l'aide à l'autonomie⁴⁵⁶. A l'échelle européenne, ce marché générerait des revenus estimés à 154 millions de dollars en 2009 et à environ 525 millions de dollars en 2015. Pour la France, ce marché représenterait 24,7 millions de dollars en 2009 et 85 millions de dollars en 2015⁴⁵⁷. Malgré tout, la France reste encore timide dans le développement de ces outils. Les Petites et Moyennes Entreprises (PME) ne proposent pas encore beaucoup de services de ce type. Des expérimentations sont lancées au sein de certaines Très Petites Entreprises (TPE), mais elles restent peu nombreuses et ne permettent pas de lancer une véritable stratégie commerciale. Ce manque d'engouement provient également d'un manque de distribution. Certes, il existe des réseaux de vente de matériel médical comme celui des magasins « Cap Vital France » mais ils restent très apparentés au secteur médico-social et ne réalisent pas de véritables investissements dans ce domaine. De plus, la vente par correspondance reste marginale et les grandes enseignes (Darty, Boulanger...) ne sont pas décidées à développer la vente de ce type de produits. Pourtant, les magasins « Cap Vital France » sont assez développés sur l'ensemble du territoire (Figure n°52). Certes, certains départements n'en possèdent pas du tout (Bouches-du-Rhône, Var, Hérault, Drôme, Loire), mais la Creuse, Haute-Vienne, Allier, Charente, Vendée, Indre-et-Loire, Aveyron, Tarn, Ariège, Tarn-et-Garonne, départements vieillissants pour la plupart, disposent de plusieurs magasins. Ils représentent ainsi un moyen de diffusion possible de ces technologies. Enfin, le manque de solvabilisation des utilisateurs reste l'un des principaux freins au développement de ces technologies. Les tarifs restent élevés et le montant des prestations (APA) reste insuffisant pour couvrir ce type de frais. Les tarifs sont trop tirés par le bas ce qui fait que les opérateurs privés ne sont plus intéressés par ces marchés.

⁴⁵⁶ Article visible sur le site Internet « Frost and Sullivan » : <http://www.frost.com/prod/servlet/press-release.pag?docid=223302636> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

⁴⁵⁷ BROUSSY L. (2013) *L'adaptation de la société face au vieillissement*, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Rapport remis à Michèle DELAUNAY et Marisol TOURAINE, 202p.

Figure 52 - Répartition des magasins « Cap Vital Santé » en France métropolitaine en 2014



Sources : Données par région, Site Internet www.cap-vital-santé.com

Face à ces difficultés, le gouvernement mène des réflexions, tant pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées dépendantes, mais également dans le but de positionner la France sur ce secteur « porteur ». Arnaud Montebourg, ministre du redressement productif, et Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, ont lancé le 24 avril 2013 une proposition de filière « Silver Economie ». Cette filière repose sur des groupes de travail composés de divers acteurs : entreprises, syndicats représentatifs, économistes, financeurs... L'objectif est de favoriser le développement des nouvelles technologies liées au vieillissement en regroupant et en fédérant les entreprises dans le développement de ces technologies et de tenir compte de l'ensemble des facteurs du secteur (offre, demande,

distribution, organisation, financement, communication...). La « Silver Economie » concerne aussi bien l'habitat, la communication, les transports, la sécurité dont ceux dédiés aux personnes âgées, que la santé, la distribution, les loisirs, le travail, ou encore les mutuelles, les instituts de prévoyance et les assureurs. Le développement de cette filière représente de réels atouts car elle est génératrice d'emplois, dont certains sont non délocalisables sur plusieurs secteurs (vente, installation, BTP...). Le gouvernement se porte ainsi garant de la structuration de cette filière et lance plusieurs initiatives : création d'un Comité de filière sur la « Silver économie », fixation d'une feuille de route pour le Centre national de référence santé à domicile et autonomie, inscription de l'assistance aux personnes comme l'un des cinq axes stratégiques du plan « France Robots initiatives »⁴⁵⁸.

2.3.5 Solvabilité et harmonisation tarifaire des services et des soins à domicile

Pour un maintien à domicile, le recours à des SSIAD et à des SAAD s'avère indispensable. Ces derniers bénéficient d'une demande importante mais les structures rencontrent des difficultés budgétaires à plusieurs titres. D'une part, le tarif des prestations ne permet pas toujours de couvrir le coût global des services car les frais de personnel deviennent de plus en plus élevés (qualification des professionnels, diversité des tâches, frais de gestion...). D'autre part, les acteurs du système de prise en charge ont une trésorerie limitée et fluctuante. Ils reçoivent de moins en moins de financements publics, notamment de la part des municipalités ; les bénéficiaires sont de moins en moins solvables et les paiements des différents financeurs sont souvent différés. Enfin, la rigidité des coûts impacte directement sur les charges des structures et sur la masse salariale. En effet, les coûts proviennent majoritairement des coûts de personnel qui, quel que soit le statut de la structure, représente 80 à 90 % des frais. De ce fait, les marges de manœuvre restent faibles. Du côté des bénéficiaires, l'évolution du coût des prestations reste supérieure à celui de l'APA. Par conséquent, les structures ont des difficultés à adapter leur activité en fonction des besoins de la population et à cela, s'ajoute les disparités tarifaires des prestations qui varient d'un département à l'autre. En effet, l'écart de tarif peut aller de 13,05 à 25,17 euros de l'heure et le tarif moyen par département se situe entre 16,24 et 19,65 euros de l'heure⁴⁵⁹.

⁴⁵⁸ Ministère du redressement productif et du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Rapport France Robot initiatives (2013), 28p., visible sur le site Internet : http://www.redressement-productif.gouv.fr/files/France_Robots_Initiatives.pdf (dernière consultation le 1^{er} septembre 2014)

⁴⁵⁹ GALLOIS F. (2011) *Tarification et solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, Rapport IGAS

Pour tenter de réduire les couts de prestations, les services à domicile doivent optimiser les plannings des intervenants et adapter les effectifs en fonction des activités (intervention du personnel le plus qualifié auprès des personnes les plus dépendantes). Les déplacements, qui représentent la principale perte de temps, doivent être rentabilisés au maximum sans perdre de vue le bien-être des personnes âgées. Enfin, les structures doivent limiter les charges administratives et réfléchir à de nouvelles organisations (mutualisation des fonctions). Certaines d'entre elles se sont regroupées pour réaliser des économies mais sans réel succès. Les taux d'encadrement et les frais de structures sont restés élevés et la coordination entre plusieurs responsables de secteur n'a pas permis de rationaliser le fonctionnement et les plannings (moins de flexibilité, plus de temps creux dans une journée...). Toutefois, les conseils généraux doivent encourager la mutualisation des structures et leur apporter un accompagnement juridique et technique, en particulier pour celles de petites tailles pour qui, des réductions de coûts de fonctionnement restent significatives. En ce sens, une initiative destinée à fixer des indicateurs pour les services d'aides et de services à domicile a été lancée grâce à l'arrêté du 28 février 2007⁴⁶⁰. Malheureusement, elle n'a pas été réellement appliquée sur le terrain. L'objectif de cette démarche était pourtant de réaliser un recensement de l'activité des services (population prise en charge, durée moyenne de prise en charge, indicateur de vieillesse technicité, coût de la structure...) pour en définir des indicateurs et des modes de calculs. Selon une étude de l'IGAS, seuls les départements de l'Hérault, du Rhône et de l'Eure y ont participé⁴⁶¹. Pourtant, la prise en compte d'indicateurs tels que le taux d'encadrement par rapport au nombre d'heures d'intervention ; le taux de qualification ; la proportion d'heures rémunérées et non facturées, représentent des informations importantes. Ces dernières permettraient de connaître les caractéristiques de la population prise en charge et de mieux appréhender le territoire d'intervention des structures. Un tel référentiel donnerait non seulement l'occasion aux services de comparer leur organisation et de pouvoir ajuster au mieux leur fonctionnement mais également de réduire les écarts de tarification d'un département à l'autre. A ce titre, différentes enquêtes de terrain seraient nécessaires pour réaliser un état des lieux et estimer la demande actuelle et future.

⁴⁶⁰ BRUANT-BISSON A., REBOUL J-B., AUBE-MARTIN P (2010) *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, Rapport IGAS, 94p.

⁴⁶¹ BRUANT-BISSON A., REBOUL J-B., AUBE-MARTIN P (2010) *Ouvrage cité*

Le gouvernement tente de soutenir ces structures en octroyant des financements (50 milliards d'euros sur 2012 et 2013), sous condition de conventions de retour à l'équilibre entre la structure et l'ARS⁴⁶². De plus, le gouvernement préconise la mise en place de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pour la mise en place de forfaits globaux négociés par les structures. Ainsi, ces dernières recevraient 90 % d'un forfait mensuel et les 10 % restants seraient ensuite versés en fonction des objectifs atteints.

Conclusion chapitre 2

De manière générale, et depuis quelques années surtout, le niveau de vie des personnes âgées diminue à partir de 75 ans, en particulier lorsque ces derniers doivent financer une institutionnalisation. Pour bénéficier d'une prise en charge qui soit moins coûteuse tant pour les personnes âgées que pour les dépenses publiques, le domicile apparaît comme la solution privilégiée. D'autant que les personnes souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible, ce qui satisfait tout le monde. On assiste alors à une croissance du taux de SSIAD (7 % par an depuis 2002), même si cela reste encore insuffisant par rapport à la demande ; à une diversification des aides sociales à domicile et à un développement de l'adaptation des logements. De plus, se dessine progressivement une offre de « nouvelles technologies » qui améliorerait probablement les conditions de vie des plus âgés même si ces dernières ne doivent pas remplacer totalement un accompagnement humain régulier. En effet, le maintien à domicile ne peut pas se résumer à la mise à disposition d'un « robot » auprès de chaque individu en perte d'autonomie. Dès lors, le domaine du domicile est amené à se développer largement au cours des prochaines années. De plus, il représente un secteur vivier d'emplois qui doit compter sur une main-d'œuvre disponible et formée.

⁴⁶² BETBEZE P. (2013) *Les services à la personne en France, quels leviers pour réussir ?* Fédération du service au particulier, 52p.

CHAPITRE 3 Les emplois autour de la personne âgée : besoins actuels et futurs

La montée en charge de la prise en charge de la dépendance nécessite d'importants besoins de professionnels, tant à domicile qu'en établissement. Ces besoins représentent un secteur vivier d'emplois dont il faut tirer avantage. Néanmoins, les métiers liés à la prise en charge des plus âgés restent peu attractifs pour différentes raisons (temps partiel, contrat précaire...).

Quels sont ces emplois et quelle est leur représentativité selon le secteur de prise en charge ?

Quelles sont les causes de ce manque d'engouement, surtout quand on a conscience du contexte actuel du chômage en France ?

Quels sont les moyens à mettre en place pour inverser cette tendance et rendre ce secteur plus attractif ?

Et enfin, quels seront les besoins futurs d'encadrement pour garantir une prise en charge optimale du public âgé ?

3.1 Une évolution exponentielle des emplois liés à la prise en charge de la dépendance

Si les besoins de main-d'œuvre sont importants dans le domaine de la dépendance, plusieurs profils complémentaires sont indispensables à la prise en charge des personnes âgées, tant à domicile qu'en établissement.

3.1.1 Les différentes professions relatives à la prise en charge de la dépendance

Certains métiers sont communs à la prise en charge à domicile et en établissement, même si les fonctions sont adaptées en fonction du lieu d'exercice. Ils sont hiérarchisés mais ont des objectifs identiques, à savoir l'apport d'une aide, de services et de soins adaptés aux besoins de la personne.

Les professions d'agent social et d'auxiliaire de vie représentent le premier niveau d'intervention aussi bien à domicile qu'au sein d'une structure. L'agent social réalise les services les plus simples (courses, lever, tâches administratives simples...) et l'auxiliaire de vie assure un accompagnement plus important de la personne (toilette, habillage, tâches administratives plus complexes...). Ce dernier participe non seulement à la préservation ou à la restauration de l'autonomie de la personne mais il représente également un lien entre les professionnels et la famille. L'aide-soignant intervient, sous la responsabilité d'un infirmier,

pour les soins d'hygiène et de confort et contribue à compenser la perte d'autonomie de la personne. Il informe l'infirmier et le médecin de l'état physique et mental de la personne. L'infirmier, quant à lui, intervient en fonction des prescriptions du médecin. Il réalise des soins techniques et joue un rôle préventif et éducatif pour les actes sanitaires. De plus, il encadre généralement une équipe d'aides-soignants. Nouvellement apparu en 2009, l'assistant de soins en gériatrie exerce sous la responsabilité de l'infirmier, aussi bien à domicile qu'en établissement. Son rôle est d'assister la personne âgée fortement dépendante dans les actes de la vie quotidienne et de lui fournir des soins spécifiques. Il soulage les souffrances de l'individu et l'aide à s'adapter à son environnement.

En établissement, l'activité médicale repose principalement sur les médecins gériatres et les médecins coordinateurs. Le premier intervient aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychologique de la personne âgée. Il prévient, diagnostique et traite les pathologies et les handicaps de la personne âgée. Le second est sous l'autorité administrative du responsable d'établissement. Son statut est apparu en lien avec les signatures de conventions tripartites, la transformation des maisons de retraite en EHPAD et le souhait d'assurer une qualité de prise en charge. Il a été récemment reconnu, depuis le décret n°2005-560 du 27 mai 2005. Il participe à la gestion de l'encadrement de la personne âgée. Il contribue à l'élaboration du projet de soins, donne son avis sur les admissions des résidents, participe à l'évaluation du degré de dépendance et veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques. Il a également un rôle de coordination des professionnels de santé de la structure. Enfin, il réalise un rapport annuel des activités médicales, des modalités de prise en charge et de l'évolution de l'état de dépendance des résidents. D'autres fonctions sont également nécessaires à l'encadrement et aux soins spécifiques des personnes âgées dépendantes. Elles rassemblent les professions de rééducation (diététicien, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, pédicure-podologue), d'animation, d'assistant de service social ou de psychologue. Enfin, la gestion d'un établissement revient au directeur d'établissement qui assure la gestion administrative et financière de la structure (comptabilité, recrutement, choix des fournisseurs...) et qui veille à la qualité de séjour des résidents ainsi qu'à l'encadrement et à l'écoute de son personnel.

A domicile, les principaux intervenants auprès du public âgé sont les employés à domicile et les techniciens d'intervention sociale et familiale. Le premier assiste et soulage les personnes pour les actes ordinaires de la vie courante (domestiques ou administratifs) et ne nécessite pas de qualification particulière. Le second aide la personne âgée à s'intégrer socialement et au sein

de la famille. Il apporte un soutien éducatif, technique et psychologique à la personne. Il réalise des activités ménagères, maintient ou rétablit l'équilibre au sein des familles et joue un rôle préventif et éducatif pour certaines tâches quotidiennes. Les interventions à domicile nécessitent une coordination du personnel et des prestations. Pour cela, des métiers d'encadrement assurent la gestion et la coordination des services et des soins et s'organisent selon trois niveaux de responsabilités. Le premier niveau correspond au responsable de secteur qui encadre les services d'aides et qui représente le pivot entre les structures d'aides à domicile, l'intervenant et l'utilisateur. Le deuxième niveau revient au coordonnateur de SSIAD qui revêt un double profil de soignant et de gestionnaire et qui entretient les relations avec les familles et les partenaires locaux. Enfin, le troisième niveau correspond au statut de directeur qui est à la tête d'une structure de services d'aides et de soins à domicile qui assure l'ensemble des fonctions indispensables au fonctionnement de la structure.

Les métiers au contact des personnes âgées sont majoritairement féminins, en particulier à domicile. En 2008, 98 % des intervenants à domicile sont des femmes et sont âgées de 45 ans en moyenne⁴⁶³. En établissement, cette moyenne d'âge est de 41 ans. Toutefois, les métiers paramédicaux, soignants, éducatifs, sociaux et d'animation possèdent une moyenne d'âge relativement jeune (39 ans) alors que les professions médicales, d'encadrement et de direction sont plus âgées (respectivement 50 ans, 47 ans et 44 ans)⁴⁶⁴. Globalement, l'ancienneté des professionnels n'est pas très élevée. A domicile, 10 % exercent dans ce secteur depuis un an ou moins et 50 % ont une ancienneté entre trois et treize ans. En établissement, l'ancienneté est en moyenne de sept ans, même si 30 % du personnel exerce au sein du même établissement depuis un an, voire moins longtemps⁴⁶⁵.

Les métiers auprès des personnes manquent de qualification professionnelle, en particulier pour les emplois à domicile. En effet, un tiers n'a pas étudié au-delà du collège et un peu moins de la moitié possède un niveau d'études du second cycle (CAP, BEP)⁴⁶⁶. De manière générale, 62 % n'ont aucun diplôme en rapport avec le secteur sanitaire et social. A domicile, les employés directs (en particulier en mode prestataire) sont généralement moins qualifiés que les autres modes d'activités. En 2008, seuls 3 % des employés ont le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire

⁴⁶³ MARQUIER R. (2010) *Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008*, DREES études et résultats n° 728, 8p.

⁴⁶⁴ MARQUIER R. (2010) *Ouvrage cité*

⁴⁶⁵ MARQUIER R. (2010) *Ouvrage cité*

⁴⁶⁶ MARQUIER R. (2010) *Ouvrage cité*

de Vie Sociale (DEAVS) ou le Certificat d’Aptitude aux Fonctions d’Aides à Domicile (CAFAD). Cette faible qualification est liée à plusieurs facteurs. Ces professions ne sont pas attrayantes et manquent de professionnalisation, en particulier pour les métiers d’aide-soignant et d’aide médico-psychologiques⁴⁶⁷. Néanmoins, l’enquête EHPA (2007) indique que 85 % du personnel est en contrat à durée indéterminée (hors emplois aidés) au sein des établissements d’hébergement.

A domicile, ce manque d’attractivité provient d’un temps de travail souvent partiel et de revenus bas. Un intervenant aide une personne âgée à hauteur de 6,7 heures par semaine en moyenne⁴⁶⁸. 30 % d’entre eux déclarent travailler à temps plein mais cette proportion est variable en fonction du type de contrat. En effet, en mode prestataire, les intervenants sont 37 % à travailler à temps plein, 32 % en mode mandataire et 17 % en emploi direct. En raison du nombre d’heures insuffisant, 13 % des intervenants exercent une autre profession, notamment ceux en emploi direct⁴⁶⁹. En 2008, le salaire mensuel moyen d’un intervenant à domicile est de 832 euros⁴⁷⁰. La même année, le salaire médian à temps plein des aides à domicile (toutes aides confondues) se situe entre 1 167 et 1200 euros nets. Les revenus de ces employés ne sont pas identiques tous les mois, essentiellement pour les emplois directs. On comprend bien que cette instabilité financière représente un frein au développement de ces emplois.

3.1.2 Représentativité des « Equivalents Temps Plein » et taux d’encadrement en établissement et à domicile

Que ce soit en établissement ou à domicile, la demande se développe sur l’ensemble du territoire. Aujourd’hui, elle nécessite des besoins de main-d’œuvre encore supplémentaires. En établissement, 360 790 personnes travaillent au sein des EHPAD au 31 décembre 2011⁴⁷¹. Par rapport à 2007, le nombre de professionnels a augmenté de 22 % et représentait 294 740 emplois. Conjointement, le taux d’encadrement a progressé de 8 % entre 2007 et 2011 passant de 50 à 54 personnes pour 100 places. Cette progression est non seulement le résultat de l’augmentation du nombre d’EHPAD mais également le fait de l’amélioration de l’encadrement et des conditions d’hébergement. Cette évolution diffère selon le type d’établissement. Depuis

⁴⁶⁷ ANAP (2013) *Valoriser les métiers du grand âge, retours d’expérience et pistes d’actions*, 48p.

⁴⁶⁸ MARQUIER R. (2010) *Ouvrage cité*

⁴⁶⁹ MARQUIER R. (2010) *Ouvrage cité*

⁴⁷⁰ MARQUIER R. (2010) *Ouvrage cité*

⁴⁷¹ VOLANT S. (2014) *L’offre en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2011*, DREES études et résultats n°877, février 2014, 6p.

2007, le taux d'encadrement a progressé plus rapidement pour les EHPAD publics (5 %) et privés à but non lucratifs (3 %) que pour les structures privées (1 %)⁴⁷². C'est en maison de retraite et en USLD que les taux d'encadrement sont les plus élevés en raison d'une prise en charge plus lourde que dans les autres structures (en particulier en USLD). Ils représentent respectivement 57 ETP et 78 ETP pour 100 places⁴⁷³. Le profil des établissements et la lourdeur de prise en charge influent également sur la répartition des professions. Les professions paramédicales et soignantes sont très représentées en maison de retraite et en USLD, avec respectivement 41 % des ETP pour les premières et 62 % des ETP pour les secondes⁴⁷⁴. Le personnel d'encadrement, quant à lui, ne représente que 1 % des effectifs.

L'enquête EHPA fournit beaucoup d'informations sur les différents profils professionnels et sur leur représentativité au sein des structures. Toutefois, cette démonstration se basera sur les données 2003 et 2007 car les résultats détaillés de 2011 ne sont pas disponibles au 1^{er} septembre 2014. Au 31 décembre 2007, les professions paramédicales et soignantes sont les plus représentées au sein des structures avec un peu plus de 140 000 ETP (Tableau n°32). Elles sont également celles qui ont le plus progressé entre 2003 et 2007, avec 18 600 et 6 600 emplois ETP supplémentaires pour les professions d'aides-soignants et d'infirmiers⁴⁷⁵, soit une croissance de 23 % pour la période. La loi du 11 février 2004, sur les nouveaux droits aux personnes dépendantes, ainsi que la mise en place des plans « Vieillesse et solidarité » (2004-2007), puis « Solidarité grand âge » (2007-2012) ont eu un impact significatif sur la création de places et sur le recrutement du personnel⁴⁷⁶. Toutefois, ces chiffres doivent être nuancés car ils intègrent le personnel administratif et ne donnent pas une vision précise du personnel réellement présent auprès des résidents. Même si ces professionnels représentent une faible part des ETP au sein des structures, ils influent tout de même sur le taux d'encadrement d'une structure. Par conséquent, l'enquête EHPA 2007 a réalisé les mêmes calculs en supprimant les professions des services administratifs et des services généraux, donnant ainsi un taux d'encadrement de 39 ETP pour 100 places au lieu de 50 ETP, toutes professions confondues, sur l'ensemble des établissements.

⁴⁷² VOLANT S. (2014)

⁴⁷³ DREES, *Enquête EHPA 2007*

⁴⁷⁴ DREES, *Enquête EHPA 2007*

⁴⁷⁵ DREES, *Enquête EHPA 2003*

⁴⁷⁶ FOUQUET A., TRAGOAT J.-J. (2011) *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, IGAS, 121p.

Tableau 32 - Personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007

Fonction	Effectifs	ETP	Proportion femmes (ETP)
Personnel de direction	28 659	22 566	84%
Personnel des services généraux	60 487	50 291	63%
Personnel d'encadrement	5 068	4 355	90%
Personnel éducatif, social, d'animation	26 288	22 747	93%
Personnel médical	7 150	2 561	42%
Personnel paramédical ou soignant	159 280	140 670	92%
Agent de service hospitalier (public) ou agent de service (privé)	109 304	96 049	95%
Non déclarés	1 119	730	
TOTAL	397 355	339 969	88%

Sources : Enquête EHPA 2007

A domicile, le nombre de professionnels s'est également accru depuis quelques décennies. Seulement, il est moins évident de connaître cette offre. Seules les professions au sein des SSIAD sont aujourd'hui recensées mais elles ne renseignent que sur une partie de l'activité des services à domicile. En effet, les personnes qui ont recours à un service de portage de repas ou à une garde à domicile ne sont pas recensées au niveau national. Certes, les données APA permettent de connaître le nombre de personnes résidant à domicile mais elles ne renseignent pas sur le type et la quantité de prestations fournies. Il est donc difficile d'obtenir un état des lieux complet sur le nombre et sur le profil des professionnels du secteur du domicile.

Depuis leur officialisation en 1981, la proportion de SSIAD s'est largement accrue entre 1981 et 2002 (3 500 à 70 939 places)⁴⁷⁷. La demande reste toutefois plus importante que l'offre. Face à cette situation, le « plan Solidarité grand âge », présenté par Philippe Bas le 27 juin 2006, a entraîné un deuxième élan à la création du nombre de places de SSIAD. En 2006, la France détenait 87 000 places de SSIAD et l'objectif du Plan était d'augmenter cette offre de 40 % en cinq ans⁴⁷⁸. Jusqu'en 2009, 6 000 places ont été ouvertes tous les ans, puis 7 500 depuis 2010. Ainsi, dans la continuité des recommandations du rapport « Personnes âgées dépendantes, bâtir un scénario du libre choix », présenté par le centre d'analyse stratégique, l'objectif est de disposer de 232 000 places d'ici 2025. En 2009, un peu plus de 93 500 places étaient installées, soit une croissance de 7,4 % en trois ans⁴⁷⁹.

⁴⁷⁷ CHEVREUL K. (2009) *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - Le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France, Direction générale de l'action sociale, 86p.

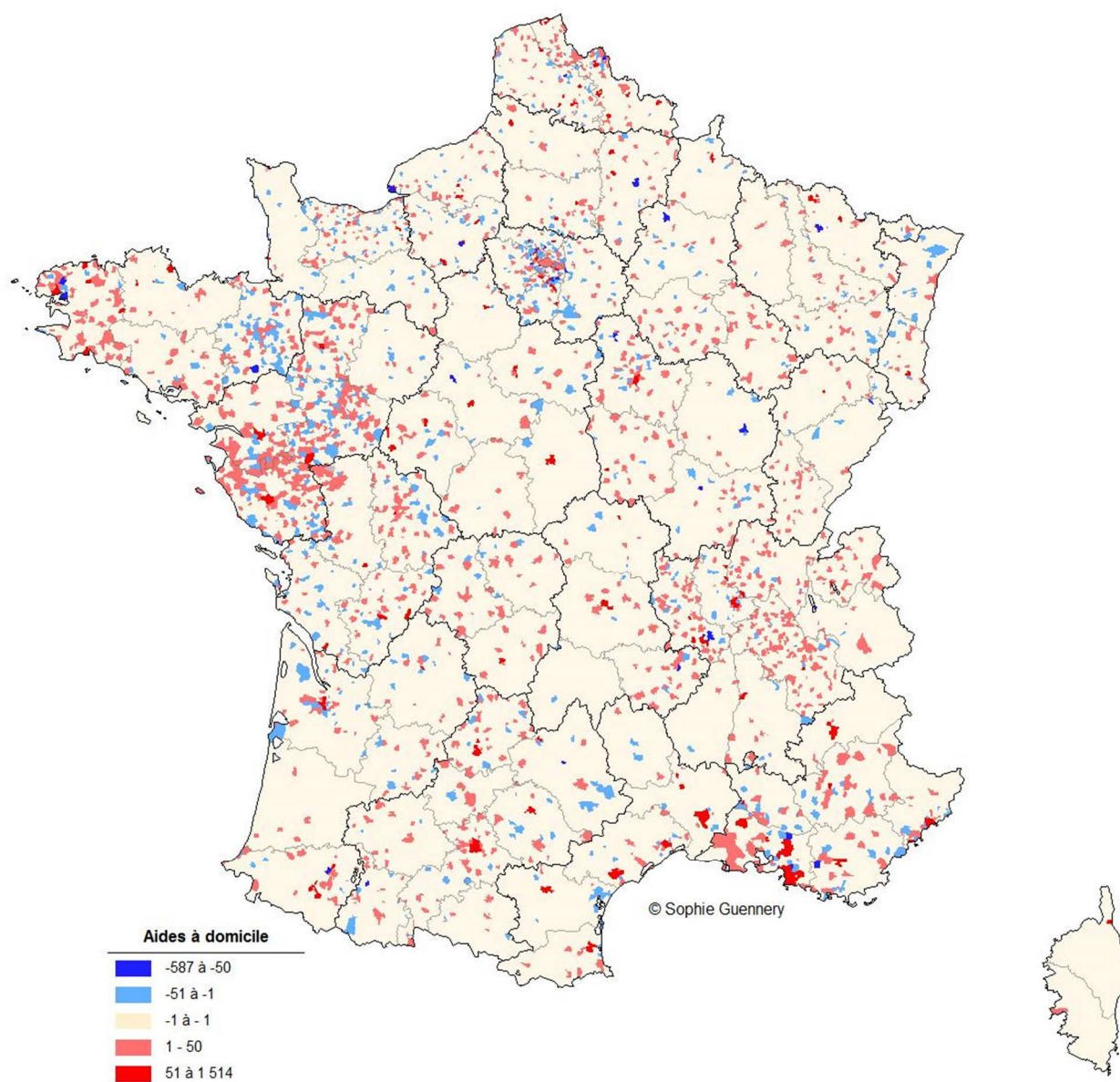
⁴⁷⁸ CHEVREUL K. (2009) *Ouvrage cité*

⁴⁷⁹ CHEVREUL K. (2009) *Ouvrage cité*

L'UNEDIC réalise un recensement de l'ensemble des emplois à domicile à l'échelle communale. Ces informations sont tout de même à prendre avec précaution car elles sont globales et concernent aussi bien les emplois à domicile à destination des personnes âgées qu'auprès des personnes handicapées. Elles ne permettent donc pas de rendre compte de l'offre uniquement destinée au public âgé. Par conséquent, leur cartographie est réalisée à partir des chiffres bruts. Ces données, aussi générales soient-elles, permettent de réaliser un premier bilan global de l'évolution de ces emplois pour les années 1992, 2000 et 2011. Ainsi, entre 1992 et 2000, certains départements français restent peu équipés en termes d'emplois à domicile (Figure n°53). L'Eure-et-Loir, la Manche, les Landes, le Cantal ou encore la Corse représentent des espaces qui ne disposent quasiment pas d'emplois à domicile et dont l'évolution est très faible pour cette période. Pour la même période, les Pays-de-Loire, l'Île-de-France et le Sud PACA représentent des zones globalement dynamiques où l'on peut observer des fluctuations plutôt positives, généralement entre +1 et +50, voire jusqu'à +1 500 emplois pour la période (Arles, Nîmes, Marseille et Montpellier). On note également une croissance de ces emplois au sein du Finistère, dans le Nord, dans l'Isère et la Loire. En revanche, l'Aveyron, la Gironde et le Bas-Rhin sont plutôt en déclin entre ces deux années. Ces emplois progressent davantage entre 2000 et 2011 (Figure n°54). Certains espaces montrent des fluctuations négatives mais on constate globalement une croissance des emplois à domicile sur l'ensemble du territoire. La région des Pays-de-Loire représente la région la plus dynamique, aussi bien en termes de variations positives que négatives. D'autres départements comme le Finistère, l'Île-de-France et ceux du littoral méditerranéen affichent également une croissance importante des emplois à domicile.

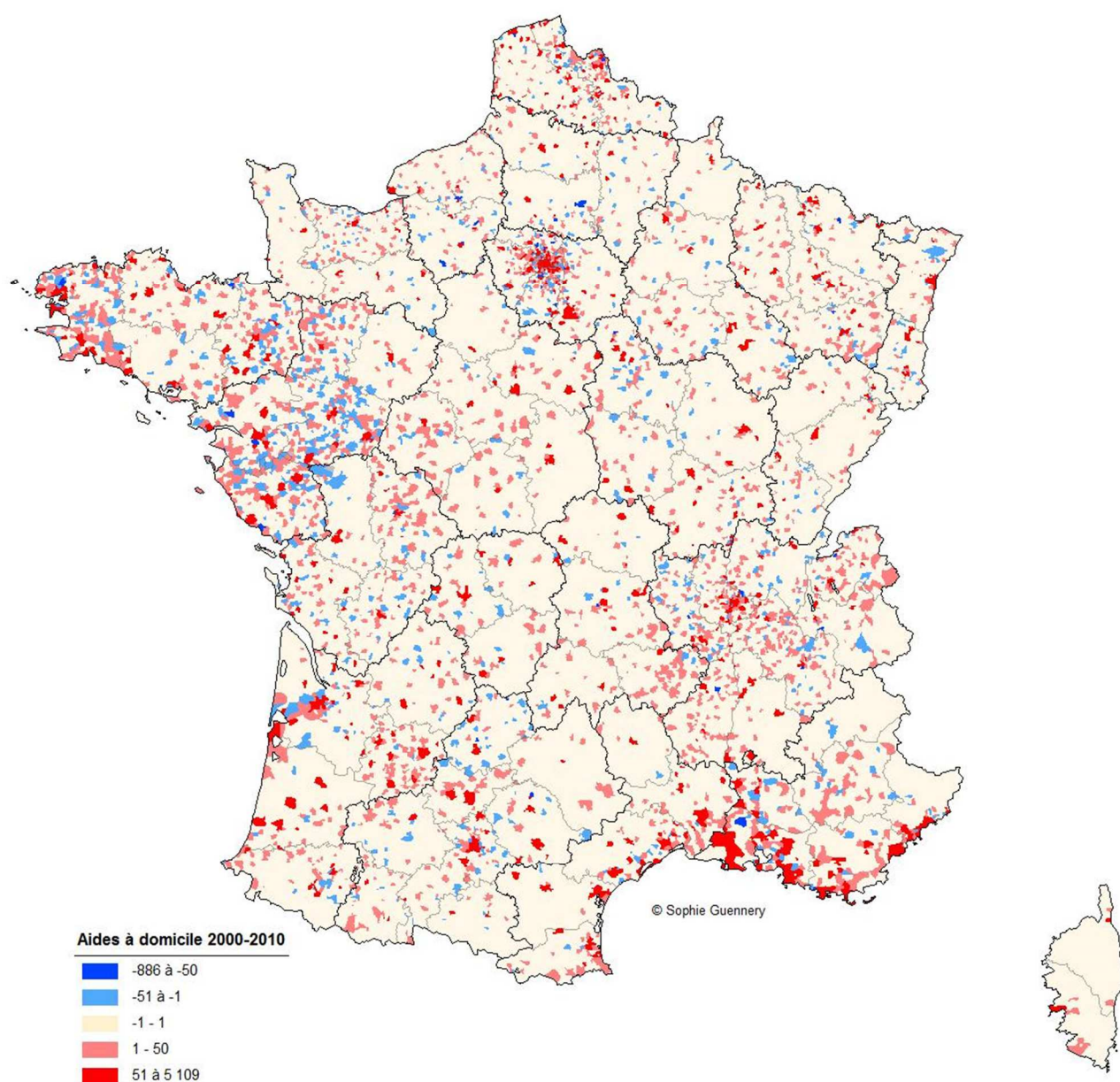
Si l'on compare l'évolution des emplois à domicile à l'indice de vieillissement, on s'aperçoit que les espaces où les emplois croissent ne correspondent pas toujours aux espaces où l'indice de vieillissement est le plus important (Figures n°55, n°56 et n°57). Ici, l'indice de vieillissement est calculé pour les années 1990, 1999 et 2006 en raison des années de recensements disponibles les plus proches des années de recensement de l'UNEDIC. De plus, l'indice de vieillissement est calculé pour les trois années en question au détriment de son évolution. En effet, la cartographie de l'évolution de l'indice de vieillissement n'était pas significative et apportait peu d'éléments de comparaison.

Figure 53 - Evolution des emplois à domicile entre 1992 et 2000 (chiffres bruts)



Sources : Données UNEDIC 1993-2010, emplois à domicile

Figure 54 - Evolution des emplois à domicile entre 2000 et 2010 (chiffres bruts)



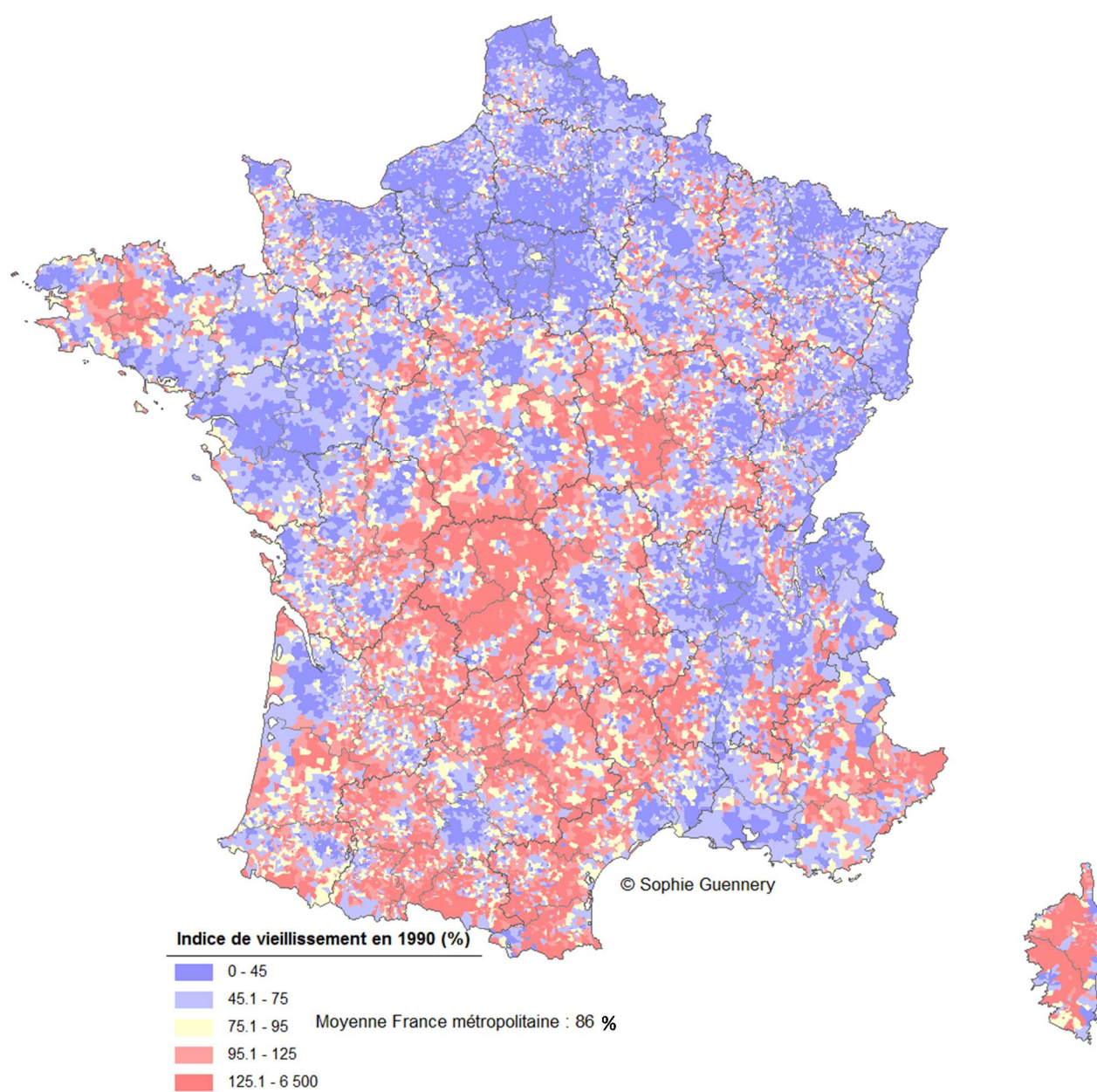
Sources : Données UNEDIC 1993-2010, emplois à domicile

Globalement, pour les trois années, on note un vieillissement élevé dans le Centre et dans le Sud de la France (Centre de la Bretagne, Limousin, Corse, Sud de l'Auvergne, Ouest de la Bourgogne et Nord du Midi-Pyrénées). En revanche, le Nord (Nord, Picardie et Pas-de-Calais), l'Est (Alsace), l'Île-de-France, les Pays-de-Loire et la région Rhône-Alpes sont des zones plutôt jeunes. On serait alors tenter de penser que les espaces les plus âgés sont les mieux dotés en termes d'emplois à domicile (UNEDIC) mais cela ne se vérifie pas systématiquement. L'exemple le plus frappant se vérifie pour les régions Île-de-France et Pays-de-Loire. Ces

régions figurent parmi les plus jeunes de France et pourtant, elles bénéficient d'une concentration importante d'emplois à domicile. A l'inverse, la Corse, le Limousin et le Sud de l'Auvergne sont des régions vieillissantes et ne sont pas les mieux loties en matière d'emplois à domicile.

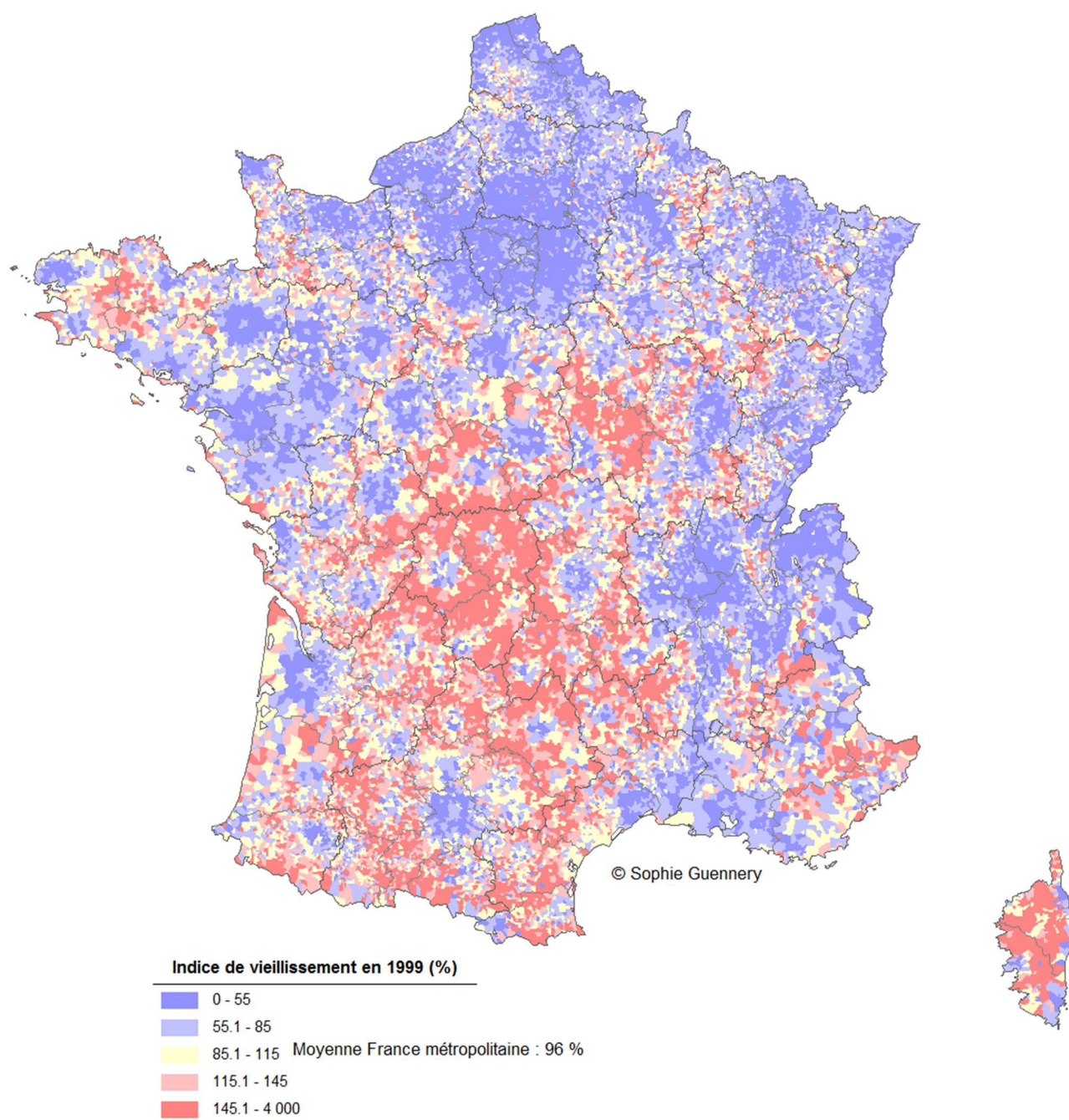
Rappelons tout de même que ces chiffres sont à nuancer car les données de l'UNEDIC sont traitées de manière brute et non selon des taux par rapport à la population concernée, soit les personnes âgées dépendantes. Ce traitement représente donc une première approche en fonction des chiffres dont nous disposons et mériterait d'être complétée par des données plus précises. Néanmoins, selon cette première approche, on est en droit de se questionner sur ce rapport entre l'indice de vieillissement et l'offre d'aides à domicile. Est-ce que ces régions comportent une densité importante de personnes handicapées ? Est-ce qu'elles n'attirent pas les actifs ? Ces observations rendent compte de l'indispensable rééquilibrage à mener dès aujourd'hui et de la nécessité d'influencer l'offre pour s'installer là où la demande est la plus importante.

Figure 55 - Indice de vieillissement en France en 1990



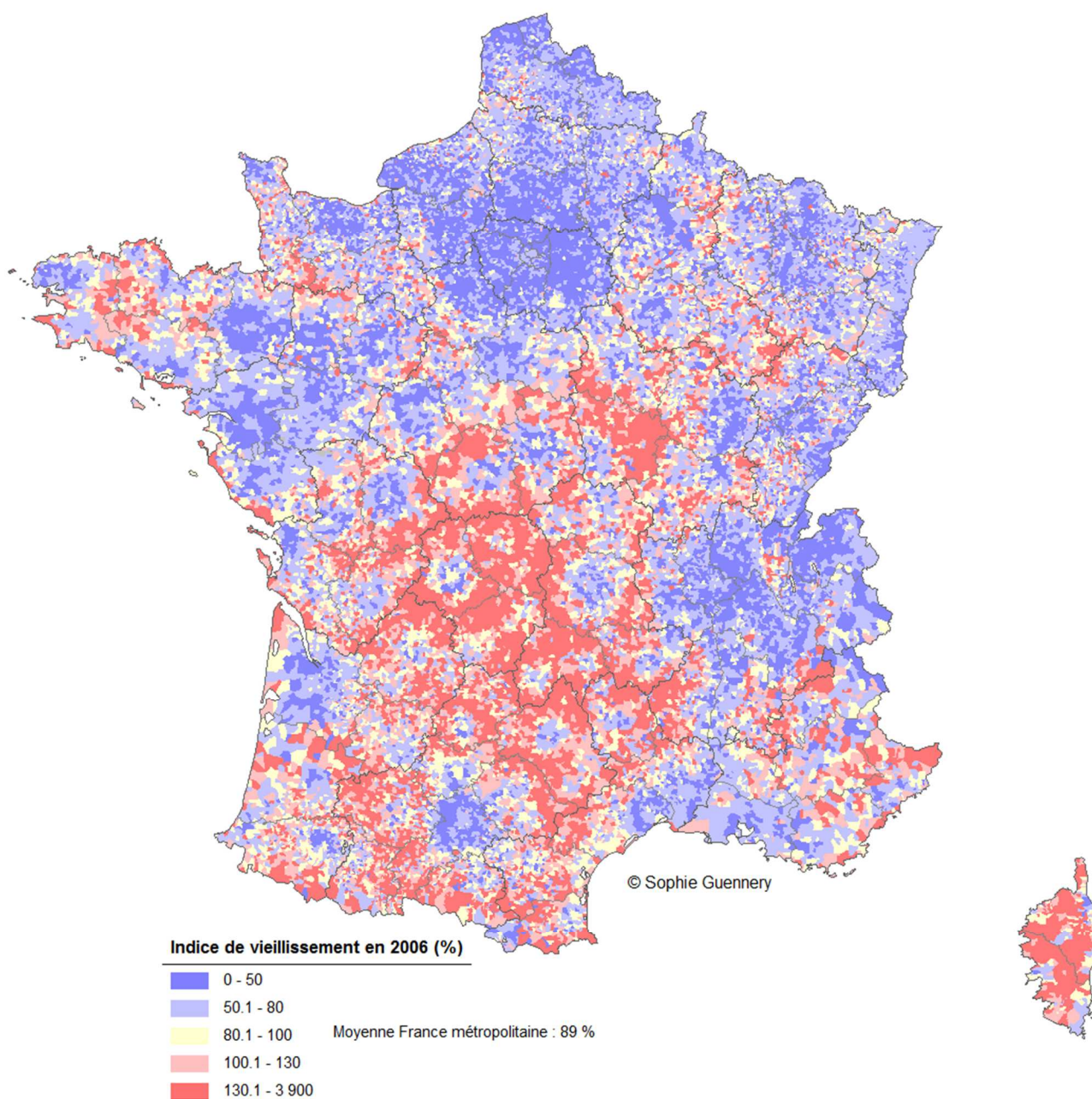
Sources : INSEE 1999

Figure 56 - Indice de vieillissement en France en 1999



Sources : INSEE 1999

Figure 57 - Indice de vieillissement en France en 2006



Sources : Insee 2006

En 2010, un peu moins de 34 000 professionnels exercent leur activité au sein des SSIAD, soit 24 000 ETP (Tableau n°33). La profession d'aide-soignant est la plus représentée (83 %), les infirmiers (hors coordonnateurs) sont moins de 6 % et le personnel administratif représente 17 % de l'ensemble du personnel, dont plus de la moitié est constituée d'infirmiers coordonnateurs. Les professions de psychologues, diététiciens, ergothérapeutes et psychomotriciens sont peu nombreuses (moins de 0,1 %) car elles interviennent auprès d'un

nombre restreint de bénéficiaires⁴⁸⁰. Le taux d'encadrement moyen global des SSIAD est de 23 salariés ETP pour 100 places installées, dont les 4/5^{ème} des ETP sont occupés par des aides-soignants. Les aides-soignants effectuent 90 % des actes de soins d'hygiène de base (toilette...), de transfert, d'aide à l'alimentation... Les infirmiers réalisent les actes techniques paramédicaux (médicaments, soins, escarres...) et 16 % de leur temps est dédié à des fonctions administratives (coordonnateur)⁴⁸¹.

Tableau 33 - Répartition du personnel salarié des SSIAD et taux d'encadrement
au 31 décembre 2008

Professions	Effectif	Equivalent Temps Plein (ETP)	Répartition	Taux d'encadrement pour 100 personnes
Personnel administratif	6 320	4 060	16,7%	3,8%
Dont infirmier coordonnateur	2 683	2 204	9,1%	2,1%
Personnel soignant	27 413	20 243	83,3%	19,1%
Dont infirmiers	1 733	1 330	5,5%	1,3%
Dont aide-soignant	25 115	18 577	76,4%	17,5%
Total	33 733	24 303	100,0%	22,9%

Sources : Enquête SSIAD 2008, DREES

Dans la mesure où les besoins de prestations à domicile sont grandissants, les SSIAD s'appuient sur les infirmiers libéraux pour assurer l'ensemble des interventions nécessaires. En 2008, 20 000 infirmiers libéraux sont intervenus auprès de bénéficiaires des SSIAD, de manière régulière ou ponctuelle⁴⁸². Ces aides extérieures représentaient 15 % du total des visites aux patients ayant fait appel à un SSIAD en 2008. De plus, ces interventions permettent aux SSIAD de proposer une palette globale de soins pour permettre un maintien à domicile.

Au cours des prochaines années, les métiers de soins et d'aides aux personnes fragiles feront partie des professions qui recruteront le plus. En 2007, la Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES) et le Centre d'Analyse Stratégique (CAS) ont réalisé des projections du nombre d'emplois médico-sociaux et paramédicaux concernant la dépendance à l'horizon 2015. A l'époque, les besoins étaient déjà estimés à 850 000 emplois au total pour ce secteur d'ici 2015 (Tableau n°34), dont les métiers d'aide à domicile concentraient le plus de besoins (+5,8 % d'aides-soignants, + 3,2 % d'aides à domicile).

⁴⁸⁰ BERTRAND D. (2010) *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, DREES n° 739, 8p.

⁴⁸¹ BERTRAND D. (2010) *Ouvrage cité*

⁴⁸² BERTRAND D. (2010) *Ouvrage cité*

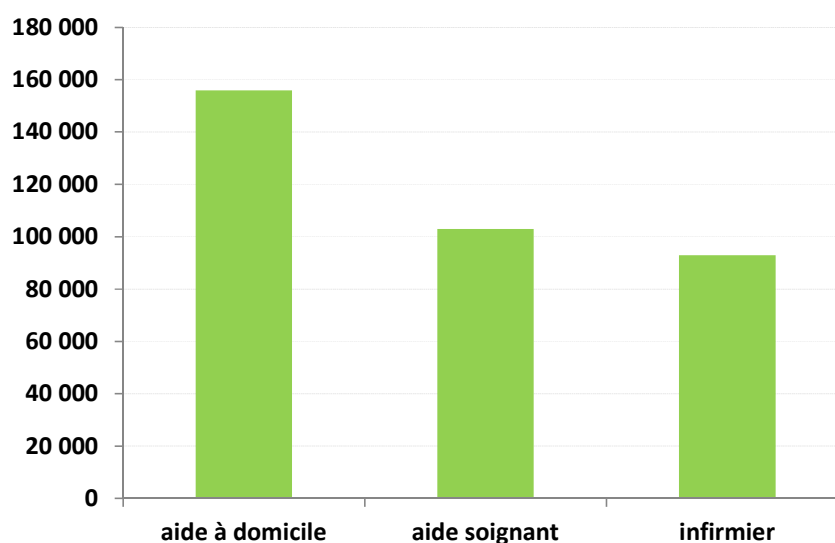
Tableau 34 - Principales professions au service des personnes âgées en 2015

Métiers	Effectifs 2015	Création nette d'emplois 2005-2015	Taux de croissance annuelle
Employés de maisons	57 200	6 700	1,3%
Aide à domicile, aide ménagère, auxiliaires de vie sociale	390 300	104 300	3,2%
Aide soignant à domicile	32 700	14 000	5,8%
Aide soignant en établissement	97 900	17 500	2,0%
Agent de service dans les établissements	124 000	14 900	1,3%
Aide médico-psychologique	55 400	20 100	4,6%
Infirmier à domicile	25 300	5 800	2,6%
Infirmier en établissement	30 400	4 700	1,7%
Personnel éducatif, d'animation	27 300	9 500	4,4%
TOTAL	840 500	197 500	26,9%

Les métiers en 2015, DARES 2005

Plus tard, les projections de la DARES et du CAS (2012) montrent qu'à l'exception des médecins, les professions d'aide-soignant, d'infirmiers et d'aide à domicile seront les plus dynamiques avec environ 350 000 emplois supplémentaires en dix ans (entre 2010 et 2020) (Figure n°58). En effet, le vieillissement de la population, les besoins croissants de soins et d'accompagnement, la diminution des aides familiales associés au développement de la médecine ambulatoire et du maintien à domicile nécessiteront des besoins très importants au cours des prochaines décennies.

Figure 58 - Créations nettes d'emplois d'aides et de soins entre 2010 et 2020



Sources : Projections CAS/DARES, Mars 2012

Aujourd'hui, en dépit des besoins croissants d'emplois à domicile et en établissement, ce secteur rencontre des difficultés pour se développer correctement. Dès lors, il nécessite des mesures concrètes et suivies pour tenter d'être plus attractif.

3.2 Une indispensable professionnalisation du secteur de l'aide et des services à la personne âgée

L'offre à domicile doit continuer de se diversifier et de se densifier pour répondre aux attentes du public âgé. Pour cela, elle doit bénéficier d'une profonde structuration intégrant professionnalisation, formation et revalorisation des salaires.

3.2.1 Encadrement de l'emploi du secteur des services et des soins à la personne

Malgré un objectif national de favoriser le maintien à domicile, plusieurs problèmes persistent. Le nombre d'intervenants reste encore insuffisant et le système mérite d'être structuré et mieux coordonné. Pourtant, la demande est importante mais l'offre reste insuffisante pour faire face aux attentes des personnes fragiles. La précarité et l'instabilité des contrats influencent nettement ce manque d'attrait. A titre d'exemple, les emplois à domicile en mode direct ne transitent pas par « Pôle-emploi », ce qui accentue les difficultés de recrutement. De plus, lorsque les professionnels trouvent un emploi, ils oscillent généralement entre le statut de demandeur d'emploi et des périodes d'activité. Ils ne bénéficient pas d'un temps de travail complet et régulier. Dès lors, ces personnes se retrouvent en dehors du système car ils ne rassemblent pas les critères nécessaires des différents financeurs. Parallèlement, la ruralité représente également un frein au développement de ces métiers. Certes, la demande est moins dense en milieu rural qu'en milieu urbain mais elle existe bien et elle est amenée à devenir de plus en plus conséquente. D'autant que la présence de personnes âgées sur un territoire représente un certain atout économique. DAVEZIES L.⁴⁸³ montre bien que les personnes âgées représentent un potentiel d'emplois et par conséquent, qu'elles participent au développement économique d'un territoire. En effet, les APA nécessitent la présence de personnel et engendrent des emplois. De plus, les déplacements des individus doivent être minimisés. C'est pourquoi les services doivent être localisés à proximité du lieu de résidence des personnes âgées, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural. La viabilité des structures de services en milieu rural demande toutefois des ajustements. L'offre doit se diversifier et les services doivent

⁴⁸³ DAVEZIES L. (2008) *La République et ses territoires, la circulation invisible des richesses*, La république des idées, Ed. Seuil, 110p.

être polyvalents. Si elle est accompagnée, cette dynamique participe à la création d'une économie résidentielle et représente un avantage dont il faut tirer parti pour un territoire⁴⁸⁴.

En réponse à ces difficultés, les pouvoirs publics mènent des réflexions pour améliorer l'organisation et la coordination du secteur de l'emploi dans le domaine des services à la personne. Il n'existe pas encore de réel bilan sur les résultats mais plusieurs initiatives voient le jour depuis plusieurs années et sont réalisées à différentes échelles. Au niveau départemental, les conseils généraux financent la principale prestation à destination des personnes âgées : l'APA. Cette dernière permet aux personnes âgées dépendantes de bénéficier d'aides à domicile et en établissement. A domicile, elle permet l'emploi de professionnels pour la réalisation des actes de la vie quotidienne et participe directement au développement des emplois de services et d'aides pour les plus fragiles.

Au niveau régional, le financement et l'accompagnement de la formation professionnelle relèvent depuis le 1^{er} janvier 2005 de cet échelon territorial. L'objectif étant de remédier aux problèmes de précarité des statuts professionnels (périodes de chômage et d'activité), la région réfléchit à la mise en place de plans de professionnalisation et de qualification tant pour les demandeurs d'emploi que pour les salariés du secteur. Parallèlement, les observatoires régionaux fournissent désormais des données sur les métiers existants et sur leur évolution à moyen terme. Pour cela, ils collectent le nombre de personnes diplômées tous les ans, les effectifs de professionnels du domaine de l'aide à domicile, la proportion de personnes en situation de recherche d'emploi... Ces observatoires collectent également les données relatives aux places en établissements d'hébergement pour personnes âgées, au recrutement lié aux créations de places et au nombre de départs en retraite prévu dans les années à venir. L'UNA accompagne les actions régionales. En partenariat avec l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), elle a mis en place une Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences (GEPC) en 2007⁴⁸⁵. L'objectif est non seulement de connaître les besoins qualitatifs et quantitatifs des emplois d'aides et de services, mais également de suivre l'évolution des compétences des salariés.

Enfin, au niveau national, la « loi Borloo » (n°2005-841) du 26 juillet 2005 sur le développement des services à la personne montre la volonté publique de développer ce secteur.

⁴⁸⁴ DAVEZIES L. (2008) *Ouvrage cité*

⁴⁸⁵ VIGNAN E. *Métiers de la dépendance une cure de jouvence*, L'autonomie en action, extrait du journal l'Action sociale, Novembre 2008, visible sur le site Internet de la CNSA : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/RECTO_VERSO_CNSA_NOVEMBRE.pdf (dernière consultation le 31 juillet 2014)

Les principales mesures étaient non seulement de proposer un « chèque emploi service » pour faciliter la déclaration et la rémunération des prestataires de services, mais également d’instaurer un allègement des charges sociales pour les particuliers employeurs, ou encore de mettre en place une TVA réduite à 5,5% pour les prestations de services à la personne. Enfin, cette loi a participé à la création de l’Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP). Elle a porté ses fruits car, sur les 208 millions d’heures effectuées en mode prestataire chez des particuliers, 53 % des heures étaient dispensées auprès des personnes âgées ou dépendantes en 2007⁴⁸⁶. En 2014, dans le cadre du projet de loi sur l’autonomie, le gouvernement annonce une hausse prochaine des plus bas salaires des intervenants à domicile et une compensation financière pour les déplacements réalisés⁴⁸⁷. Actuellement, on ne connaît pas les détails de cette mesure mais elle devrait permettre d’attirer un certain nombre de personnes vers ces métiers.

3.2.2 Professionnalisation, formation, certificat de compétence du CNAM, validation des acquis d’expérience

Les conditions de travail des professionnels intervenant au domicile des plus fragiles doivent être améliorées à plusieurs niveaux. Non seulement, l’information doit être développée tant pour les particuliers que pour les professionnels mais il faut également décloisonner les différentes professions et créer des passerelles, ou encore adapter les formations aux nouveaux besoins. L’information peut être déployée par le biais de campagne publicitaires et de sensibilisation auprès des collégiens et des lycéens. Parallèlement, la promotion de ces métiers doit être développée auprès des jeunes qualifiés et des demandeurs d’emploi. A cet effet, l’outil « Parcours d’Accès aux Métiers de la Dépendance » (PARMED), issu d’une collaboration entre les conseils généraux et les services publics de l’emploi, accompagne et oriente les demandeurs d’emploi intéressés par ces métiers.

La formation et la reconnaissance des compétences professionnelles représentent deux éléments centraux pour déployer ces métiers. Cela passe par le décloisonnement des professions, le développement de passerelles et de tronc communs de formation entre les différents secteurs (petite enfance, personnes âgées, personnes handicapées). En ce sens, le gouvernement souhaite mettre en place des formations réunissant un tronc commun et des modules spécifiques. Dans

⁴⁸⁶ OULD-YOUNES S. (2010) *Les services à la personne : une croissance vive en 2007, atténuée en 2008*, DARES n° 20, 10p.

⁴⁸⁷ BOUTRAND M., PRADA D. (2014) *Projet de loi d’orientation et de programmation pour l’adaptation de la société au vieillissement*, Les avis du conseil économique, social et environnemental, 122p.

ce cas, les compétences transversales communes seraient enseignées à un public et les compétences professionnelles seraient ensuite délivrées en fonction de chaque spécificité professionnelle. Ce type de parcours a également l'avantage de donner la possibilité aux intervenants d'évoluer au cours de leur carrière. Ces dispositions constituent non seulement l'acquisition d'un métier à part entière mais également un ajustement progressif des compétences, indispensables à l'évolution de la demande⁴⁸⁸. Parallèlement, la reconnaissance des « Validations des Acquis de l'Expérience » (VAE) et la formation continue constituent deux alternatives à développer. La VAE consiste à reconnaître les compétences acquises lors d'une expérience professionnelle. Elle améliore la qualification et la promotion des parcours professionnels. Enfin, elle professionnalise le secteur et fidélise les salariés. Pour en bénéficier, toute personne qui justifie d'au moins trois ans d'ancienneté en rapport avec le diplôme souhaité du secteur peut engager une démarche de VAE. Dès lors, elle peut obtenir l'intégralité ou une partie du diplôme. D'autant que ce type de formation pourrait être adapté au secteur et profiter aux aidants familiaux. Ces derniers représentent une proportion importante d'intervenants. Dès lors, et si les aidants le souhaitent, ils pourraient accéder à des formations et à la reconnaissance de leur expérience personnelle (accompagnement d'un proche âgé). A terme, ils représenteraient une masse salariale significative. Dans le secteur des aides à domicile, les VAE sont possibles pour les diplômes de CAP et BEP sanitaire et social, le diplôme d'état d'aide-soignante et le diplôme d'état d'auxiliaire de vie. Depuis 2005, elles concernent également les métiers d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture (niveau V) et de préparateur en pharmacie hospitalière (niveau III). De plus, le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) professionnalise le métier d'aide à domicile et remplace le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aides à Domicile (CAFAD). Depuis sa mise en place, la VAE connaît un certain succès. Entre 2003 et 2006, dans le secteur des services à la personne, le nombre de dossiers déposés a été multiplié par 5,5 et le nombre de VAE obtenues multiplié par 3 (Tableau n°35).

L'acquisition d'un diplôme peut se réaliser de manière traditionnelle par l'intermédiaire d'une formation initiale, d'un contrat d'apprentissage ou grâce à une formation professionnelle. Pour les demandeurs d'emplois, l'accès à ce type de formation est réalisé dans le cadre d'un projet personnalisé d'accès à l'emploi, d'un congé de reclassement ou d'autres dispositifs d'aide pour un retour à l'emploi. Au 1^{er} janvier 2006, 356 établissements préparent à un diplôme de travail social sur l'ensemble du territoire. Ils peuvent être privés (majoritairement associatifs) ou

⁴⁸⁸ DEBONNEUIL M. (2008) *Services à la personne : bilan et perspectives*, Rapport de l'inspection générale des finances, 109p.

publics (lycées, GRETA, IUT, universités)⁴⁸⁹. En amont, ces établissements doivent se déclarer « établissement formateur » auprès du représentant d'Etat de la région (préfet de région). Lorsqu'elles délivrent des formations initiales, ces structures sont financées par la région. Pour les formations sanitaires, 1 140 instituts de formation paramédicale délivrent des formations sur l'ensemble du territoire⁴⁹⁰.

Tableau 35 - Nombre de demandes de VAE entre 2003 et 2006

	2003	2004	2005	2006
Nombre de livrets de recevabilité déposés*	4 968	8 137	34 636	27 201
Nombre de diplômes délivrés suite à un parcours* VAE	1 566	3 192	4 224	5 013

Sources : *Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, Présentation générale et orientations, Valérie Létard, 12 février 2008*

*Hors diplômes de travail social délivrés par l'éducation nationale et gérés par les rectorats : DEES, DEME, DEETS, DCESF

De son côté, le Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) dispose d'une formation débouchant sur un certificat, nommé « le certificat professionnel accompagnant professionnel de la personne âgée »⁴⁹¹. Cette formation est accessible à tous et ne demande pas de prérequis particuliers. Elle a été mise en place pour faire face au réel besoin d'adaptation du secteur de l'emploi à domicile. Car aujourd'hui, beaucoup d'intervenants travaillent auprès des personnes à domicile sans être réellement formés et finissent par s'épuiser. Cette formation est volontairement interdisciplinaire (communication, santé, psychologie, droits...) pour coller au plus près de la réalité et ainsi valoriser ces métiers. Elle propose un diplôme qui correspond au métier exercé et permet, non seulement aux personnes déjà en poste mais également aux nouveaux recrutés, de s'orienter vers ces métiers par conviction et non par dépit.

La CNSA encadre différents projets afférant à la professionnalisation du secteur des services aux personnes âgées. Le « plan des métiers 2008-2009 » finance des formations d'accompagnement afin de soutenir la reconnaissance des compétences professionnelles. La CNSA encadre également la signature de conventions locales entre les organismes agréés de

⁴⁸⁹ LETARD V. (2008) *Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes*, Rapport au ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, 19p.

⁴⁹⁰ LETARD V. (2008) *Ouvrage cité*

⁴⁹¹ Informations disponibles sur le site Internet du CNAM : <http://portail-formation.cnam.fr/ecole-ms/droit-intervention-sociale-sante-travail/metiers-du-social/certificat-professionnel-accompagnant-professionnel-de-la-personne-agee-598576.kjsp> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

services à la personne et les conseils généraux ou encore la signature de conventions nationales avec les réseaux de services d'aide à domicile (croix rouge, union nationale de l'aide...).

En 2007, le montant global dédié à la formation dans le secteur de l'aide aux personnes âgées s'élevait à 1,18 milliards d'euros en 2007⁴⁹². L'Etat y contribuait à hauteur de 10 millions d'euros et les régions pour 670 millions d'euros. Les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA) y participaient pour 450 millions d'euros et la CNSA pour 50 millions d'euros.

3.3 Les enjeux de l'aide informelle

Selon le Larousse⁴⁹³, un aidant est « *une personne qui s'occupe d'une personne dépendante (âgée, malade ou handicapée)* ». Le profil des aidants est très large et ne se limite pas au seul cercle familial. Il peut être un conjoint, un enfant, un ami ou un voisin. Il pourrait s'apparenter au bénévolat sauf que l'aidant possède un lien familial ou affectif avec la personne dans le besoin.

3.3.1 Une ressource en baisse

Aujourd'hui, une personne âgée dépendante qui souhaite résider à son domicile bénéficie généralement d'une aide informelle, soit de la part de sa famille ou de ses proches. Si en 2008, 32 % des personnes âgées bénéficiaient d'une aide mixte (professionnels et famille), 20 % recevaient uniquement une aide professionnelle et 48 % une aide exclusivement de leur entourage proche⁴⁹⁴. Dans 45 % des cas, il s'agissait du conjoint et dans 31 % des cas, d'un enfant. Plus les personnes âgées avancent en âge, plus l'aide investie par un conjoint diminue. Dans ce cas, les enfants remplacent progressivement l'aide du second parent, qui devient lui-même âgé. A cette dynamique s'ajoute une aide professionnelle de plus en plus importante qui dépend de l'aide familiale en général. En 2008, 4,3 millions de personnes apportent une aide régulière à une personne âgée de plus de 60 ans présentant un problème de santé et résidant à son domicile⁴⁹⁵. Ces aidants sont en moyenne âgés de 59 ans et sont majoritairement des femmes (53 %). Les aidants sont principalement en retraite (46 %) mais certains sont encore en

⁴⁹² LETARD V. (2008) *Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes*, Rapport au ministère, 19p.

⁴⁹³ Définition disponible sur le site Internet du Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/aidant/10910266> (dernière consultation le 31 août 2014)

⁴⁹⁴ SOULLIER N., WEBER A. (2011) *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, DREES n° 771, 8p.

⁴⁹⁵ SOULLIER N. (2012) *Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie*, DREES n° 799, 8p.

emploi (39 %), les autres étant au chômage (6 %) ou dans une autre situation (foyer, étudiant...) dans 9 % des cas⁴⁹⁶. Les aidants apportent un soutien pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne, pour des aides financières ou tout simplement pour un soutien moral. Le soutien dépend non seulement de la pathologie de la personne et de son degré de dépendance, mais également de la situation de l'aidant lui-même (salarié, enfants à charge...). Dès lors, ces différentes configurations donnent lieu à des situations et à des adaptations différentes. Les aidants représentent également des acteurs importants au moment de l'entrée en institution. En effet, une étude menée en collaboration avec le Conseil Général du Val-de-Marne (2009) montre que l'institutionnalisation est réalisée sous l'influence de la famille dans 68 % des cas. Dans 14 %, il s'agit de la personne âgée elle-même, du médecin traitant (8,3 %), ou d'autres acteurs (infirmiers, aides à domicile...) dans un peu plus de 5 % des cas (Annexe n°8).

Malgré un besoin croissant, le nombre d'aidants est voué à diminuer. En effet, selon les travaux de l'INSEE, les aidants étaient 5,9 millions à apporter des soins à 3,2 millions de personnes de plus de 60 ans en 1998⁴⁹⁷. En 2008, nous avons vu plus haut qu'ils n'étaient plus que 4,3 millions et en 2040, les aidants ne seraient plus que 2 millions⁴⁹⁸. Cette diminution résulte de la féminisation du travail, de l'allongement de l'âge de la fécondité et de la diminution de la taille des foyers⁴⁹⁹. De plus, la modification de la configuration des foyers y joue un rôle non négligeable. Ces derniers sont plus individualistes qu'auparavant et les générations ne vivent plus sous le même toit. Dès lors, la prise en charge d'une personne âgée par sa famille n'apparaît plus aussi évidente qu'il y a quelques décennies⁵⁰⁰. Enfin, à ces facteurs, s'ajoute le comportement des personnes âgées qui souhaitent rester autonomes le plus longtemps possible. Toutefois, ces facteurs ne signifient pas une diminution du soutien familial mais une modification de l'accompagnement des aînés. La place des aidants reste indispensable mais aujourd'hui, elle nécessite un soutien pour pouvoir concilier vie personnelle, vie professionnelle et accompagnement d'un proche âgé. Selon l'enquête « Handicap santé ménages » (2008), la prise en charge globale réalisée par l'aide informelle pourrait représenter environ 7,4 milliards d'euros en 2008⁵⁰¹. Ce chiffre est à manier avec prudence car aucune base ne recense ce type de données à l'échelle nationale.

⁴⁹⁶ SOULLIER N., WEBER A. (2011) *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, DREES n° 771, 8p.

⁴⁹⁷ INSEE, *Enquête HID*, 1998 et actualisation en 2008

⁴⁹⁸ INSEE, *Enquête HID*, 1998 et actualisation en 2008

⁴⁹⁹ BLANC A. (2010) *Les aidants familiaux*, Ed. PUG, 255p.

⁵⁰⁰ BLANC A. (2010) *Ouvrage cité*

⁵⁰¹ INSEE, *Enquête HID*, 1998 et actualisation en 2008

3.3.2 Un soutien indispensable aux aidants

Pour préserver cette ressource indispensable, l'accompagnement des aidants passe par plusieurs points. Tout d'abord, l'information sur les recours et sur les prestations doit être simplifiée et disponible. La multiplicité des acteurs, des prestations et des financements génère une vision complexe du secteur de la prise en charge (secteurs sanitaire, médico-social et social). Pour cela, deux acteurs recensent toutes ces informations et sont capables d'orienter les personnes âgées et leur famille : le CLIC et le CCAS mais nous y reviendrons plus tard (Partie 3.4). Conjointement, les caisses de retraite et les associations informent de plus en plus la population sur ce type de besoins.

Le soutien aux aidants est d'autant plus important quand ces derniers exercent une activité professionnelle. En effet, 39 % sont en poste, dont la plupart à temps plein⁵⁰². Dans ce cas, ils doivent aménager leur temps de travail, chose peu évidente par rapport aux règles de congés ou d'organisation du temps de travail des entreprises. D'autant que ces derniers souhaitent garder leur activité professionnelle pour garantir leurs droits, pour avoir des relations avec leur entourage et pour éviter l'isolement. Dès lors, cette articulation devient complexe. S'il existe un dispositif spécifique pour accompagner une personne handicapée et qui permette d'allier vie professionnelle et fonction d'aidant, ce n'est pas encore le cas pour le soutien d'une personne âgée. Les aidants qui réussissent à modifier leurs horaires de travail ou à diminuer leur temps de travail pour s'occuper d'une personne âgée sont minoritaires. Il existe bien des congés spécifiques mais les demandes sont complexes et le système est trop rigide (respect du temps de travail dans les entreprises, temps partiel peu fréquent...). De son côté, l'APA permet à son bénéficiaire de rémunérer directement un salarié à hauteur de 85 % du taux horaire du SMIC. Dans ce cas, l'aidant interrompt son activité mais ce cas de figure reste rare car il a une connotation péjorative aussi bien pour l'aidant lui-même que pour le fonctionnement du système.

De leur côté, les associations représentent une source d'aide et de soutien importante. Elles représentent un cadre éthique, elles organisent les interventions et peuvent assurer des formations. Elles représentent également un soutien afin d'éviter que les aidants se retrouvent en situation d'isolement et de fragilité. A titre d'exemple, « Les petits frères des pauvres » bénéficient d'une expérience en termes d'accompagnement des personnes âgées. Malgré tout, les associations nécessitent tout de même d'être plus reconnues et prises en compte pour pouvoir aider un maximum d'aidants.

⁵⁰² SOULLIER N., WEBER A. (2011) *Ouvrage cité*

Enfin, lorsque le maintien à domicile devient trop difficile, les aidants peuvent avoir recours à l'accueil temporaire ou à l'accueil de jour pour une durée limitée (par séquences, à temps complet ou partiel). L'accueil de jour représente un accompagnement ou une réponse à une situation d'urgence. Il permet d'entretenir les acquis de la personne âgée et de préserver son intégration sociale. Pendant ces séjours, des ateliers sont mis en place dans le but de préserver ou de restaurer l'autonomie et d'essayer de poursuivre la vie à domicile. L'accueil temporaire, quant à lui, accueille majoritairement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et ont pour objectif de maintenir l'autonomie de la personne. Ces deux types d'accueil représentent un réel répit pour les aidants. Ils peuvent prendre le relai lorsque l'accompagnement à domicile est rompu, lors de période de congés des aidants ou tout simplement pour soulager les familles, les professionnels ou les bénévoles. Ils préviennent de l'épuisement physique et psychique de l'entourage de la personne.

Dans le cadre du projet de loi sur l'autonomie présenté en 2014, le gouvernement prévoit la mise en place de plusieurs points pour accompagner les aidants⁵⁰³. Un « droit de répit » est désormais inscrit dans l'acte II de l'APA. Il permettra aux aidants de bénéficier d'une aide financière pour accéder plus facilement aux structures de répit. Le gouvernement prévoit de débloquer environ 80 millions d'euros, dont le montant peut atteindre 500 euros par an pour une personne, soit l'équivalent d'une semaine d'hébergement temporaire pour un tarif journalier moyen de l'ordre de 65 euros. Ce projet de loi prévoit également de réaliser des actions de prévention pour éviter les situations d'épuisement ou à risque. A cet effet, la révision de l'APA envisage un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant. La personne âgée est alors prise en charge temporairement. Parallèlement, le gouvernement est attentif au congé de soutien familial. Il souhaite que la situation de l'aidant soit prise en considération au sein de son milieu professionnel et que l'employeur et l'employé conviennent d'aménagements pour permettre l'accompagnement d'un aîné. Dorénavant, le gouvernement souhaite progressivement intégrer l'aide informelle au sein du système de prise en charge globale. Cette ressource informelle renforce l'intervention des professionnels, que ce soit en établissement ou à domicile. Toutefois, elle nécessite d'être accompagnée et intégrée à une planification globale.

⁵⁰³ BOUTRAND M., PRADA D. (2014) *Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement*, Les avis du conseil économique, social et environnemental, 122p.

3.4 Maillage et coordination – l'importance des centres locaux d'information et de coordination et des réseaux gérontologiques

Le système de prise en charge de la dépendance est complexe. Comme nous l'avons vu au cours de notre développement, il mêle différents acteurs, services et financements. Pour être optimal, le parcours de la personne âgée doit être appréhendé dans son ensemble, tout en apportant une réponse individualisée aux personnes. Pour cela, il doit exister un continuum dans la prise en charge pour éviter les situations de ruptures. Parallèlement, cette offre doit être accessible et lisible par les particuliers. Aujourd'hui, ce rôle est confié aux Centres Locaux d'Informations et de Coordination (CLIC). Un CLIC est un lieu d'accueil de proximité qui fournit aux individus une information, un conseil et une orientation. Si au départ, ces structures ne sont pas particulièrement destinées aux personnes âgées, elles sont aujourd'hui principalement visitées par ce public. En effet, quand ce dernier rencontre des difficultés dans la vie courante, il s'oriente vers ces établissements. Un CLIC est un lieu d'information car il recense l'ensemble des services disponibles sur son territoire d'activité. Les CLIC interviennent à l'échelle des bassins de vie qui constituent un périmètre assez fin pour la mise en œuvre d'une politique publique afin de répondre correctement aux attentes des usagers. Idéalement, il intervient auprès d'une population située entre 7 000 et 10 000 personnes en milieu rural et jusqu'à 15 000 personnes en milieu urbain⁵⁰⁴. Un CLIC est un lieu d'écoute et de communication étant donné qu'il reçoit les personnes âgées et leurs familles pour remédier à une situation difficile. Il représente un lieu d'aide car il conseille les personnes âgées et leur entourage à trouver le soutien le plus approprié. Il doit répondre à toutes les personnes âgées et assurer ses missions tant au niveau individuel qu'au niveau collectif. Le CLIC fonctionne selon une logique tridimensionnelle : proximité, accès et réseaux entre les professionnels. Il fait le lien entre l'ensemble des structures, des professionnels et des prestations existantes à destination des personnes âgées. Il joue un rôle dans le décroisement des pratiques professionnelles. Il est un interlocuteur unique pour les démarches des personnes âgées (dossier unique). Il représente le relais entre les politiques publiques et leur application au niveau local. En effet, l'objectif de ces centres est d'aboutir à un réseau national, identifié et organisé selon un maillage cohérent.

Ces structures sont classées en trois labels qui orientent leurs missions. Ce label est attribué par un comité de pilotage composé du préfet, du Président du conseil général, d'un représentant de

⁵⁰⁴ Circulaire DGAS/AVIE/2 n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) - modalités de la campagne de labellisation pour 2001

la caisse maladie et des représentants des centres communaux d'action sociale. Lors de cette labellisation, une convention de partenariat est signée pour déterminer les objectifs qualitatifs et quantitatifs du CLIC. Le premier niveau de label correspond aux missions d'accueil, d'information, d'écoute et de soutien aux familles. Il nécessite un lieu de permanence et un standard téléphonique. Il peut également proposer des actions de formation. Il assure la gestion d'une base de données qui recense les professionnels, les institutions et les aides disponibles pour aider les personnes âgées. Enfin, il doit proposer les documents et les dossiers nécessaires pour faire les demandes. Le deuxième niveau réalise non seulement l'ensemble des missions du premier niveau mais il gère également des missions d'évaluation des besoins ainsi que l'élaboration des plans d'aide personnalisé. Enfin, il propose les services et peut animer des groupes de paroles. Le troisième niveau réunit l'ensemble des missions précédentes et assure en complément la mise en place de plans d'aides et de suivi. Ainsi, il aide les personnes âgées à constituer leurs dossiers de demande de prise en charge. Le CLIC de ce troisième niveau a un rôle très important car il organise l'intervention des services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas à domicile, les aides techniques... Selon les derniers chiffres disponibles en 2014, 22,5 % des CLIC sont de niveau 1, 16,9 % relèvent du niveau 2 et 60,4 % appartiennent au niveau 3⁵⁰⁵. Cette répartition est en constante évolution car chaque structure souhaite évoluer et ne pas rester au premier stade.

Un CLIC est composé de trois professionnels minimum pour rassembler des compétences sanitaires, sociales, de communication et d'animation. Tous disposent ainsi d'un professionnel chargé de l'accueil des personnes et d'un coordonnateur qui rassemble et organise les actions des différents intervenants médico-sociaux. Ensuite, selon la taille du CLIC, des professionnels sociaux, médico-sociaux et de santé peuvent être présents. Les CLIC sont intégrés au réseau d'acteurs du secteur de leur territoire. Ils travaillent donc en collaboration avec les mairies, les hôpitaux et les associations. En 2014, un peu plus de la moitié des CLIC est gérée par une association (53 %), 18 % par une commune, un CCAS ou un CIAS, 9 % par des hôpitaux, 9,5 % par les conseils généraux et 10 % par des structures autres (groupement de communes, maison de retraite publique...) ⁵⁰⁶.

⁵⁰⁵ Informations disponibles sur le site Internet : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr>, onglet statistiques/fichier bilan CLIC par niveau de Label et Gestionnaire (dernière consultation le 31 juillet 2014)

⁵⁰⁶ Informations disponibles sur le site Internet : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr>, onglet statistiques/fichier bilan CLIC par niveau de Label et Gestionnaire (dernière consultation le 31 juillet 2014)

Initialement, ce dispositif des CLIC représentait un co-pilotage entre les services de l'Etat et les collectivités départementales. Jusqu'en 2004, les CLIC étaient gérés par l'Etat (41,6 %), le département (22,6 %), les communes (14 %) et les organismes sociaux (11 %)⁵⁰⁷. Depuis le 1^{er} janvier 2005, le département devient le seul responsable de ce dispositif d'action sociale et médico-sociale (pilotage, financement...) par l'intermédiaire du schéma gérontologique. Cette gestion est désormais financée par une Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance (TSCA) et par des participations de fonds national des solidarités actives (gérées par la caisse des dépôts et consignations). Aujourd'hui, les CLIC sont intégrés au sein des réseaux gérontologiques pour garantir une coordination de prise en charge. La coordination gérontologique existe en France depuis 1982 avec la création des postes de coordonnateurs, puis par la reconnaissance des filières et des réseaux gérontologiques avec l'ordonnance du 24 avril 1996. Depuis les années 1990, de nombreuses initiatives ont été lancées en ce sens. Les réseaux gérontologiques ont été officialisés par l'arrêté du 30 Mars 2000, portant « agrément de réseaux gérontologiques expérimentaux ». C'est à partir de ce moment que les filières gériatriques ont vu le jour au sein des branches sanitaires et médico-sociales. Par ailleurs, en continuité avec la mise en place des réseaux, les plans « Solidarité grand âge » et « Alzheimer » ont permis une continuité des financements. Les Groupements de Coopérative Sanitaire (GCS), instaurés initialement pour rapprocher l'hospitalisation du secteur public et du secteur privé, sont désormais ouverts à l'ensemble des établissements de santé, aux médecins libéraux et au secteur médico-social (ordonnance du 4 septembre 2003). Ainsi, des projets communs peuvent être développés et permettre un partage des équipements. De plus, à compter du 11 février 2005, des Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale (GCSMS) se sont mis en place pour coordonner les interventions sociales et médico-sociales. Dorénavant, les structures afférant à la prise en charge de la dépendance peuvent mettre en commun leurs moyens humains et/ou techniques afin de favoriser l'interdisciplinarité autour de la personne âgée et participer à la mise en place d'un réseau d'acteurs. Parallèlement, pour conforter ces initiatives de coordination et de collaboration, les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), créées par l'article 22 de la loi HPST de 2009, représentent un statut permettant aux établissements de santé de conclure des partenariats et ainsi mettre en place une stratégie commune (gestion d'activité, transferts de compétences...), notamment grâce à la télémedecine. Enfin, la loi du 21 juillet 2009 (n°2009-879) et la création des ARS a vocation à rapprocher le secteur sanitaire du secteur médico-

⁵⁰⁷ DELMOTTE H. (2006) *Dix questions sur les centres locaux d'information et de coordination*, informations disponibles sur le site Internet : <http://www.gazette-sante-social.fr/6262/10-question-sur-les-centres-locaux-dinformation-et-de-coordination> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

social. L'article n°118 précise que les CLIC doivent orienter, réguler et organiser, en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé afin de répondre au mieux aux besoins sanitaires et médico-sociaux et garantir l'efficacité du système.

Le lancement du programme « MObilisation NAtionaLe contre l'ISolement des Agés » (MONALISA) le 27 janvier 2014 répond aux attentes d'une prise en charge globale et d'une coordination gériatrique⁵⁰⁸. Ce programme fait partie du premier volet de la future loi pour l'adaptation de la société au vieillissement. Il a pour objectif de rassembler les associations volontaires pour organiser et harmoniser les actions de lutte contre l'isolement des personnes âgées. Les associations s'engagent ainsi à rendre visite aux personnes isolées dans le but de prévenir leur perte d'autonomie et l'arrivée potentielle d'états dépressifs. Ce programme doit permettre une harmonisation des pratiques au niveau national au travers d'échanges de bonnes pratiques, d'encouragements d'actions bénévoles, de la mise en place d'un maillage territorial et d'une coordination des services.

Conclusion chapitre 3

Les besoins d'emplois afférant à la prise en charge de la dépendance sont indéniables. Ce secteur n'étant pas attractif pour des raisons d'instabilité contractuelle, de revenus trop faibles et de temps de travail partiel, il semblerait que les décideurs politiques aient pris conscience du besoin de structuration de ce secteur. Pour cela, l'information est déployée au niveau national, des outils (PARMED) sont créés pour avoir une lisibilité des besoins d'emplois et les formations ainsi que les VAE se structurent et prennent de l'ampleur... La loi sur l'autonomie de 2014 prévoit également la revalorisation des salaires les plus bas du secteur. Pour l'instant, ces mesures représentent un premier pas mais elles restent timides. Il est indispensable qu'elles soient suivies dans le temps et qu'elles soient accompagnées par des actions complémentaires pour modifier profondément l'image de ce milieu professionnel. Parallèlement, le vieillissement démographique et le risque dépendance nous interroge sur le rôle des familles et des proches. Dans la mesure où cette aide devient défaillante face à la fragilité de plus en plus complexe des plus âgées et où la montée du chômage, l'allongement du temps de scolarité...

⁵⁰⁸ SERRES J-F. (2013) *Rapport MONALISA Préconisation pour une mobilisation nationale contre l'isolement social des personnes âgées*, 144p.

complexifient ce rôle, la solidarité familiale représente aujourd'hui un sujet d'étude intéressant et même indispensable⁵⁰⁹.

⁵⁰⁹ PETITE S. (2010) Les formes de régulation de l'entraide interpersonnelle p.181-198, sous la direction de CARBONNELLE S., *Penser les vieillesse, regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Ed. Seli Arslan, 254 p.

CHAPITRE 4 – La région Poitou-Charentes : modélisation et résultats

Face au vieillissement de la population, connaître et anticiper les besoins de prise en charge constituent des objectifs majeurs en matière de santé publique. Les chapitres précédents ont permis d'identifier l'offre d'hébergement et de services à domicile en France. Si cet état des lieux est important, d'autres questions plus pointues restent en suspens.

Aujourd'hui, les français disposent-ils d'une proximité d'hébergement raisonnable ? L'analyse des besoins existants et futurs révèle-t-elle une adéquation avec la demande à venir ? Comment peut-on mesurer la proportion de personnes âgées hébergées sur un territoire ? Quel est le recrutement des structures d'accueil et quelle est leur aire d'attraction ? Enfin, en concordance avec les projections démographiques, peut-on estimer la tendance à venir des besoins en hébergement complet pour les 15 ou 20 ans à venir ?

Pour tenter de répondre à ces questions, ce chapitre présentera dans un premier temps le terrain d'étude de ce travail de recherche. Pour cela, un zoom de la situation démographique et de l'offre en matière de prise en charge de la dépendance sera réalisé au sein de la région Poitou-Charentes.

Dans un second temps, ce chapitre exposera les résultats de l'enquête de terrain sur la consommation des personnes âgées hébergées et sur les projections de besoins attendus pour les vingt prochaines années.

Ce chapitre tentera de montrer que l'étude menée en région Poitou-Charentes est relativement inédite. En effet, elle prend en compte les flux de personnes pour déterminer l'état actuel et les besoins futurs de l'offre d'hébergement. Ainsi, l'origine géographique des résidents est identifiée et vient compléter les taux d'équipement standards pour ensuite estimer plus précisément les projections au cours des prochaines décennies.

4.1 Quelle offre de prise en charge de la dépendance pour une région à la situation démographique particulière ?

La région Poitou-Charentes est un territoire particulier. Son climat doux et sa position littorale en font une région attractive pour beaucoup de personnes, tant en période estivale que pour y résider tout au long de l'année, notamment pour les retraités. Dès lors, elle sera confrontée à un

vieillissement prononcé au cours des prochaines décennies et aura des besoins particuliers de prise en charge de la dépendance.

Tout cela nous amène à nous poser plusieurs questions :

Quel est le portrait démographique de la région Poitou-Charentes et quelles en sont ses particularités ?

De quelle manière les personnes âgées font-elles face aux dépenses liées à la dépendance, que ce soit en termes de recours à l'APA ou à d'autres services ?

De quelle offre les poitou-charentais peuvent-ils bénéficier en matière d'hébergement et de services à domicile ?

Enfin, que représente le budget médico-social de cette région par rapport au budget national et quelles sont les priorités de la région Poitou-Charentes ?

4.1.1 Morphologie et contrastes de la région Poitou-Charentes

Si la France connaît un vieillissement démographique général, toutes les régions ne vont pas vieillir au même rythme. En effet, la situation géographique (espaces montagneux, espaces ruraux, espaces littoraux...) influence les migrations démographiques, notamment pour les retraités, comme c'est le cas pour la région Poitou-Charentes.

4.1.1.1 Démographie et projection de la population âgée régionale

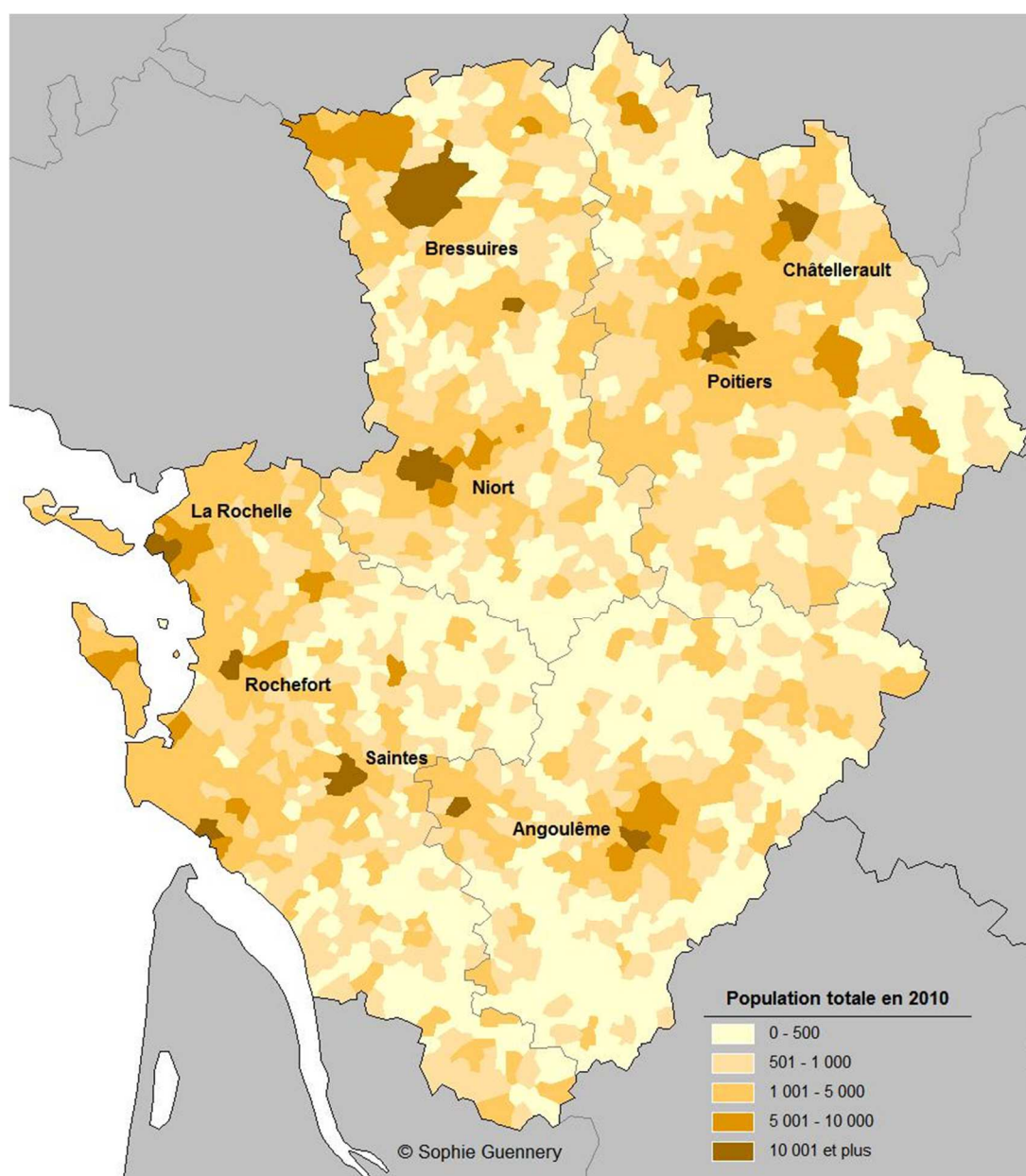
La région Poitou-Charentes est un territoire majoritairement rural et près des deux-tiers des communes recensent moins de 1 000 habitants⁵¹⁰ (Figure n°59). Elle est d'une superficie de 25 809 km² et au 1^{er} janvier 2009, sa densité est de 68 habitant au km², soit très inférieure à la moyenne nationale métropolitaine (114 habitants au km²). Selon les données de l'INSEE, au 1^{er} janvier 2010, la région Poitou-Charentes compte 1 774 000 habitants, ce qui lui confère la quinzième place des régions françaises métropolitaines. Depuis le recensement de 1999, la population de cette région croît à un rythme annuel de 0,72 %, soit une progression supérieure à celle de la France métropolitaine (0,65 %)⁵¹¹. Ainsi, depuis 1999, la région Poitou-Charentes a gagné 134 000 habitants, soit 12 000 individus en moyenne par an. Les capitales

⁵¹⁰ INSEE Recensement général de la population, Données INSEE 2010

⁵¹¹ INSEE Poitou-Charentes, données disponibles sur le site Internet de l'INSEE : <http://www.INSEE.fr/fr/regions/poitou-charentes/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

départementales recensent les concentrations démographiques les plus importantes de la région en 2010 (Figure n°59). Poitiers et la Rochelle arrivent en tête avec respectivement 87 700 et 75 100 habitants. Viennent ensuite Niort (57 300 habitants), Angoulême (41 600 habitants), Châtelleraut (32 500 habitants) et Saintes (26 000 habitants). Le littoral apparaît très peuplé par rapport au reste de la région. En effet, de La Rochelle à Sainte, en passant par Rochefort, l’Ile-de-Ré ou l’Ile d’Oléron, l’ensemble du littoral est composé d’une majorité de communes supérieures à 1 000 habitants. En revanche, le Centre et le Sud de la région est beaucoup moins peuplé, composé majoritairement de communes de moins de 500 habitants.

Figure 59 - Population totale en Poitou-Charentes en 2010



Sources : Données Insee 2010

Selon l'INSEE, la région Poitou-Charentes occupe le huitième rang des régions les plus attractives de France en 2010⁵¹². Cette croissance est principalement le résultat des nouveaux arrivants, en particulier des retraités. Parmi les quatre départements qui composent la région Poitou-Charentes, la Charente-Maritime est le territoire qui gagne le plus d'habitants (+1,05 % annuel, soit 48 000 habitants supplémentaires) en 2010, devant la Vienne, les Deux-Sèvres et la Charente. Parallèlement, cette région affiche un taux de natalité de 10,6 ‰ en 2010, taux inférieur de deux points au taux moyen de France métropolitaine (12,7 ‰). Son taux de mortalité est de 18,2 ‰, soit un taux supérieur de trois points au taux métropolitain. Selon le scénario central de l'INSEE, en 2040, la région enregistrerait un solde négatif de près de 5 000 décès de plus que les naissances⁵¹³. L'espérance de vie, quant à elle, devrait continuer de croître et la différence entre les hommes et les femmes devrait progressivement se réduire. En effet, à la naissance, l'espérance de vie masculine devrait passer de 77,5 ans en 2010 à 82,9 ans en 2040, soit 5,4 ans supplémentaires. Pour les femmes, elle devrait passer de 85 ans à 87,9 ans, soit 2,9 ans supplémentaires⁵¹⁴. Cet écart hommes-femmes devrait également diminuer en matière de dépendance. Pour la même période, la proportion d'hommes dépendants devrait augmenter de 43 % et celle des femmes dépendantes de 35 %. Toutefois, cette tendance n'exclut pas le fait que les femmes dépendantes resteront toujours plus nombreuses que les hommes dépendants. Ainsi en 2040, elles seraient 38 000 femmes âgées dépendantes supplémentaires contre 23 000 hommes âgés dépendants au sein de la région⁵¹⁵.

4.1.1.2 Une région vieillissante

La région Poitou-Charentes est la quatrième région la plus âgée de France. Entre 2010 et 2040, la population totale de la région Poitou-Charentes devrait augmenter de 16,1 % (2 062 000 habitants au total), soit une croissance supérieure à la moyenne nationale (+12,5 % entre 2010 et 2040)⁵¹⁶. Pour la même période, la population âgée devrait croître plus rapidement que la population générale. Les plus de 60 ans devraient ainsi progresser de 34 % et atteindre un peu plus de 383 000 personnes et les plus de 75 ans devraient augmenter de près de 85 % et atteindre

⁵¹²INSEE Poitou-Charentes, données disponibles sur le site Internet de l'INSEE : <http://www.INSEE.fr/fr/regions/poitou-charentes/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

⁵¹³ ARS Poitou-Charentes (2011) *Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes*, 326p.

⁵¹⁴ INSEE (2012) *Accompagner la dépendance en région Poitou-Charentes*, INSEE Poitou-Charentes, n°315, Février 2012, 12p.

⁵¹⁵ INSEE (2012) *Ouvrage cité*

⁵¹⁶ ARS Poitou-Charentes (2011) *Ouvrage cité*

368 500 personnes (Tableau n°36). Pour cette dernière tranche d'âge, c'est le territoire de Charente-Maritime Nord qui verrait sa population croître le plus rapidement (+105,1 %).

Tableau 36 - Evolution de la population âgée par territoire de santé entre 2010 et 2040

Départements	60 à 74 ans				75 ans et plus				Population totale			
	Population		Evolution 2010-2040		Population		Evolution 2010-2040		Population		Evolution 2010-2040	
	2010	2040	Période	Moyenne annuelle	2010	2040	Période	Moyenne annuelle	2010	2040	Période	Moyenne annuelle
Charente	57 708	72 146	25	0.7	41 252	71 900	74.3	1.9	352 056	369 708	5.0	0.2
Charente-Maritime Nord	55 670	75 902	36.3	1.0	35 912	73 653	105.1	2.4	334 451	404 088	20.8	0.6
Charente-Maritime Sud et Est	54 937	77 170	40.5	1.1	37 945	73 656	94.1	2.2	287 960	348 235	20.9	0.6
Deux-Sèvres	56 150	75 813	35.0	1.0	40 890	71 142	74.0	1.9	369 843	424 657	14.8	0.5
Vienne	61 579	82 318	33.7	1.0	43 514	78 134	79.6	2.0	432 136	515 382	19.3	0.6
Poitou-Charentes	286 044	383 349	34.0	1.0	199 513	368 485	84.7	2.1	1 776 446	2 062 070	16.1	0.5
France métropolitaine	8 773 174	11 550 664	31.7	0.9	5 613 871	10 380 047	84.9	2.1	62 880 642	70 734 063	12.5	0.4

Sources : Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes, 2010 - Insee, projection de population, modèle Omphale décembre 2010

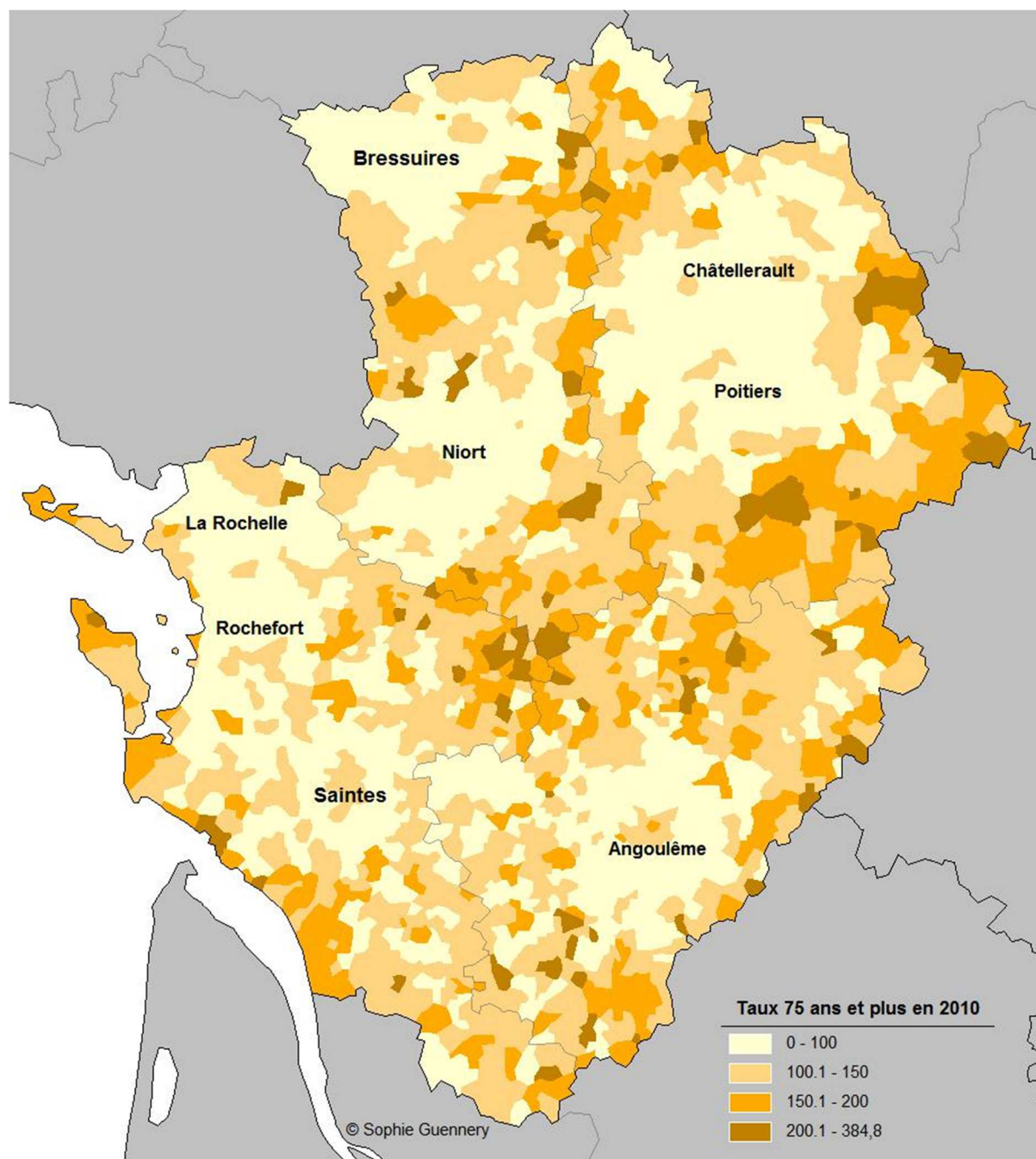
D'un point de vue spatial, la concentration des personnes âgées est importante au sein des communes rurales et dans les centres urbains des principales agglomérations de la région (Figure n°60). Cette dynamique atteste de la volonté de rester à son domicile (maison individuelle en milieu rural) lorsque l'on est encore autonome et de la volonté de se trouver à proximité des services et des soins (logement en centre-ville) lorsque l'on devient dépendant. Les taux se situent entre 100 et 150 personnes de plus de 75 ans pour 1 000 habitants en grande couronne des grandes agglomérations. Ils varient de 150 à 200, voire jusqu'à 384 pour certaines communes rurales (Oison et Lezay en Vienne, Saint-Pierre-de-Maille et Usson-du-Poitou dans les Deux-Sèvres, Champagne-Mouton et Berneuil en Charentes ou Nère et La Bree-les-Bains en Charente-Maritime) (Figure n°60).

Le vieillissement de la région est non seulement lié à l'avancée en âge des générations du « baby-boom » des années 1945-1975 et à l'augmentation de l'espérance de vie, mais également au fait que la région est attractive grâce à sa situation géographique et son littoral. Ainsi, parmi les quatre départements qui constituent la région Poitou-Charentes, la Charente-Maritime représente le département le plus attractif et sera le plus concerné par un vieillissement démographique dans les années à venir. Il sera le cinquième département le plus attractif de France pour l'ensemble de la population et le département le plus vieillissant d'ici 2030-2040⁵¹⁷. Plus précisément, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait progresser

⁵¹⁷ ARS Poitou-Charentes (2011) *Ouvrage cité*

d'environ 46 % pour ce département entre 2010 et 2030⁵¹⁸. Pour les autres départements, cette évolution devrait atteindre 34 % pour la Vienne, 32 % pour les Deux-Sèvres et la Charente.

Figure 60 - Taux des personnes âgées de plus de 75 ans pour 1 000 habitants
en région Poitou-Charentes en 2010



Sources : Données Insee 2010

⁵¹⁸ AUDIFFREN M. (2012) *Accompagner la dépendance en région Poitou-Charentes*, INSEE Poitou-Charentes, n°315, 12p.

Si le nombre de personnes âgées dépendantes progressera dans les décennies à venir, le taux de dépendance des personnes âgées de 60 à 70 ans devrait légèrement diminuer, passant de 9,1 % en 2010 à 8,8 % en 2030⁵¹⁹. Ici également, cette évolution est liée à l'effet du « baby-boom » car les premières générations du « baby-boom » atteindront l'âge de 70 ans en 2015. De plus, elles gagnent des années d'espérance de vie grâce aux politiques de prévention et à l'amélioration de la prise en charge de la dépendance. Ces personnes atteindront l'âge de 80 ans en 2025 et entreront progressivement dans les âges où la dépendance survient. Par ailleurs, les taux de dépendance des personnes âgées de plus de 80 ans devraient rester stables entre 2010 et 2030.

Le vieillissement de la région est en partie lié à son attractivité par les personnes actives et les retraités. De plus, sa population jeune ne cesse de décroître, en particulier pour la tranche d'âge des 20-29 ans. La région notait 5 400 départs entre 1990 et 1999 et 8 200 entre 1999 et 2004⁵²⁰. En 2006, alors qu'elle perdait 450 jeunes par an, dont la moitié était des étudiants, elle connaissait un solde positif de migrations pour les autres tranches d'âge (700 personnes de 25-39 ans ; 2 800 personnes de 40-59 ans et 1 800 personnes de 60-74 ans et 2 500 personnes retraitées)⁵²¹.

4.1.1.3 Attractivité et migrations au sein de la région

La région Poitou-Charentes bénéficie non seulement d'un certain attrait pour les personnes retraitées, mais elle est également attractive pour les étrangers. En effet, ces derniers sont de plus en plus nombreux à venir s'installer définitivement en Poitou-Charentes et à y passer leurs « vieux jours ». Dès lors, ces migrations sont importantes à prendre en considération dans notre problématique. Ces étrangers représentent un certain potentiel de personnes âgées et par conséquent, des besoins futurs de prise en charge liée à la dépendance.

Une façade maritime et un climat doux sont les principaux facteurs qui rendent la région Poitou-Charentes attractive. Elle fait partie des régions françaises les plus attractives en période estivale, notamment grâce à la Charente-Maritime qui draine la majorité des touristes de la

⁵¹⁹ AUDIFFREN M. (2012) *Accompagner la dépendance en région Poitou-Charentes*, INSEE Poitou-Charentes, n°315, 12p.

⁵²⁰ DIAZ L. (2005) *L'attractivité migratoire du Poitou-Charentes n'enraye pas le vieillissement de la population*, INSEE Décimal n° 258- Juillet 2005, 4p.

⁵²¹ GIRAUD A. (2009) *156 000 personnes arrivées en Poitou-Charentes en 5 ans*, INSEE Décimal Poitou-Charentes, n°293, Juillet 2009

région. En effet, en période estivale, la population de ce département est multipliée par huit, passant de 200 000 à près de 1,6 millions résidents l'été⁵²². On comprend bien qu'au passage à la retraite, un certain nombre d'individus, français comme étrangers, souhaitent s'installer définitivement en Poitou-Charentes. Les migrations étrangères définitives restent toutefois relatives. En 2006, la région attire 2,4 % de personnes étrangères contre 5,8 % pour la France en générale⁵²³. Ces migrations représentent 33 600 étrangers pour la région, dont un tiers sont des britanniques (13 000), devant les portugais (6 600), les marocains (2 900) et les Algériens (2 200) (Tableau n°37).

Tableau 37 - Population étrangère en région Poitou-Charentes en 2006

	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne	Poitou-Charentes
Britanniques	5 083	3 044	2 595	2 251	12 973
Portugais	1 531	1 796	2 210	1 055	6 592
Marocains	684	877	369	930	2 860
Algériens	604	468	238	884	2 194
Belges	224	509	193	249	1 175
Guinéens	110	151	10	871	1 142
Espagnols	312	354	111	315	1 092
Turcs	149	333	156	244	882
Néerlandais	347	213	121	162	843
Allemands	193	329	100	154	776
Chinois	29	164	16	417	626
Italiens	64	248	99	200	611
Tunisiens	187	168	43	97	495
Camerounais	91	92	61	220	464
Russes	56	164	47	172	439
Sénégalais	85	119	23	209	436
GRAND TOTAL	9 749	9 029	6 392	8 430	33 600

Source : Insee, Recensement 2006 exploitation principale

Par ailleurs, même s'ils s'installent largement dans d'autres régions (Île-de-France, Midi-Pyrénées, Aquitaine), les britanniques sont de plus en plus nombreux à venir s'installer en Poitou-Charentes, devant la Bretagne, la Provence-Alpes-Côte d'Azur ou encore la région Rhône-Alpes. A l'échelle départementale, la Charente arrive au 4^{ème} rang des départements les plus attractifs pour les britanniques, la Charente-Maritime et les Deux-Sèvres occupent la 12^{ème} et la 13^{ème} place et la Vienne le 21^{ème} rang⁵²⁴. Ces derniers sont principalement attirés par les

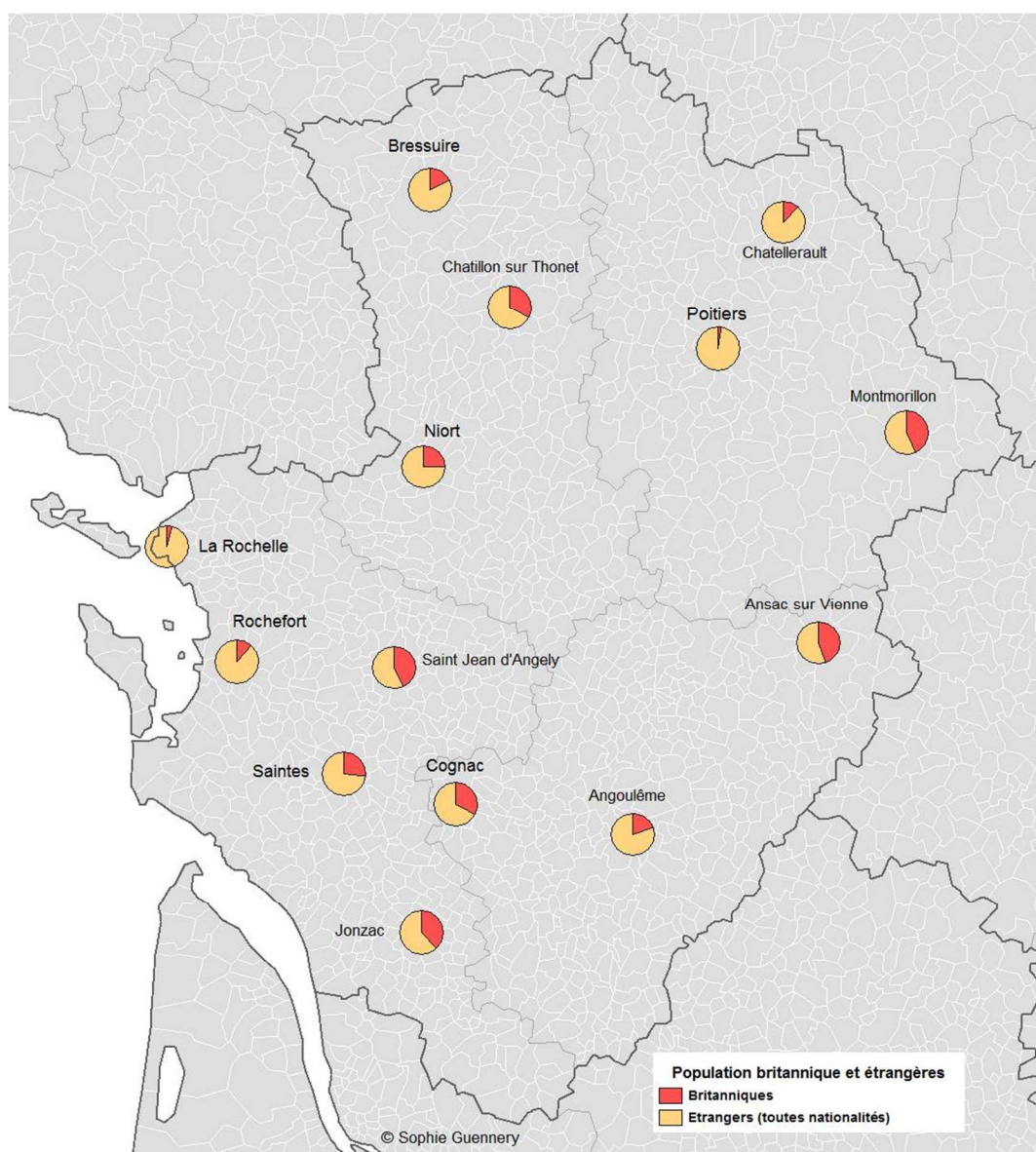
⁵²²Données disponibles sur le site Internet du Syndicat intercommunautaire du littoral : <http://www.sil-dechets.fr/index.php/le-sil> (dernière consultation le 30 juin 2014)

⁵²³ DUMONT Y. (2009) *Près de 13 000 retraités britanniques ont choisi de vivre en Poitou-Charentes*, INSEE Décimal n°3

⁵²⁴ DUMONT Y. (2009) *Ouvrage cité*

espaces ruraux, notamment dans les arrondissements de Saint Jean d'Angely et de Montmorillon (respectivement 74 % et 77 %) (Figure n°61). La moitié d'entre eux est arrivée alors qu'ils étaient âgés entre 55 et 74 ans, ce qui laisse présager une part non négligeable de futurs retraités britanniques au sein de la région. De plus, s'ils attestent d'une résidence régulière en France ou qu'ils sont titulaires d'un titre de séjour en cours de validité (un passeport en cours de validité pour les ressortissants de la communauté européenne et une carte de résidence ou un titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère), ces personnes pourront bénéficier de l'APA à domicile ou en établissement.

Figure 61 - Proportion de la population britannique par rapport à l'ensemble des étrangers par arrondissement en 2006



Sources : Insee, Recensement 2006

Du côté des picto-charentais, leur comportement est similaire à celui des personnes des autres régions françaises. Au moment du passage à la retraite, leur mobilité est motivée par la recherche de confort personnel et d'une meilleure qualité de vie. Lorsqu'ils changent de domicile, les picto-charentais privilégient la maison individuelle et le statut de propriétaire. Ces migrations se réalisent généralement des grandes villes vers les communes rurales ou les petites unités urbaines de moins de 20 000 habitants⁵²⁵. A partir de l'âge de 80-85 ans, l'avancée en âge, le décès du conjoint et l'augmentation de la perte d'autonomie influencent différemment les trajectoires résidentielles. Comme le montre la figure n°60, ces tranches d'âge se concentrent alors, pour des raisons pratiques (services, soins...), dans les centres-villes et dans des logements plus petits.

En 2007, les personnes âgées de cette région résident plutôt dans des logements individuels (86,8 %) que dans des logements collectifs (13,2 %)⁵²⁶. Les personnes de plus de 60 ans sont majoritairement propriétaires occupantes de leur domicile (83,4 %). 13,6 % d'entre elles sont locataires de leur habitation et 3 % ont un autre statut (occupant à titre gratuit, bail rural...)⁵²⁷. Avec l'avancée en âge, non seulement les personnes vivent de plus en plus seules au sein de leur logement (40,2 % à 60 ans et plus et 52 % à 75 ans et plus) mais elles résident également plus largement en milieu urbain (54,7 %). C'est par exemple le cas pour les agglomérations de La Rochelle et d'Angoulême (figure n°60). Si les estimations de la direction régionale de l'équipement de Poitou-Charentes se vérifient, la région pourrait compter environ 900 000 ménages en 2030, dont une grande partie sera composée d'une personne seule. Les modifications des modes de vie (départ des enfants du domicile familial, séparations des foyers) expliquent en partie cette croissance mais l'augmentation du nombre de personnes âgées représente également un facteur significatif. En effet, entre 1999 et 2009, 45 % des 30-59 ans résident au sein d'un foyer composé d'une seule personne et les personnes de plus de 75 ans sont 28 % à être dans ce cas. Selon les projections, 162 000 personnes supplémentaires devraient résider de manière isolée d'ici 2040, dont la majorité serait des personnes âgées⁵²⁸. Comme pour la plupart des régions françaises, le logement et l'isolement du public âgé sont des composantes importantes dont il faut tenir compte pour organiser la planification de la prise en charge de la dépendance (domicile et hébergement).

⁵²⁵ BOUCARD J. (2007) *Etude sur les besoins en logement des personnes âgées*, Direction régionale de l'équipement Poitou-Charentes, Les ateliers du développement, 16p.

⁵²⁶ BOUCARD J. (2007) *Ouvrage cité*

⁵²⁷ BOUCARD J. (2007) *Ouvrage cité*

⁵²⁸ ARS Poitou-Charentes (2011) *Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes*, 326p.

Toutes ces migrations (intra et extra régionales ou étrangères) attestent de la situation démographique particulière de la région, qui plus est, devrait s'accroître au cours des prochaines décennies. Dès lors, la consommation des plus âgés devrait probablement suivre la même tendance.

4.1.2 Consommation des personnes âgées dépendantes

Comme nous l'avons vu à l'échelle nationale, les personnes âgées dépendantes ont recours à des SSIAD ou à une institutionnalisation en fonction de leurs besoins. Nous allons donc réaliser un bref zoom pour identifier cette consommation à l'échelle de la région Poitou-Charentes. Mais avant cela, voyons combien de personnes bénéficient de l'APA et à quelle hauteur cette prestation aide les poitou-charentais à financer leur dépendance.

4.1.2.1 Les bénéficiaires de l'APA et le reste à charge

Au 31 décembre 2010, 39 455 personnes bénéficient de l'APA en Poitou-Charentes⁵²⁹. Depuis sa mise en place en 2002, le nombre de bénéficiaires a augmenté de manière constante sur l'ensemble de la région, même si cette progression est moins prononcée dans le département de la Charente⁵³⁰. Toutefois, cette dernière détient le taux de bénéficiaires d'APA (domicile et établissement) le plus élevé de la région. Il est de 94 pour 1 000 personnes âgées de plus de 60 ans, soit bien supérieur aux taux moyen national (81 ‰) et régional (83 ‰). A contrario, le département de la Charente-Maritime bénéficie du taux le plus bas de la région avec 75 ‰ (Tableau n°38).

Au 31 décembre 2010, 58 % des bénéficiaires de l'APA résident à domicile contre 42 % en établissement⁵³¹. C'est en Charente-Maritime que le nombre de bénéficiaires d'APA à domicile est le plus important (65 %), ce qui peut se justifier par un taux d'équipement relativement bas. De manière générale, les personnes qui vivent à domicile sont moins dépendantes que les personnes institutionnalisées. En effet, sur l'ensemble de la région, 20 % sont classées en GIR 1 et 2 à domicile contre 56 % en établissement (Tableau n°39). La Charente suit cette dynamique et détient la plus grande proportion de personnes dépendantes par rapport aux autres départements, tant à domicile (63 %) qu'en établissement (23 %).

⁵²⁹ ARS Poitou-Charentes (2011) *Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes*, 326p.

⁵³⁰ ARS Poitou-Charentes (2011) *Ouvrage cité*

⁵³¹ ARS Poitou-Charentes (2011) *Ouvrage cité*

Tableau 38 - Taux de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes de plus de 60 ans
à domicile et en établissement

Départements	Nombre de bénéficiaires de l'APA	Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus
Charente	9 114	94
Charente-Maritime	13 514	75
Deux-Sèvres	8 388	88
Vienne	8 439	83
Poitou-Charentes	39 455	83
France métropolitaine	1 141 094	81

Sources : Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes, 2010 - Drees, enquête annuelle auprès des conseils généraux au 31 décembre 2010 données provisoires, Insee rp 2009, exploitation ARS Poitou-Charentes, COSA

Tableau 39 - Répartition des bénéficiaires de l'APA par GIR en 2010 (%)

	GIR 1-2	GIR 3-4
Etablissement		
Charente	63	37
Charente-Maritime	57	43
Deux-Sèvres	51	49
Vienne	54	46
Poitou-Charentes	56	44
France métropolitaine (2010)	59	41
A domicile		
Charente	23	77
Charente-Maritime	22	78
Deux-Sèvres	18	82
Vienne	17	83
Poitou-Charentes	20	80
France métropolitaine (2010)	21	79
Ensemble		
Charente	42	58
Charente-Maritime	34	66
Deux-Sèvres	35	65
Vienne	34	66
Poitou-Charentes	36	64
France métropolitaine (2010)	35	65

Sources: DREES, Enquête auprès des conseils généraux, ARS Poitou-Charentes (2010)

L'enquête de terrain réalisée en collaboration avec l'agence régionale de santé, sur un échantillon de 18 505 entrées, montre qu'en 2010, 80 % des personnes hébergées bénéficient de l'APA contre 20 % qui n'en bénéficient pas, soit respectivement 14 861 et 3 644 entrées. Parmi les bénéficiaires, les établissements accueillent davantage de personnes dépendantes puisque 50,4 % sont en GIR 1 et 2 et 43,3 % sont en GIR 3 et 4 (Tableau n°40). Les structures

déclarent également que certaines personnes classées en GIR 5 et 6 bénéficient de l'APA (6,4 %), ce qui n'est pas réglementaire. L'ARS ne nous a pas fourni d'explication précise mais il semblerait qu'il y ait eu confusion entre l'APA et l'ASH. Car rappelons que les résidents âgés de moins de 60 ans ne sont pas éligibles à l'APA. Enfin, 19,6 % des résidents ne bénéficient pas de l'APA et nous ne connaissons pas les raisons de ce non recours. Ces comportements concernent-ils des personnes ayant les moyens financiers suffisants pour subvenir à leur hébergement ? Aujourd'hui, cette enquête ne nous permet pas le certifier.

Tableau 40 - Bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance
au sein des EHPA enquêtés en 2010

Degré de dépendance	Bénéficiaires APA	%
GIR 1	2 175	14,6
GIR 2	5 318	35,8
GIR 3	2 692	18,1
GIR 4	3 727	25,1
GIR 5	494	3,3
GIR 6	455	3,1
Total	14 861	100

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Selon le statut des établissements, on ne note pas de différence significative du nombre de personnes bénéficiant de l'APA (Tableau n°41). Sur l'ensemble de la région Poitou-Charentes, cette différence est de 3,3 % entre les structures privées à but lucratif et les établissements publics (78,3 % contre 81,6 %). Par conséquent, selon les résultats de notre enquête, le statut de l'établissement ne semble pas représenter un facteur discriminant dans l'attribution de l'APA. Les personnes disposent de cette prestation aussi bien en milieu privé que public.

Tableau 41 - Taux de bénéficiaires de l'APA selon le statut des établissements

Statuts des établissements	Bénéficiaires APA	%	Non bénéficiaires APA	%	TOTAL	%
Privé à but lucratif	3 578	78,3	993	21,7	4 571	100
Privé à but non lucratif	2 925	79,2	766	20,8	3 691	100
Public	8 358	81,6	1 885	18,4	10 243	100
TOTAL	14 861	80,3	3 644	19,7	18 505	100

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

L'APA finance une partie de la prise en charge de la dépendance. Néanmoins, les bénéficiaires ont un reste à charge souvent important, en particulier en établissement. D'autant que les revenus des picto-charentais figurent parmi les plus bas de France métropolitaine. En effet, en 2008, la moitié des ménages âgés de plus de 60 ans déclare un revenu annuel de 17 910 euros, soit 1 400 euros de moins qu'au niveau national⁵³². C'est en Charente-Maritime que les revenus par unité de consommation sont les plus élevés de la région (médiane de 19 000 euros) et en Charente et dans les Deux-Sèvres que les revenus sont les plus bas. Mis en parallèle avec les tarifs d'hébergement, les revenus révèlent des restes à charge non négligeables. Les tarifs d'hébergement étaient lors du PRIAC 2009-2012 de 1 427 euros pour l'ensemble de la région, tous types d'établissements confondus⁵³³. Les Deux-Sèvres affichaient le tarif moyen mensuel le plus bas (1 268 euros mensuels) alors que la Vienne montrait le tarif le plus élevé (1 622 euros). Ainsi, selon la moyenne régionale, pour un hébergement dont le coût moyen mensuel était de 1 427 euros, 65 euros restaient à la charge de la personne. Bien entendu, les coûts d'hébergement sont généralement plus élevés que 1 427 euros par mois et sont souvent plus importants que les ressources financières des résidents. Dès lors, les restes à charge sont plus conséquents que 65 euros. Ce constat oriente les objectifs du PRIAC de la région qui souhaite favoriser l'accessibilité de l'hébergement et contrôler l'augmentation des tarifs. A cela, s'ajoute le rôle de la CNSA qui, dans le cadre des plans annuels d'aide à l'investissement, doit apporter un soutien financier et veiller à ce que les tarifs d'hébergement soient en adéquation avec les ressources des picto-charentais. Toutefois, pour que les places prévues au sein du PRIAC restent accessibles, c'est au niveau des promoteurs que des actions doivent être menées. Il serait par exemple opportun d'instaurer des contrats et des partenariats pour faire en sorte que ces acteurs respectent un tarif d'hébergement plafonné.

4.1.2.2 La consommation régionale des personnes âgées : entre le domicile et l'institutionnalisation

Avec l'avancée en âge, la proportion de personnes âgées dépendantes résidant à domicile diminue. En 2007, 95 % des personnes de plus de 60 ans vivent à domicile contre 5 % en établissement en Poitou-Charentes⁵³⁴. A 80 ans et plus, ce sont 85 % d'entre elles qui résident à domicile et 15 % en institution. En établissement, la moyenne d'âge des résidents est de 85

⁵³² AUDIFFREN M. (2012) *Accompagner la dépendance en région Poitou-Charentes*, INSEE Poitou-Charentes, n°315, 12p.

⁵³³ CABAUSSEL B. (2013) *PRIAC 2009-2013 de la région Poitou-Charentes*, 39p.

⁵³⁴ AUDIFFREN M. (2012) *ouvrage cité*

ans et 30 % d'entre eux ont plus de 90 ans⁵³⁵. Les hommes se font institutionnalisés plus tôt que les femmes. En 2007, 50 % d'entre eux sont entrés avant 80 ans alors que la moitié des femmes étaient entrées avant 83 ans. De manière générale, en France, l'âge d'entrée en établissement recule très légèrement (trois mois entre 2003 et 2007) puisqu'il est passé de 83 ans et deux mois en 2003 à 83 ans et cinq mois en 2007⁵³⁶. Par ailleurs, les femmes restent plus âgées que les hommes (86 ans contre 81 ans). Selon les données récoltées lors de notre étude en région Poitou-Charentes, l'âge moyen est très légèrement supérieur aux données publiées par les rapports de l'ARS, puisqu'il est de 86,2 ans (erreurs de saisies exclues). Il semblerait également que notre étude révèle une population hébergée plus âgée car 37 % des entrées en établissement concernent des personnes âgées de plus de 90 ans (Tableau n°42).

Tableau 42 - Répartition des entrées des individus par tranche d'âge
au sein des établissements enquêtés

Tranches d'âge	Nombre	%
100 ans et plus	620	3,4
95-99 ans	2 197	11,9
90-94 ans	4 017	21,7
85-89 ans	5 283	28,5
80-84 ans	3 051	16,5
75-79 ans	1 541	8,3
70-74 ans	717	3,9
65-69 ans	451	2,4
60-64 ans	380	2,1
Moins de 60 ans	178	1,0
Erreurs de saisie	70	0,4
Total	18 505	100

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Le recul de l'entrée en établissement entraîne progressivement une augmentation de la dépendance des résidents. Toutefois, les établissements de la région Poitou-Charentes ne semblent pas confrontés à une dépendance particulièrement lourde car ils bénéficient d'un GIR Moyen Pondéré (GMP) plus faible que la moyenne nationale, à savoir entre 612 et 675 pour la région contre 686 pour la France⁵³⁷. Entre 2003 et 2009, l'accueil des résidents modérément

⁵³⁵ BOINA A., MERLIERE S. (2005) *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Poitou-Charentes*, Com'Stat n°5, 8p.

⁵³⁶ DREES, *Enquête EHPA* 2007

⁵³⁷ ANESM, Questionnaire d'auto évaluation des pratiques de bientraitance en EHPAD en 2010, ANESM, Octobre 2011

dépendants (GIR 3 et 4) a augmenté de 8 % sur l'ensemble de la région, passant de 68 % des hébergés en 2003 et 76 % en 2009⁵³⁸. Un tiers des résidents relevaient des GIR 3 et 4 et 43 % étaient classés en GIR 1 et 2. Les données de notre enquête confirment cette distribution puisqu'en 2010, 38 % des entrées en établissements sont en GIR 3 et 4 et 43 % en GIR 1 et 2 (Tableau n°43). Notre enquête confirme également qu'avec l'avancée en âge, la dépendance des femmes est plus accrue que celle des hommes. Elles sont 45 % en GIR 1 et 2 contre 39 % d'hommes, puis cette tendance s'inverse aux GIR moins élevés avec 40 % des hommes classés en GIR 3 et 4 contre 37 % des femmes.

Tableau 43 - Degré de dépendance
en fonction du sexe des personnes entrées en établissement en 2010

Degré de dépendance	Femmes	%	Hommes	%	Ensemble	%
GIR 1	1 798	13,6	509	9,6	2 307	12,5
GIR 2	4 140	31,4	1 581	29,7	5 721	30,9
GIR 3	1 939	14,7	989	18,6	2 928	15,8
GIR 4	2 955	22,4	1 145	21,5	4 100	22,2
GIR 5	1 087	8,2	521	9,8	1 608	8,7
GIR 6	1 259	9,6	572	10,7	1 831	9,9
Résidents de moins de 60 ans	1	0,0	1	0,0	2	0,0
Erreurs de saisie	2	0,0	6	0,1	8	0,0
Total	13 181	100	5 324	100	18 505	100

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

En 2009, le taux d'occupation pour l'ensemble des établissements de la région est proche des 97 %⁵³⁹. Les établissements publics et privés à but non lucratif bénéficient d'un taux d'occupation de 98 % et les établissements privés à but lucratif d'un taux d'occupation de 92 %. En 2007, les sorties d'établissement ont été plus importantes que les entrées. Environ 6 400 personnes qui bénéficiaient d'une place en hébergement permanent ont quitté définitivement la structure alors que 5 300 personnes entraient pour la première fois en institution⁵⁴⁰. En moyenne pour cette région, les personnes quittent un établissement à 87 ans, suite à un séjour de trois ans et quatre mois. Malgré tout, la moitié des séjours ne dépasse pas deux ans et un quart dépasse quatre ans⁵⁴¹. Suite à un hébergement permanent, les principales raisons de sortie sont les décès

⁵³⁸ AUDIFFREN M. (2012) *Accompagner la dépendance en région Poitou-Charentes*, INSEE Poitou-Charentes, n°315, 12p.

⁵³⁹ ARS Poitou-Charentes (2010) *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées*, Com' Stat n° 6, Juin 2010 ; 16p.

⁵⁴⁰ ARS Poitou-Charentes (2010) *ouvrage cité*

⁵⁴¹ ARS Poitou-Charentes (2010) *Ouvrage cité*

dans 75 % des cas (72 % des décès ont lieu dans l'établissement et 28 % à l'hôpital). 16 % des résidents quittent l'établissement pour changer de structure, 7 % rejoignent leur domicile et 2 % sont dirigés vers un établissement de santé⁵⁴².

L'enquête réalisée en Poitou-Charentes révèle quant à elle des résultats légèrement différents (Tableau n°44). Selon les déclarations des établissements, si le principal motif de sortie reste les décès dans 69 % des cas, le retour à domicile représente 13,4 % des sorties, le changement de structure représente un peu moins de 13 % et les hospitalisations un peu moins de 3 %.

Tableau 44 - Motifs de sorties des établissements en 2010

Motifs de sortie	Nombre de résidents	%
Décès	3115	69,1
Retour à domicile	605	13,4
Changement de structure	575	12,8
Hospitalisation	125	2,8
Autres	52	1,2
Non répondu	35	0,8
Total	4507	100

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Il ressort de ces différentes informations à la fois un léger recul de l'âge d'institutionnalisation et un état de dépendance modéré au moment de l'entrée en établissement. Est-ce que ce type de recours est le résultat d'un manque de services à domicile ou d'un manque de coordination ? Notre étude ne nous permet pas de l'affirmer. Toutefois, il pourrait concorder avec un recours non négligeable des plus âgés aux services des urgences de la région.

4.1.2.3 Le recours de la population âgée aux services des urgences

Le parcours de soins n'étant pas toujours optimal, les personnes âgées qui vivent à domicile se dirigent facilement vers les services des urgences lorsqu'elles rencontrent un problème de santé. Ce recours est important à prendre en considération car il reflète le comportement des personnes âgées face à une offre souvent insuffisante (notamment en milieu rural) ou en inadéquation avec leurs besoins. Il correspond également à un coût lié à l'organisation et à la fréquentation de ces services qui pourrait être diminué si l'offre était mieux adaptée et mieux coordonnée.

⁵⁴² ARS Poitou-Charentes (2010) *Ouvrage cité*

Le recours aux services des urgences n'a pas été étudié au cours de notre enquête mais l'ARS dispose de données pour ses quatre départements (Tableau n°45). En 2011, 74 000 personnes âgées de plus de 75 ans se sont rendues aux services des urgences picto-charentais, soit un peu plus de 15 % de l'ensemble des patients de la région. Ce taux se révèle particulièrement élevé au sein du territoire de santé de Charente-Maritime Nord (18,2 %) alors qu'il est plus bas que la moyenne régionale dans les Deux-Sèvres (13,4 %).

Tableau 45 - Nombre de passages aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans selon les territoires de santé en 2011

Territoires de santé	Ensemble des patients passés aux urgences	Dont patients âgés de 75 ans ou plus passés aux urgences	Part des patients âgés de 75 ans ou plus passés aux urgences
Charente	88 135	13 595	15.4%
Charente-Maritime Nord	70 774	12 859	18.2%
Charente-Maritime Sud et Est	91 842	16 014	17.4%
Deux-Sèvres	107 519	14 437	13.4%
Vienne	115 434	17 098	14.8%
Poitou-Charentes	473 704	74 003	15.6%

Source : Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes, 2010 - SAE 2011, ARS Poitou-Charentes

La part des personnes âgées se rendant aux urgences est relativement importante pour la région. Le médecin urgentiste au centre hospitalier de Royan-Vaux, précise lors d'une interview le 13 janvier 2013, que dans certaines situations : « *une simple consultation chez un généraliste suffirait à rassurer les patients âgés (...). Parfois, ces personnes nécessiteraient davantage une prise en charge sociale que médicale, d'une évaluation des conditions de vie (matérielles comme psychologiques...) à domicile* »⁵⁴³. Pour cela, il faut impérativement identifier les « réels » motifs de recours aux urgences d'une personne âgée. Par ailleurs, ce même médecin urgentiste indique que le centre hospitalier de Royan-Vaux et l'association « Ivhoir » ont fixé des engagements. Une infirmière, présente au guichet d'accueil des urgences, doit assurer l'identification des besoins réels des patients pour ensuite les orienter vers les bons services. Cette dernière travaille en collaboration avec une équipe mobile gériatrique pour affiner la décision des patients. Cette procédure représente un réel avantage à moyen terme pour l'établissement hospitalier. Car une entrée aux urgences se prolonge souvent par un séjour à l'hôpital. En effet en Poitou-Charentes, suite à un passage aux urgences, une personne âgée de plus de 75 ans sur deux est hospitalisée (Tableau n°46). Le territoire de Charente-Maritime Sud

⁵⁴³ CHEREL R. (2013) Un dispositif pour réduire les flux aux urgences, Article « Sud-Ouest », Jeudi 3 janvier 2013

et Est affiche le taux le plus important d'hospitalisation (67,2 %), la moyenne régionale se situant à 54,2 %. Le plan stratégique régional de santé précise que la présence d'urgences privées sur les territoires des Deux-Sèvres et de la Vienne peut influencer les faibles taux de recours aux urgences dans les établissements publics.

Un tel dispositif entre le centre hospitalier de Royan et l'association « Ivhoir » représente un premier pas vers une adéquation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les effets de cette organisation ne sont pas encore connus car cette démarche est récente. Toutefois, la mise en place d'un réseau ville-hôpital, constitué de professionnels de santé, paramédicaux et sociaux paraît indispensable pour optimiser la prise en charge des personnes âgées, réduire les recours et les séjours aux urgences et, à terme, réduire les coûts.

Tableau 46 - Part des personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées
après un passage aux urgences en 2011

Territoires de santé	Ensemble des personnes hospitalisées âgées de 75 ans et plus	Dont patients avec passage aux urgences	Part des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés suite à un passage aux urgences
Charente	13 346	8 239	61.7%
Charente-Maritime Nord	16 980	9 338	55.0%
Charente-Maritime Sud et Est	13 412	9 015	67.2%
Deux-Sèvres	20 070	10 148	50.6%
Vienne	27 741	12 841	46.3%
Poitou-Charentes	91 549	49 581	54.2%

Source : Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes, 2010 - SAE 2011, ARS Poitou-Charentes

Toutes ces informations sur le recours aux urgences, sur le nombre de bénéficiaires de l'APA et sur la consommation en établissement rendent compte de la consommation des personnes âgées en région Poitou-Charentes et n'indiquent pas de particularités par rapport aux moyennes nationales. Les personnes résident davantage à domicile qu'en établissement, les femmes sont âgées et plus dépendantes en établissement que les hommes... Toutefois, cette région est victime de son succès et connaît un vieillissement plus prononcé que celui de la France en général, d'où la probabilité d'une consommation croissante de services, de soins et d'hébergement dédiés aux personnes âgées. Dès lors, cette offre doit être appréhendée dès aujourd'hui pour y répondre le plus justement possible dans quelques années.

4.1.3 L'offre de prise en charge de la dépendance en faveur des personnes âgées dépendantes

La région Poitou-Charentes est la quatrième région la plus âgée de France. Elle doit tenir compte de ce vieillissement démographique pour organiser et adapter son offre sanitaire et médico-sociale. A cet effet, le projet régional met l'accent sur l'accompagnement de la perte d'autonomie et sur l'amélioration de la prise en charge de la dépendance. Il doit veiller à réduire les disparités intra-régionales d'équipement et mettre en place des actions adaptées qui passent par le développement de places d'hébergement ou de structures de répit, par l'extension et la diversification des services, par l'encadrement des emplois et la formation professionnelle ainsi que par le soutien aux aidants.

4.1.3.1 L'offre d'hébergement complet et temporaire

En 2010, la région Poitou-Charentes compte 455 établissements d'hébergement pour personnes âgées. Au total, le territoire picto-charentais dispose de 27 109 places installées, dont 84 % au sein d'EHPAD (Tableau n°47). Suite à la loi de la tarification de 2009, la région dispose de 335 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), soit un peu moins de 22 700 places. En 2010, le taux d'équipement en hébergement complet s'établit à 145 places pour 1 000 habitants âgés de plus de 75 ans⁵⁴⁴. Le statut des structures (EHPA et EHPAD) s'équilibre entre le public et le privé puisque 214 appartiennent au secteur public et 220 au secteur privé (à but lucratif ou non)⁵⁴⁵. En termes de capacité d'accueil, le nombre de places installées est légèrement plus important dans le secteur public (52 %)⁵⁴⁶. Toutefois, cette proportion est variable en fonction des territoires de santé de la région. Le territoire des Deux-Sèvres bénéficie d'un taux de 74 % de places publiques alors que cette proportion est de 53 % en Charente⁵⁴⁷. Les territoires de la Vienne, de la Charente-Maritime Nord et de la Charente-Maritime Sud et Est possèdent, quant à eux, une couverture majoritairement privée (respectivement 60 %, 61 % et 67 %). Par ailleurs, pour ces deux derniers territoires, le secteur privé à but lucratif représente à lui seul près de la moitié de l'offre (50 % et 54 %).

⁵⁴⁴ Cellule Observation Statistiques et Analyses (COSA) (2010) *Plan régional de santé, Etat des lieux*, ARS Poitou-Charentes, 84p.

⁵⁴⁵ Cellule Observation Statistiques et Analyses (COSA) (2010) *ouvrage cité*

⁵⁴⁶ ARS Poitou-Charentes (2011) *Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes*, 326p.

⁵⁴⁷ ARS Poitou-Charentes (2011) *Ouvrage cité*

**Tableau 47 - Capacités d'accueil des établissements d'hébergement
(EHPAD et non EHPAD) en 2010**

	Nombre de structures			Places autorisées			Places installées			Part des places EHPAD (%)
	EHPAD	Non EHPAD	TOTAL	EHPAD	Non EHPAD	TOTAL	EHPAD	Non EHPAD	TOTAL	
Etablissements publics	149	65	214	11 839	2 955	14 794	11 208	2 913	14 121	79
Etablissements privés à but non lucratifs	107	29	136	7 677	1 037	8 714	6 743	875	7 618	89
Etablissements privés à but lucratifs	64	20	84	4 479	357	4 836	3 992	321	4 313	93
Unités de soins de longue durée	15	6	21	753	304	1 057	753	304	1 057	71
Ensemble des établissements	335	120	455	21 748	4 653	29 401	22 696	4 413	27 109	84

Source : FINESS 2010, ARS Poitou-Charentes

Lors du traitement des données de notre enquête, la question d'une participation plus élevée du secteur public s'est posée. Est-ce qu'une enquête menée sous l'égide de l'ARS aurait pu influencer les acteurs de terrain du secteur public ?

Les données ne révèlent pas de différence majeure entre les réponses des établissements relevant du secteur public ou du secteur privé (Tableau n°48). Sur l'ensemble de la région, 46,2 % des structures qui ont participé à l'enquête relèvent du premier secteur. On note une large implication des établissements publics au sein des Deux-Sèvres (67,3 %) et à l'inverse, une importante participation des structures privées (à but lucratif ou non) dans la Vienne (64,1 %).

Tableau 48 - Statut juridique des établissements répondants (%)

Statut juridique des établissements	Région	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne
Privé à but lucratif	29,3	20,9	40,5	12,7	37,7
Privé à but non lucratif	24,4	30,2	23,0	20,0	26,4
Public	46,2	48,8	36,5	67,3	35,8
Total	100	100	100	100	100

Sources: Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Globalement, la région Poitou-Charentes figure parmi les régions de France métropolitaine les mieux équipées. En 2010, elle dispose de 110 lits installés d'EHPAD pour 1 000 habitants âgés de plus de 75 ans (Tableau n°49), la moyenne nationale se situant à 99,3 lits pour 1 000⁵⁴⁸. Le territoire des Deux-Sèvres est le mieux équipé (133 lits installés) et ceux de la Charente-Maritime Nord et Charente-Maritime Sud et Est les moins bien lotis, avec respectivement 105 et 89 lits installés pour 1 000 (Tableau n°49).

⁵⁴⁸ Données INSEE et DREES/ARS/DRJSCS, Statiss 2010 pour les places d'hébergement et INSEE, estimations de population au 1/1/2009

Tableau 49 - Taux d'équipement en lits installés et autorisés en EHPAD (‰)

Territoires de santé	Nombre de lits autorisés	Nombre de lits installés	Nombre de lits à installer	Projections population âgée de 75 ans et plus	Taux d'équipement en lits autorisés	Taux d'équipement en lits installés
Charente	4 961	4 544	417	41 882	118	108
Charente-Maritime Nord	4 500	3 853	647	36 592	123	105
Charente-Maritime Sud et Est	4 002	3 421	581	38 526	104	89
Deux-Sèvres	5 671	5 545	126	41 544	137	133
Vienne	5 452	5 041	411	44 150	123	114
Poitou-Charentes	24 586	22 404	2 182	202 694	121	110

Source : FINESS (ARS Poitou-Charentes) - INSEE, projections population janvier 2011, omphale décembre 2010 - Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes, 2010

Ces taux, aussi satisfaisants soient-ils, laissent tout de même apparaître de grandes disparités intra-régionales. C'est pourquoi dans le cadre de son plan stratégique régional, la région prévoit de créer un certain nombre de places pour réduire les manques de certains territoires. D'autant que dans le cadre du PRIAC, la CNSA avait anticipé les enveloppes budgétaires prévues à cet effet dès 2009 et 2010. Malgré tout, les prévisions d'équipement restent pessimistes car il faudrait créer un très grand nombre de places pour réduire significativement les écarts intra-régionaux. Au 31 décembre 2010, il restait 2 182 places à installer (Tableau n°49), chiffre en légère diminution puisqu'il restait 1 767 places au 31 décembre 2013⁵⁴⁹. Certaines places ne seront pas installées avant plusieurs années, notamment en Charente-Maritime et en Vienne. En effet, les projets en cours souhaitent réserver une partie des places d'EHPAD au public handicapé vieillissant, d'une part, pour libérer des places en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et, d'autre part, pour prendre en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, afin de fluidifier le parcours. La révision du PRIAC 2012-2016 consacre une enveloppe de 23 millions d'euros pour l'ensemble des places à créer au sein de la région. 17,4 millions d'euros sont réservés à cet effet, dont 52 % bénéficiera au territoire de la Charente-Maritime.

En matière d'hébergement temporaire, la région dispose de 529 lits temporaires et de 548 places d'accueil de jour en 2010 (Tableau n°50). Parmi ces places, un quart des lits temporaires et quatre-cinquième des places d'accueil de jour sont réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le territoire de Charente-Maritime Nord est le mieux équipé, aussi bien en lits temporaires qu'en places d'accueil de jour (Alzheimer ou non), avec respectivement 205 et 210 places. A contrario, même s'il dispose d'une proportion importante de places spécifiques « Alzheimer », le département des Deux-Sèvres est le moins bien équipé de la région en termes

⁵⁴⁹ ARS Poitou-Charentes ONDAM 2013, Campagne budgétaire 2013

de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour (99 lits temporaires et 128 places d'accueil de jour).

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour font partie des priorités du PRIAC 2012-2016. En 2012, 319 places autorisées et financées ne sont toujours pas installées alors qu'un budget de 4,1 millions d'euros est prévu pour la création de ce type de places. C'est le territoire de Charente-Maritime Nord qui devrait bénéficier, ici encore, du budget le plus important de la région, soit 17,8 %⁵⁵⁰.

Tableau 50 - Nombre de places autorisées dans les EHPAD
en hébergement temporaire et en accueil de jour

Territoires de santé	Lits temporaires			Places d'accueil de jour			GRAND TOTAL
	Non spécifique	Alzheimer	TOTAL	Non spécifique	Alzheimer	TOTAL	
Charente	92	16	108	38	84	122	230
Charente-Maritime Nord	137	68	205	45	165	210	415
Charente-Maritime Sud et Est							
Deux-Sèvres	73	26	99	9	119	128	227
Vienne	96	21	117	6	82	88	205
Poitou-Charentes	398	131	529	98	450	548	1 077

Source : Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes, 2010

4.1.3.2 Les SSIAD

Au 31 août 2011, la région Poitou-Charentes dispose de 36 SSIAD, dont 6 SPASAD. Ils recensent 4 112 places installées dont 96 % sont destinées aux personnes âgées (Tableau n°51). Depuis leur création dans les années 1980, les capacités d'accueil de ces services augmentent régulièrement, même si la période 2002-2011 marque la phase de croissance la plus importante avec +76 % contre +26 % entre 1990 et 2002⁵⁵¹. Comme pour la France en général, cette progression est le résultat des différents plans « plan Vieillesse et solidarités 2004-2007 », « plan Solidarité grand âge 2007-2012 » et « plan Alzheimer 2008-2012 » qui ont mis l'accent sur le maintien à domicile et ont favorisé la création de ce type de places (17 000 places pour le premier plan et 6 000 places pour le deuxième sur l'ensemble de la France).

Le taux régional de places en SSIAD est très légèrement inférieur à la moyenne nationale. Il est de 18,2 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans⁵⁵² contre 18,9 places pour 1 000

⁵⁵⁰ ARS Poitou-Charentes (2011) *Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes*, 326p.

⁵⁵¹ SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Les services de soins infirmiers à domicile en Poitou-Charentes*, ARS Poitou-Charentes, Com'Stat n°8, 8p.

⁵⁵² SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

en France métropolitaine⁵⁵³. En revanche, la région dispose d'un nombre de places moyen par service deux fois plus important que celui de la moyenne nationale, soit 114 places par service pour la première contre 50 places pour la seconde⁵⁵⁴. Parmi les quatre départements, la Charente apparaît la moins bien lotie avec 18 places pour 1 000 habitants et fait partie des départements les moins équipés de France (sixième rang parmi les moins pourvus) avec 788 places (personnes âgées, personnes handicapées, Alzheimer) (Tableau n°51). L'ensemble des bassins de vie de la région est équipé en SSIAD à l'exception de l'Ile-de-Ré. Néanmoins, ce bassin est doté d'une densité d'infirmiers libéraux un peu plus importante que la moyenne régionale, ce qui viendrait compenser ce manque⁵⁵⁵. Ce rapport entre infirmiers libéraux et places en SSIAD ne se vérifie pas systématiquement. Toutefois, il existe peut-être un lien de cause à effet car le département de Charente-Maritime qui affiche un taux d'équipement en SSIAD relativement faible, dispose d'une densité d'infirmiers libéraux plus importante. Et à l'inverse, le bassin de vie de Jonzac montre un taux d'équipement en SSIAD important mais une proportion d'infirmiers libéraux moins conséquente⁵⁵⁶.

Si la région bénéficie d'un taux d'équipement en SSIAD légèrement inférieur à la moyenne nationale, elle connaît des disparités d'équipement sur son territoire. En effet, 40 % de la capacité régionale installée se concentre dans les départements de la Charente et de la Vienne (788 et 890 places) sur seulement sept SSIAD (Tableau n°51). De plus, la moitié des SSIAD compte entre 30 et 60 places mais six d'entre eux présentent une capacité d'accueil entre 200 et 600 places⁵⁵⁷.

Tableau 51 - Nombre de places autorisées et installées en SSIAD au 31 août 2011

Départements	Nombre de structures	Nombre de places autorisées				Nombre de places installées			
		Personnes handicapées	Personnes âgées	Alzheimer	Total	Personnes handicapées	Personnes âgées	Alzheimer	Total
Charente	3	38	743	10	791	35	743	10	788
Charente-Maritime	11	51	1 514	20	1 585	51	1 514	20	1 585
Deux-Sèvres	18	26	838	10	874	26	823	0	849
Vienne	4	6	874	10	890	6	874	10	890
Poitou-Charentes	36	121	3 969	50	4 140	118	3 954	40	4 112

Source : FINESS 31 août 2011, exploitation ARS Poitou-Charentes (COSA)

⁵⁵³ INSEE (DREES, statiss 2010 et INSEE, estimation de population au 01/01/2009)

⁵⁵⁴ SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

⁵⁵⁵ SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

⁵⁵⁶ SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

⁵⁵⁷ SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

Sur la totalité de ces services, on note une répartition équivalente entre les organismes publics et privés⁵⁵⁸. 19 d'entre eux sont gérés par des organismes privés à but non lucratif et les 17 autres par des établissements publics (CCAS et établissements sanitaires et médico-sociaux). Sept SSIAD sur dix fonctionnent avec un service d'aide et d'accompagnement à domicile et/ou un établissement médico-social pour personnes âgées ou handicapées. De plus, la quasi-totalité d'entre eux est associée à un réseau afin de favoriser la coordination des professionnels des secteurs sanitaires et médico-social. Aujourd'hui, ces équipements sont de plus en plus convoités. Dans cet objectif, le PRIAC 2012-2016 a prévu une enveloppe de 1,4 millions d'euros pour la création de 138 places de SSIAD complémentaires sur l'ensemble de la région. Une grande part de ce budget reviendra à la Charente (84,8 %), qui même si elle est bien dotée aujourd'hui, doit répondre à une demande croissante par rapport aux autres départements.

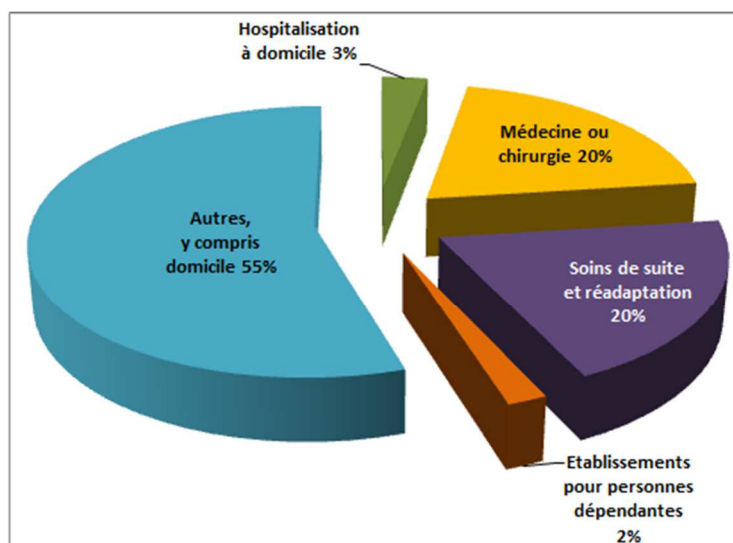
Du côté des bénéficiaires âgés, l'âge moyen des individus est de 83 ans et les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir recours à des SSIAD⁵⁵⁹. Elles représentent 59 % de la population âgée, soit 1 973 femmes contre 1 385 hommes. Les bénéficiaires sont généralement assez dépendants puisque 49 % sont classés en GIR 1 et 2 et c'est en Charente que ce taux est le plus élevé (58 %)⁵⁶⁰. La prise en charge par un SSIAD intervient dans 40 % des cas suite à une hospitalisation, que ce soit en médecine, en chirurgie ou en soins de suite et de réadaptation et dans 55 % des cas, cette prise en charge concerne une personne qui réside à domicile (ou autre) (Figure n°62).

⁵⁵⁸ SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

⁵⁵⁹ SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

⁵⁶⁰ SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

Figure 62 - Répartition des bénéficiaires âgés des SSIAD
en fonction de leur provenance en 2009



Sources : Enquête SSIAD 2009, Exploitation ARS Poitou-Charentes (COSA)

Enfin, du côté des professionnels, les SSIAD emploient 1 000 intervenants, soit 750 Equivalents Temps Plein (ETP) sur l'ensemble de la région en 2008⁵⁶¹. La durée d'intervention du personnel varie de 25 à 30 minutes selon la lourdeur de dépendance du bénéficiaire et ces services sont effectués tous les jours, y compris le samedi et le dimanche⁵⁶². Le personnel administratif représente 16 % des effectifs salariés, dont plus de la moitié sont des infirmiers coordonnateurs et l'autre moitié est composée de personnel de direction, de responsables, de comptables, de secrétaires et d'agents d'entretien. Le personnel soignant représente près de 84 % de l'ensemble des ETP parmi lesquels, les aides-soignants constituent les principaux professionnels (96 %) ⁵⁶³. Les infirmiers, quant à eux, ne représentent que 1 % du personnel soignant ETP et les aides médico-psychologiques, les psychologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciennes et les diététiciennes constituent 3 % du personnel soignant ETP. Comme pour la France en général, les SSIAD de la région ont souvent recours à des professionnels libéraux pour effectuer des actes techniques (SAAD, infirmiers libéraux...).

En continuité avec les objectifs nationaux, la région mène des réflexions pour développer le maintien à domicile et permettre aux personnes âgées de rester acteurs de leur vie et de respecter leurs choix. Il apparaît clairement que les SSIAD vont être amenés à se densifier et à diversifier

⁵⁶¹ SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

⁵⁶² SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

⁵⁶³ SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Ouvrage cité*

leurs prestations dans les années à venir. En ce sens, le schéma régional d'organisation médico-sociale se donne quatre objectifs. Dans un premier temps, il prévoit de réduire les disparités intra régionales en termes de SSIAD pour garantir un maillage territorial équitable d'offre de services. Dans un deuxième temps, il souhaite mettre en place des outils pour identifier les bénéficiaires et obtenir un suivi plus précis des listes d'attente. Enfin, le schéma doit garder à l'esprit que le parcours de soins des personnes âgées doit être amélioré. Pour cela, il doit progressivement instaurer une meilleure articulation entre les SSIAD et les centres hospitaliers de la région. D'autre part, les SSIAD doivent réduire leur frais de gestion pour assurer leur pérennité. Pour cela, le schéma gériatrique orientera progressivement les structures SSIAD et SSAD vers une mutualisation, tant par souci financier que pour diversifier l'offre et satisfaire les besoins des individus (coucher tardif, troisième passage journalier...).

4.1.3.3 Professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes

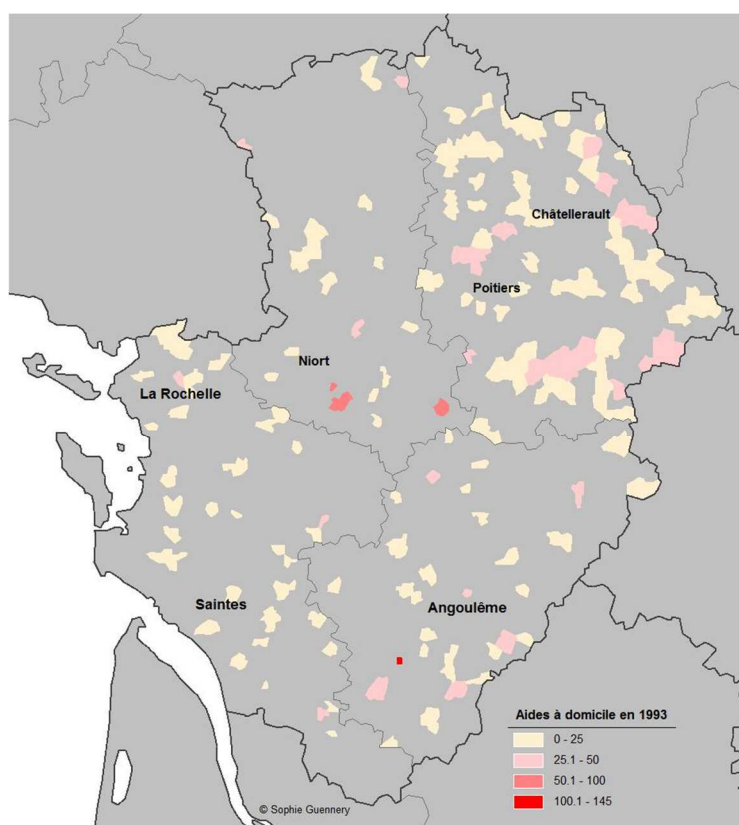
Le maintien à domicile implique non seulement une adaptation de l'habitat et un soutien aux aidants, mais il nécessite avant tout une organisation adéquate des aides à domicile. Le nombre d'aidants étant amené à diminuer (féminisation du travail, mobilité géographique...), le recours des personnes âgées dépendantes envers les aides à domicile sera d'autant plus important. Sachant qu'en Poitou-Charentes, 44 % des personnes âgées de plus de 60 ans possèdent un logement en milieu rural⁵⁶⁴, ce constat présage une accessibilité limitée des personnes fragiles aux services et aux aides. Il faut donc mener une réflexion de planification dès aujourd'hui pour être en mesure de répondre à la prise en charge de la dépendance dans les années à venir. Peu de données sont disponibles sur la répartition des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées dépendantes. Toutefois, comme pour l'état des lieux en France (Livre 2, Chapitre 3, Partie 3.1.2), nous disposons des données de l'UNEDIC pour avoir une première estimation de la répartition territoriale des emplois à domicile. Rappelons que ces résultats doivent être nuancés. Ils concernent aussi bien les emplois auprès des personnes âgées qu'auprès des personnes handicapées, ce qui fait que ces données doivent être traitées avec prudence.

Entre 1993 et 2010, on note une croissance générale des emplois à domicile sur l'ensemble de la région. En 1993, la Vienne est mieux équipée que les autres départements de la région, même

⁵⁶⁴ AUDIFFREN M. (2012) *Accompagner la dépendance en région Poitou-Charentes*, INSEE Poitou-Charentes, n°315, 12p.

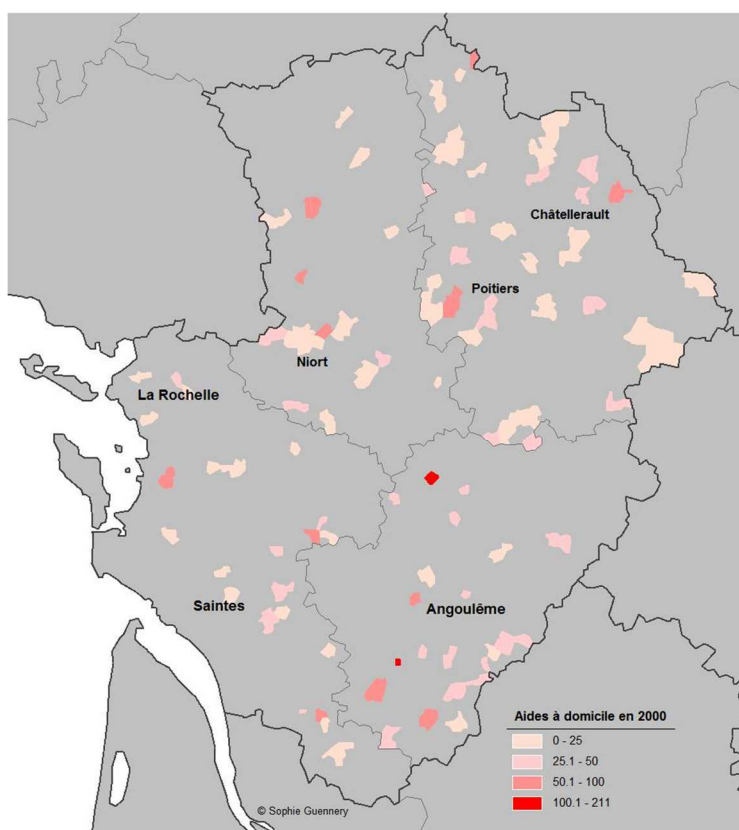
si le département des Deux-Sèvres possède quelques communes où le nombre d'emplois à domicile est important (Clussais-la-Pommeraiie ; Secondigne-sur-Belle ; Brulan et Péreuil) (Figure n°63). Entre 1993 et 2000, il semblerait que les professionnels se rassemblent car, si leur proportion croît légèrement (2 600 à 3 000 intervenants sur l'ensemble de la région), ils sont moins éparés. De plus, les communes qui disposent d'intervenants à domicile possèdent souvent plus de 50 emplois à domicile (Figure n°64). Cette évolution semble concorder avec les recommandations destinées à diminuer les coûts, soit de regrouper les structures pour réduire les frais et devenir plus rentable. L'année 2010 marque une réelle impulsion (Figure n°65). Non seulement la quantité d'emplois augmente mais leur répartition s'étend largement sur l'ensemble de la région (8 600 intervenants à domicile). Cette même année, c'est le département de la Vienne qui détient le plus grand nombre d'intervenants (2 847), devant la Charente (2 012), les Deux-Sèvres (1 870) et la Charente-Maritime (1 855) (Annexe n°9). En Vienne, ce sont les communes La Trimouille ; Millac ; Châterau Larcher et Ayron qui détiennent le plus d'intervenants (entre 100 et 306). Dans les Deux-Sèvres, ce sont les communes de Saint-Martin-de-Macon ; Soudan et Saint-Martin-Maixent. En Charente, Souvigné ; Angeduc ; Claix ; et Saint Vallier sont les mieux loties. Enfin, en Charente-Maritime, il s'agit de Rochefort ; Saint-Hippolyte et Sousmoulins. De manière générale et à l'exception de la commune de Rochefort, on ne note pas de concentration particulière au sein des grandes agglomérations. On peut voir le Sud et le Nord-Est de la région ainsi qu'une zone centrale entre les départements de la Vienne et des Deux-Sèvres avec une concentration plus importante des métiers à domicile que pour le reste de la région. Il est donc difficile d'affirmer qu'il y ait une concentration massive en milieu urbain ou en zone rurale. Néanmoins, si ces données s'avèrent exhaustives, seules 12,3 % des communes recensent des intervenants à domicile en 2010 (Base de données Unedic France 2010), ce qui reste faible.

Figure 63 - Aides à domicile en 1993 (chiffres bruts)



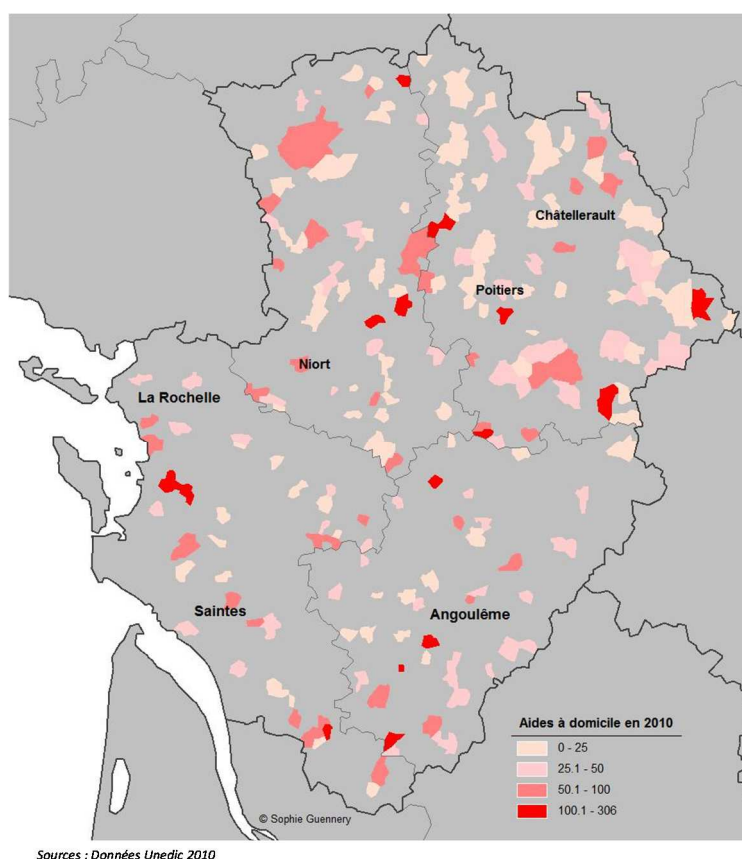
Sources : Données Unedic 1993

Figure 64 - Aides à domicile en 2000 (chiffres bruts)



Sources : Données Unedic 2000

Figure 65 - Aides à domicile en 2010 (chiffres bruts)



Si, comme pour la France, on réalise une comparaison entre le nombre d’emplois à domicile et l’indice de vieillissement des communes, peut-on dire qu’il existe un lien de cause à effet entre ces deux données pour la région Poitou-Charentes entre 1993 et 2010 ? Comme pour l’analyse à l’échelle nationale, l’indice de vieillissement est calculé pour les années dont le recensement est disponible, soit 1990, 1999 et 2006.

Le rapprochement de ces deux informations ne montre pas de concordance systématique. Certaines communes bénéficient d’un indice de vieillissement élevé et d’un nombre d’emplois à domicile plus important que le reste de la région pour les trois années (Figures n°66, n°67 et n°68). C’est le cas de la zone centrale entre la Vienne et les Deux-Sèvres, le Sud et le Nord-Est de la région. D’autres communes bénéficient d’un nombre d’emplois important (tranche la plus haute pour les trois années) alors que l’indice de vieillissement n’est pas particulièrement élevé (zones autour de Niort, La Rochelle et Saintes). Globalement, on ne note pas une logique de distribution particulière. L’offre ne se positionne pas nécessairement là où la demande est importante. Seule l’année 2010 montre une répartition plus homogène sur l’ensemble de la région alors qu’en 1993 et en 2000, les emplois restent peu nombreux et mal répartis. Toutefois,

les zones rurales, aux marges départementales, semblent encore aujourd'hui largement sous-équipées. Si quelques espaces montrent une concentration d'emplois à domicile, cette dynamique est loin de se généraliser sur l'ensemble de la région. Seul le département de la Vienne est mieux doté et semble davantage tenir compte de la demande pour répartir les emplois à domicile.

Figure 66 - Indice de vieillissement de la région Poitou-Charentes en 1990

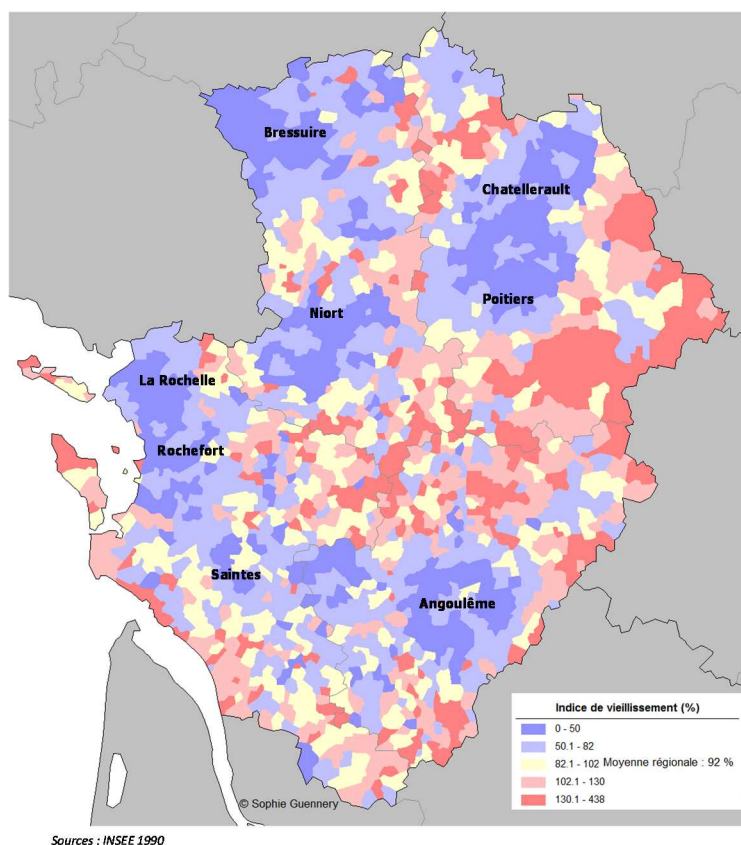


Figure 67 - Indice de vieillissement de la région Poitou-Charentes en 1999

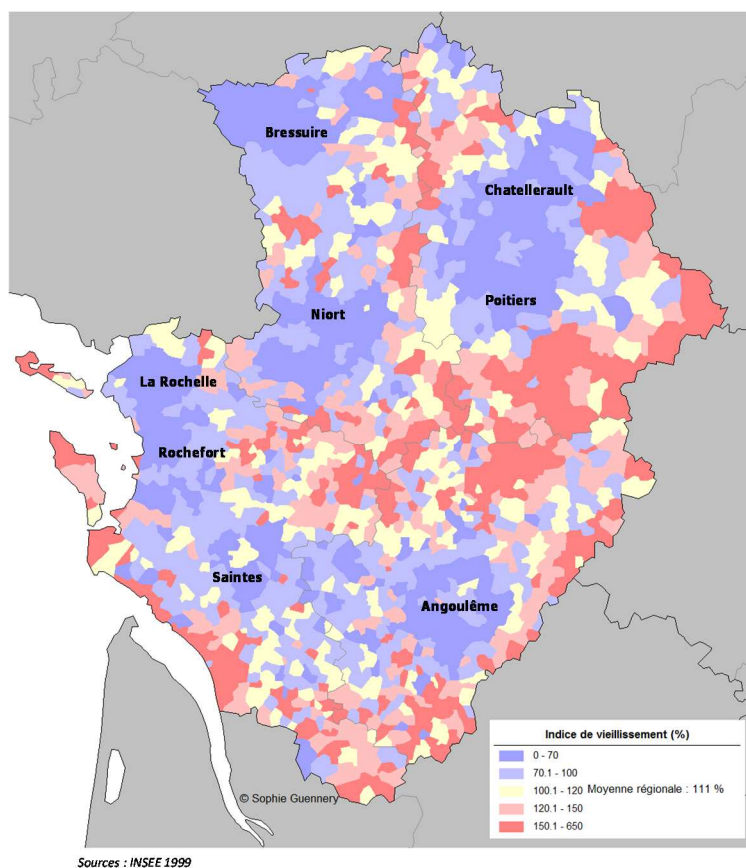
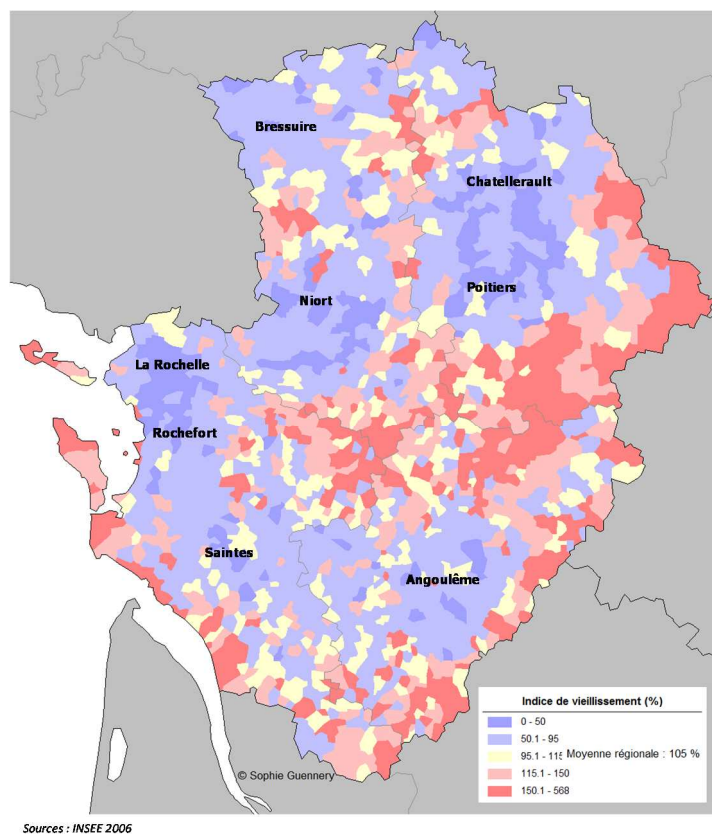


Figure 68 - Indice de vieillissement de la région Poitou-Charentes en 2006



Les besoins de professionnels vont devenir de plus en plus importants aussi bien à domicile qu'en établissement. Si l'on se réfère aux taux de recours actuels et au temps passé pour une prise en charge à domicile, le nombre d'équivalent-temps-plein (ETP) devrait progresser de plus de 39 % entre 2010 et 2020, soit environ 16 400 ETP pour l'ensemble de la région⁵⁶⁵. Parmi les aides, les services de portage de repas et d'aide-ménagères devraient croître de près de 41 % et le personnel soignant (infirmier, aide-soignant...) devrait augmenter de 38 %⁵⁶⁶. En établissement, cette croissance devrait représenter 22 % en ETP pour la région entre 2010 et 2020, soit environ 17 500 ETP. Toutefois, l'objectif de réduction des disparités intra-régionales entraînera des besoins différents selon les départements. Celui des Deux-Sèvres disposant d'un taux d'équipement supérieur au taux moyen national depuis 2008 (153 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans contre 121 lits au niveau national), connaîtra probablement une croissance du nombre de professionnels plus modérée que ses voisins entre 2010 et 2020⁵⁶⁷. En revanche, les départements de Charente et de Charente-Maritime devraient, quant à eux, connaître une progression plus conséquente étant donné qu'ils sont actuellement moins bien lotis. Ainsi, leur nombre d'ETP devrait croître de 23 % et de 36 %⁵⁶⁸.

Ces projections sont similaires aux estimations nationales. Le besoin de professionnel va continuer de s'amplifier au cours des prochaines décennies. Toutefois, la région devra décliner les mesures nationales sur son territoire, à savoir mener des actions d'information, de formation et de professionnalisation pour faire en sorte que les contrats soient moins précaires, que les salaires soient plus élevés et, de ce fait, attirer un nombre de professionnels suffisant.

4.1.3.4 Le CLIC : un acteur central des réseaux gérontologiques

Le souci d'une équité territoriale et d'une prise en charge optimale passe par la coordination des acteurs du secteur (professionnels de soins de ville, professionnels hospitaliers, travailleurs sociaux, aidants...), par l'organisation de réseaux gérontologiques et par la répartition des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ou Centres Locaux de Coordination Gérontologique (CLCG) sur un territoire. En effet, ces derniers représentent un lien entre les actions sanitaires et médico-sociales. A titre d'exemple, en Poitou-Charentes, il existe parfois

⁵⁶⁵ AUDIFFREN M. (2012) *Accompagner la dépendance en région Poitou-Charentes*, INSEE Poitou-Charentes, n°315, 12p.

⁵⁶⁶ AUDIFFREN M. (2012) *Ouvrage cité*

⁵⁶⁷ AUDIFFREN M. (2012) *Ouvrage cité*

⁵⁶⁸ AUDIFFREN M. (2012) *Ouvrage cité*

un numéro de téléphone unique pour un CLIC et un réseau gérontologique, ce qui facilite l'information et l'accompagnement des personnes âgées.

En 2014, la région Poitou-Charentes compte vingt-huit CLIC sur l'ensemble de son territoire⁵⁶⁹. Selon les données de l'ARS, en 2010, 56 % de la population de plus de 75 ans est située dans une zone couverte par un réseau gérontologique. Il existe toutefois des disparités intra-régionales puisque ce taux est de 44 % en Charente, de 50 % en Charente-Maritime, de 63 % en Vienne et de 73 % dans les Deux-Sèvres⁵⁷⁰. Malgré l'existence de ce maillage, l'organisation sanitaire et médico-sociale n'est toujours pas optimale en 2011. C'est pourquoi, le schéma régional d'organisation médico-sociale prévoit de décliner les grands axes nationaux à l'échelle de son territoire. Ainsi, la région prévoit de mettre en place une plateforme territoriale de services pour rendre l'information plus lisible et plus accessible à tous (public et intervenant). De plus, elle doit équiper les zones qui ne disposent pas de réseau afin d'établir une réelle coordination territoriale et fonctionnelle sur l'ensemble de la région. Enfin, dans le cadre de l'amélioration du parcours de soins de la personne, la région souhaite établir des conventions entre les établissements et les services.

4.1.3.5 Le financement du secteur médico-social : budget au sein de l'ONDAM 2013 et priorités régionales

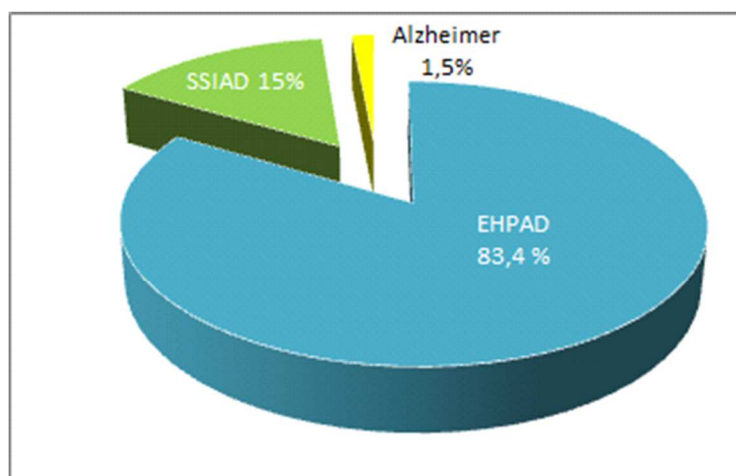
En 2013, le budget de la région Poitou-Charentes alloué à l'ensemble du secteur médico-social est de 607,6 millions d'euros. Son évolution est comparable à celle du budget national puisqu'il a progressé de 2,8 % par rapport à 2012 (590,6 millions)⁵⁷¹. La part réservée au secteur des personnes âgées représente 55 % du budget médico-social avec 335,3 millions d'euros, soit une évolution de 2,1 % par rapport à 2012 (328,2 millions). 83,4 % de ce budget revient aux EHPAD (279,64 millions d'euros) et 15 % aux SSIAD, soit 50,2 millions d'euros (Figure n°69). Sur ces deux postes de dépenses, la Charente-Maritime est le département qui bénéficie de la part du budget la plus importante avec 32 % pour les EHPAD et 37 % pour les SSIAD (Figure n°70). A contrario, la Charente dispose du budget le moins important des quatre départements avec respectivement 19 % et 20 %.

⁵⁶⁹Données disponibles sur le site Internet de l'action sociale, Portail des professionnels du social et du médico-social en Poitou-Charentes : <http://annuaire.action-sociale.org/?cat=centres-locaux-information-coordination-p-a---c-l-i-c---463&region=poitou-charentes> (dernière consultation le 31 juillet 2014)

⁵⁷⁰ ARS Poitou-Charentes (2011) *Plan Stratégique Régional de Santé de la région Poitou-Charentes*, 326p.

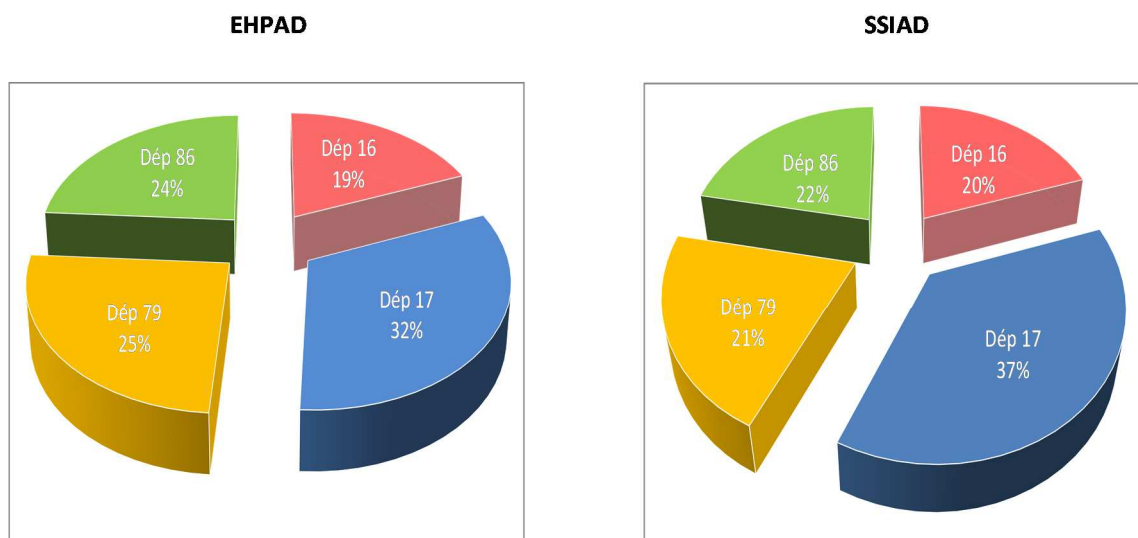
⁵⁷¹ ARS Poitou-Charentes ONDAM 2013, Campagne budgétaire 2013

Figure 69 - Répartition du budget médico-social de la région Poitou-Charentes en faveur des personnes âgées dépendantes



Sources : Campagne budgétaire 2013, Poitou-Charentes

Figure 70 - Budget alloué aux EHPAD et aux SSIAD selon les départements



Sources : Campagne budgétaire 2013, ARS Poitou-Charentes

La région prévoit de poursuivre les plans nationaux « Solidarité grand âge » et « Alzheimer ». A cet effet, 1 767 places d'EHPAD restaient à installer au 31 décembre 2012 et 922 places étaient prévues fin 2013⁵⁷². Elle prévoit de renforcer le panel de prestations, en développant à

⁵⁷² ONDAM 2013, Campagne budgétaire 2013, ARS Poitou-Charentes

la fois l'hébergement, et à la fois, les services de soins à domicile⁵⁷³. Parallèlement, la région met l'accent sur le développement des prestations de proximité dans le but de retarder l'entrée en établissement.

Les priorités financières diffèrent légèrement entre les quatre départements et dépendent de l'offre dont ils disposent actuellement. Le département des Deux-Sèvres doit, par exemple, se concentrer sur l'offre de services à domicile, tout en poursuivant en second plan le développement de son offre en places d'hébergement. Pour mener à bien ces mesures, le département a signé une convention avec la CNSA. Entre 2010 et 2013, il a bénéficié d'un financement de 490 500 euros pour améliorer plusieurs points (rationnaliser les coûts en fonction des spécificités territoriales, favoriser les bonnes pratiques transversales, coordonner les actions, optimiser le maillage territorial, créer des services alternatifs...) ⁵⁷⁴. De son côté, en collaboration avec la CNSA, la Charente dispose du budget le plus conséquent de la région avec un peu moins de 672 000 euros entre 2010 et 2012⁵⁷⁵. Elle a pour objectif de développer, améliorer et moderniser l'offre de services en général (développement de l'accueil de jour, accompagnement des salariés des SAAD, formation des accueillants familiaux...).

Aujourd'hui, l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées en Poitou-Charentes est légèrement supérieure à la moyenne française pour l'hébergement et quasi-identique pour les services à domicile (taux d'équipement d'EHPA, médicalisés ou non, de 145 ‰ en Poitou-Charentes contre 127,5 ‰ en France métropolitaine en 2010⁵⁷⁶ et taux d'équipement en SSIAD de 18,2 ‰ pour la région contre 18,9 ‰ pour la France en 2010⁵⁷⁷). Toutefois, la région sera confrontée à un vieillissement plus prononcé que la moyenne française au cours des prochaines décennies. De ce fait, elle tente d'appréhender son offre dès aujourd'hui pour garantir une prise en charge suffisante plus tard, soit harmoniser et densifier son offre (EHPAD/Domicile) sur l'ensemble de son territoire. Mais pour mener une planification précise et cohérente, la région doit s'appuyer sur des données précises. Elle doit tenir compte, non seulement, du volume de

⁵⁷³ Cellule Observation Statistiques et Analyses (COSA) (2010) *Plan régional de santé, Etat des lieux*, ARS Poitou-Charentes, 84p.

⁵⁷⁴ Convention visible sur le site Internet de la CNSA : www.cnsa.fr/IMG/pdf/Convention_deux_sevres.pdf (dernière consultation le 1er septembre 2014)

⁵⁷⁵ Convention visible sur avec le lien suivant : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Convention_Charente.pdf (dernière consultation le 1er septembre 2014)

⁵⁷⁶ Données INSEE, DREES/ARS/DRJSCS, Statiss 2010 pour les places d'hébergement et INSEE, estimations de population au 01/01/2009

⁵⁷⁷ Données INSEE, DREES, Statiss 2010 et INSEE, estimation de population au 01/01/2009

la demande au cours des prochaines décennies, mais également, de l'évolution de l'activité des services et des établissements en fonction de leur aire d'attraction.

4.2 Approche empirique de la demande et de l'offre d'hébergement de la personne âgée

Les rapports publiés par l'ARS Poitou-Charentes ou par l'enquête nationale EHPA fournissent beaucoup d'informations sur l'offre d'hébergement des personnes âgées dépendantes. Depuis 2003, l'enquête EHPA est réalisée tous les quatre ans et commence à représenter une base de données solide, permettant de produire des comparaisons et de connaître l'évolution de l'hébergement en France. Toutefois, une information essentielle reste en suspens, celle de l'origine géographique avant hébergement des résidents. Les établissements ne fournissent à aucun moment cette donnée (qu'ils possèdent), qui pourtant s'avère essentielle si l'on souhaite connaître la consommation d'hébergement des résidents, à savoir qui occupe les lits, pour quelle durée et d'où viennent-ils. Précisons tout de même que seule l'enquête EHPA 2011 demande le code postal intégral avant hébergement et que les enquêtes précédentes (2003 et 2007) ne demandaient que le département d'origine (Annexe n°10). Toutefois, au 1^{er} septembre 2014, nous n'avons pas accès aux résultats détaillés de cette dernière enquête. De plus, en 2010, au moment de la réalisation de cette enquête de terrain, aucune étude ne fournissait cette information. Les études réalisées jusqu'alors par le ministère, les ARS et les conseils généraux étaient menées au sein de leurs propres limites administratives et n'identifiaient pas d'où venaient les résidents. Dans la mesure où l'on sait que les individus ne se cantonnent pas aux limites départementales ou régionales pour trouver une réponse d'hébergement, que des flux plus ou moins importants existent, il est important de tenir compte de tous ces paramètres dans la planification. C'est de ce constat qu'est apparu l'indispensable besoin de récolter cette donnée et de procéder à la mise en place d'une enquête empirique auprès des EHPA (maisons de retraite). Il s'agissait de récolter le code postal intégral des résidents avant hébergement pour déterminer l'origine géographique des personnes hébergées et pouvoir connaître le recrutement des établissements.

4.2.1 L'enquête expérimentale menée au sein du département de l'Allier

L'enquête menée en région Poitou-Charentes représente la continuité d'une première enquête réalisée avec le département de l'Allier en 2005. Ce département disposait d'une population âgée par rapport à la moyenne nationale et le Président du conseil général, Monsieur Dériot,

était convaincu de l'apport d'une telle étude pour sa propre politique gérontologique. De notre côté, le choix de l'échelle d'un département était motivé par le fait d'avoir une approche la plus opérationnelle possible et parce qu'elle correspond aux missions confiées au conseil général en matière de gestion et de planification gérontologique. Plus tard, la région Poitou-Charentes a accepté de collaborer avec nous pour la réalisation d'une seconde enquête en 2010. Ce partenariat résultait d'une collaboration antérieure entre Pierre-Emmanuel Blanc, Directeur de l'agence régionale de santé de la région Poitou-Charentes, et Monsieur Jean-Marc Macé, Professeur des Universités au Conservatoire National des Arts et métiers et Directeur de cette recherche. Toutefois, la réalisation d'une telle enquête représentait une réelle opportunité pour appliquer notre modèle expérimental de l'Allier à l'échelle de la région Poitou-Charentes, soit quatre départements.

L'enquête menée au sein de l'Allier a été expérimentale à plusieurs titres. Non seulement, elle a permis de se rendre compte des limites méthodologiques de certaines données telles que le taux d'équipement, mais elle a également été l'occasion de tester une enquête de terrain pour connaître les besoins réels en hébergement des personnes âgées sur un territoire donné. De plus, elle a permis de faire ressortir les difficultés d'organisation entre les différents interlocuteurs. Dans un premier temps, l'étude en Allier s'est basée sur les taux d'équipement du département pour estimer les besoins futurs d'hébergement. Car précisons que le taux d'équipement représente un indicateur utilisé pour la planification socio-sanitaire. Tous les rapports y font référence, ce qui permet de réaliser des comparaisons significatives. Néanmoins, s'appuyer sur cette unique donnée n'est pas encore assez satisfaisant et reste approximatif. Les taux d'équipement se basent sur la structure d'âge de la population totale et non sur la population consommatrice d'hébergement qui occupe les lits. Car rien ne prouve que la structure d'âge de la population hébergée soit identique à celle de la population générale vivant à domicile. De plus, cet indicateur, même s'il est standardisé sur l'âge et le sexe, n'apporte pas de véritable nouveauté par rapport aux statistiques existantes diffusées par le ministère (DREES). Dans un deuxième temps, l'équipe de recherche a jugé opportun de se référer au fichier des bénéficiaires de l'APA. En effet, cette allocation étant allouée par chaque conseil général, elle concerne les personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie. Ainsi, selon les données de la DREES, une cartographie des taux d'allocataires a été réalisée et a montré qu'à l'époque, les départements les plus âgés étaient souvent ceux où l'on retrouvait le plus de bénéficiaires d'APA. Toutefois, on a vu que pour les plus de 75 ans, cette dynamique ne se vérifie pas systématiquement et que cette géographie des allocataires de l'APA n'est pas toujours

superposable à celle des personnes âgées. Cette dynamique avait déjà été identifiée pour certains départements au moment de l'enquête dans l'Allier (Var, Alpes-Maritimes, Corrèze...⁵⁷⁸) et se confirme entre 2003 et 2011 avec les cartes n°30, n°31, n°32, n°33, n°34 et n°35. Ces résultats appuient le fait que se référer au fichier des APA et au critère d'âge reste encore trop approximatif. D'autant que l'APA est versée par le département du lieu de résidence avant hébergement, ce qui implique des données supplémentaires à prendre en compte : les flux entre les départements. Enfin, dans un troisième temps, l'équipe de recherche a décidé de se référer à la réalité de l'occupation des lits en fonction de l'âge et du sexe des personnes hébergées. Pour cela, une enquête était indispensable pour récolter les données réelles du terrain. Ainsi, l'étude menée en Poitou-Charentes repose sur le modèle de cette première enquête menée en Allier.

4.2.1.1 Critique des sources

La réalisation d'une enquête de terrain n'est pas évidente à mener à plusieurs titres. A l'origine, ce travail de recherche devait être multicentrique et porter sur plusieurs départements français. Si notre enquête porte sur quatre départements en Poitou-Charentes, ils appartiennent à la même région et ne sont pas vraiment représentatifs de la diversité démographique de la France. Toutefois, après avoir contacté une dizaine de départements (Creuse, Seine-Saint-Denis, Corse...), après s'être déplacés pour présenter le déroulement et l'objectif de notre recherche, après avoir relancé plusieurs fois les acteurs qui semblaient intéressés par notre travail, seul l'Allier et la région Poitou-Charentes ont répondu favorablement. Le département du Val-de-Marne a également participé à une enquête mais sur une thématique différente, celle du « point de bascule » entre le domicile et l'institutionnalisation. Les résultats de cette enquête sont d'ordre « qualitatifs » et ne correspondent pas à notre problématique orientée sur la consommation d'hébergement. C'est pourquoi, cette enquête figure tout de même en annexe n°8 de ce travail pour appuyer le fait que la famille joue un rôle très important au moment de l'entrée en institution mais les résultats ne seront pas exploités au sein de cette recherche. Les autres conseils généraux n'ont pas donné suite à notre demande et ont finalement refusé de participer à cette enquête. Pourtant, cette étude était menée de manière « universitaire » et gratuitement. Même si au départ, les acteurs semblaient captivés par notre travail, l'apport d'un soutien administratif semblait représenter le principal frein à toute collaboration. Pour d'autres,

⁵⁷⁸ PICHERAL H., MACE J-M. (2008) L'hébergement des personnes âgées en France, sous la direction de BIGOT C., *Recherches sur le système de santé 2005-2007*, CIREs, p. 103-196

une recherche universitaire semblait perçue comme un risque potentiel de critique des méthodologies utilisées ou des politiques en cours.

Précisons qu'une telle étude demande un investissement de trois à cinq journées de travail de la part des établissements pour rassembler les informations et saisir les données. Dès lors, le soutien administratif de la part d'un conseil général ou d'une agence régionale de santé est indispensable pour convaincre les structures de participer à l'enquête. Par ailleurs, les délais d'enquête dépendent de l'investissement des acteurs locaux. Ils sont souvent prolongés pour permettre un recensement correct. A titre d'exemple, l'enquête de l'Allier prévue initialement pour une durée de trois mois a bénéficié d'un délai supplémentaire de trois mois, soit six mois au total. Les retours de données et de saisies ont parfois été longs et compliqués, notamment à cause de la réalisation d'une partie des enquêtes pendant les congés d'été, ce qui a nécessité quelques mois supplémentaires d'enquête. Malheureusement, cette prolongation n'a pas été possible en région Poitou-Charentes, de peur que notre étude empiète sur l'enquête nationale EHPA 2011, réalisée six mois plus tard.

L'avantage d'un partenariat avec une entité administrative (conseil général et agence régionale de santé) est de bénéficier d'un cadre et d'un soutien administratif pour encourager la participation des acteurs sollicités. Néanmoins, ce rôle n'a pas toujours été rempli. En effet, si en Allier, l'appui administratif du personnel a été particulièrement efficace (contacts, réponses, soutien), la situation a été très différente en Poitou-Charentes. Non seulement l'ARS a entamé peu de démarche pour nous épauler dans les relances des établissements et faire en sorte que ces derniers participent (seul un courrier a été rédigé), mais son apport a été très succinct en termes de données régionales (fichier FINESS, APA...). On serait pourtant en droit d'espérer que ces entités représentent un support et puissent nous fournir des données concernant leur territoire. Quelques mois avant le début de l'enquête en Poitou-Charentes, nous avons fait appel à l'ARS pour disposer d'une liste exhaustive des EHPA à contacter (FINESS, nom, adresse postale complète et adresse mail du directeur d'établissement). En réponse, cette dernière nous a fourni une liste de 368 structures à contacter. Plus tard, en prenant connaissance des rapports publiés par l'ARS, nous avons découvert que la région faisait état de 423 établissements, et non 368, soit une différence de 55 EHPA. De plus, le fichier de l'ARS était incomplet et erroné (absence de coordonnées, changement de directeur...). Nous avons donc été obligés de contacter une large partie des structures pour collecter les informations manquantes et composer une base solide.

La mise en place d'un tel projet est confrontée aux lenteurs administratives. Ce type d'enquête nécessite l'intervention de plusieurs acteurs aux fonctions différentes et complémentaires, ce qui exige une synchronisation des agendas et entraîne des échéances très espacées. Les accords pour les différentes étapes de la mise en place de l'enquête ont parfois demandé plusieurs mois ! Parallèlement, le suivi administratif et financier demandait également un investissement pour faire en sorte que les délais soient respectés. Il était indispensable de relancer régulièrement les différents acteurs pour récolter les courriers, les signatures, etc., éviter au maximum les temps morts et faire en sorte que l'enquête puisse démarrer rapidement. Tous ces problèmes résultent-ils d'un manque de prise au sérieux de notre étude ? S'agit-il d'une rétention d'informations ? Est-ce que notre étude aurait été perçue comme une critique des méthodologies ou des politiques en cours ? Nous n'en connaissons jamais les raisons mais ces difficultés mettent en exergue un point important. Une ARS ne possède pas plus de poids (politique, administratif...) qu'un conseil général pour influencer les acteurs de terrain. Aux vues des résultats et des taux de participation, les établissements ne semblaient pas plus influencés par une enquête diligentée par une ARS que par une enquête encadrée par un conseil général. En effet, le taux de réponse en Poitou-Charentes était de 61 % alors que celui de l'Allier était de 63,9 % (41 établissements enquêtés et 24 répondants). Pourtant, les ARS coordonnent les schémas régionaux d'organisation médico-sociaux et les plans régionaux de santé. Elles travaillent directement en collaboration avec les départements, qui au travers des schémas départementaux gérontologiques, ont des champs d'actions croisés. Au départ, nous pensions bénéficier d'un appui plus important en réalisant une étude sous l'égide d'une ARS plutôt qu'avec un conseil général et, par conséquent avoir un taux de participation plus important, mais il n'en a rien été.

Dans la mesure où le soutien administratif de l'ARS a été très succinct, notre enquête de terrain s'est centrée sur l'offre d'hébergement complet en maisons de retraite (EHPA). Pour connaître la réalité du terrain et bénéficier d'une vision globale de l'offre de prise en charge, il aurait été intéressant de mener notre étude de terrain tant sur le front de l'hébergement que sur le front du domicile. Seulement, face aux difficultés rencontrées uniquement pour récolter les données afférant au secteur de l'hébergement et face au peu de temps dont nous disposions, notre champ d'étude s'est restreint aux maisons de retraite. Par conséquent, nous avons exclu les foyers-logements et les unités de soins de longue durée (USLD) de notre recherche. En définitive, et même si des enquêtes complémentaires seraient nécessaires, ce travail a été réalisé uniquement en collaboration avec les maisons de retraite car elles représentent le principal type de structure en matière de recours à l'hébergement complet.

4.2.1.2 Une méthodologie originale pour la réalisation des enquêtes de terrain

Conception du questionnaire en ligne en collaboration avec la société Epiconcept

Le recueil des données s'est effectué par le biais d'un site Internet sécurisé. Les principaux objectifs d'une telle méthode sont la mise en place d'une enquête facilement accessible pour les acteurs, une saisie rapide et une réduction des erreurs de saisie. De plus, l'éloignement du terrain d'étude associé à un panel d'acteurs relativement important (368 établissements d'hébergement en Poitou-Charentes) ; à un volume important de données ainsi qu'à une période assez courte pour réaliser cette étude, cet outil s'est révélé le plus adapté. Pour les établissements qui ne possédaient pas d'accès à Internet, la collecte des données s'est réalisée par questionnaires papier. Dès réception, les informations étaient ensuite saisies informatiquement.

Le logiciel Internet utilisé se nomme « VOOZANOO » et est édité par la société Epiconcept. Ce type de support est pratique mais il représente inévitablement un coût (création de l'enquête en ligne, maintenance, hébergement des données...). Après avoir réalisé plusieurs démarches, c'est finalement l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S) qui a accepté de soutenir et de financer cette enquête. Une proposition a ensuite été établie entre la société Epiconcept et l'ARS Poitou-Charentes pour construire le questionnaire Internet. La réalisation des questionnaires a été menée en collaboration avec l'équipe de développeurs de la société « Epiconcept ». Le noyau dur de l'enquête est constitué de cinq variables : le sexe, la date de naissance, le code postal du domicile de résidence avant hébergement, la date d'entrée et la date de sortie de l'institution. Ces données permettent de calculer, d'une part, l'âge de la personne et le taux de journées d'hébergement par tranche d'âge et par sexe, et d'autre part, d'identifier les personnes autochtones et allochtones au terrain d'étude et de pouvoir analyser les flux « domicile/institution ».

Précisons l'importance d'une enquête simple à remplir. Au cours de l'enquête en Allier, les responsables ont souhaité ajouter certaines variables supplémentaires : degré de dépendance de la personne hébergée, état civil, tutelle, couverture sociale, nombre de visites de la famille, niveau d'imposition, montant des retraites, lieu de résidence du référent. Si les données les plus générales (de base) ont été correctement renseignées, les informations supplémentaires demandées par l'Allier n'ont été que sommairement complétées. En fonction de ces résultats, nous avons donc décidé de nous centrer sur le noyau dur de variables pour l'enquête en Poitou-Charentes afin d'optimiser le taux de réponses. D'autant qu'une enquête de ce type représente

une source de travail supplémentaire pour les structures. Ces dernières sont régulièrement sollicitées pour des recensements, des études sur différents thèmes et les principales causes de non réponses sont généralement dues à un manque de temps et/ou de personnel pour répondre. Une fois ces contraintes en tête, notre objectif était vraiment de créer une enquête simple et composée d'éléments de saisie rapide (menus déroulants, réponses à cocher, données pré-remplies avec écriture intuitive...). Par exemple, nous avons facilité l'identification de l'élément fondamental de notre enquête : le code postal ou la ville avant hébergement de la personne. Ces deux informations ne sont pas toujours conjointement renseignées dans les fichiers des établissements. De plus, il est parfois difficile de retrouver la commune ou le code postal exact, en particulier pour les communes de petite taille ou les hameaux. Pour cela, nous avons importé la liste de l'ensemble des communes et des codes postaux de France dans la plateforme « VOOZANOO » afin de créer un menu déroulant à écriture intuitive. Cette démarche permettait ainsi aux acteurs de saisir l'une des données connues (code postal ou nom de la commune), ou bien les premières lettres de la commune souhaitée pour en identifier le nom exact. Dès lors, une liste déroulante de noms de communes apparaissait et permettait de renseigner convenablement cet intitulé.

Composition du questionnaire

Le questionnaire utilisé pour cette enquête se compose de deux pages. La première concerne l'identification de l'établissement (FINESS, nom, code postal et commune, nombre de places installées) et la seconde est dédiée à la saisie des entrées dans les structures (sexe, date de naissance, code postal avant hébergement, degré de dépendance, date d'entrée, date et motif de sortie de l'établissement, bénéficiaire de l'APA et département versant cette aide) (Annexe n°1). Les données devaient être renseignées sur une année civile, soit du 1er janvier au 31 décembre 2010.

Lors de l'étude en Allier, une présentation générale a été organisée auprès de l'ensemble des directeurs de structures pour leur expliquer le déroulement de l'enquête (saisie des données, objectifs de cette étude...). Cette démarche n'a pas été possible à l'échelle de la région Poitou-Charentes. En effet, les acteurs étaient trop nombreux, ce qui fait que la convocation de l'ensemble des directeurs d'établissement (ou de leur représentant) n'était pas envisageable. En conséquence, le directeur de l'ARS a rédigé un courrier pour présenter et expliquer le déroulement et les objectifs de cette étude, précisant que cette recherche était menée en partenariat avec le CNAM mais qu'elle avait le même impact qu'un travail réalisé directement par la région (annexe n°11). Les acteurs devaient donc se sentir concernés et répondre

sérieusement à cette étude. Conjointement, un guide d'utilisation était adressé aux établissements, à la fois pour expliquer le fonctionnement du site Internet « Voozanoo », mais également, pour rassurer le personnel qui n'avait pas l'habitude d'utiliser Internet quotidiennement. Ce guide d'utilisation expliquait comment se connecter au site Internet, la démarche à suivre pour naviguer au sein de l'enquête et la manière de renseigner les différents items de l'enquête (fiches établissements et individus). Pour favoriser et faciliter la communication entre les acteurs enquêtés et l'équipe de recherche, la société « Epiconcept » a mis en place une adresse « Hotline » (adresse Internet). Elle était principalement destinée à répondre aux questions et/ou aider les acteurs à résoudre des problèmes de saisie.

Déroulement et difficultés d'une telle enquête

Une fois l'enquête en ligne bâtie, un test d'utilisation a été réalisé par quelques personnes extérieures à l'enquête. Après quelques améliorations, l'enquête a été validée et diffusée aux établissements de la région Poitou-Charentes. Pour se connecter, chaque établissement possédait ses propres identifiant et son mot de passe. Ces derniers étaient automatiquement générés par le site Internet « Voozanoo » lors de l'importation des contacts dans la plateforme de données. Néanmoins, il a fallu être vigilant aux mots de passe pouvant comporter des caractères difficilement identifiables tels que le I (i majuscule) et le L (l majuscule), un 0 (zéro) ou un O (o majuscule). Nous avons donc effectué une vérification générale de l'ensemble des mots de passe pour en modifier certains. Le lancement de l'enquête s'est ensuite effectué en plusieurs étapes. Un premier mail a été envoyé aux structures pour présenter l'enquête, sa durée, ses modalités et ses objectifs. A ce mail était joint le courrier de Monsieur Blanc et le guide d'utilisation (Annexe n°11). Puis deux envois ont suivi ce premier courrier électronique, l'un pour fournir l'identifiant et un second pour donner le mot de passe. Le fait d'envoyer ces informations de manière distincte est une mesure de sécurité recommandée par l'équipe de développeurs d'Epiconcept. En effet, si l'envoi est effectué vers de mauvais destinataires, cette démarche évite qu'un acteur extérieur accède à l'enquête. Les identifiants et les mots de passe ont été envoyés à 368 établissements en Poitou-Charentes. C'est à ce moment de l'enquête que nous nous sommes aperçus de certaines erreurs du fichier fourni par l'ARS Poitou-Charentes (mails incorrects, fusion de structures, établissement non concernés par l'enquête...). Dès lors, nous avons contacté les structures pour lesquelles les coordonnées étaient incorrectes. Toutefois, certains établissements ne souhaitaient pas transmettre l'adresse mail du directeur, d'autres étaient injoignables... Face à ces réticences, le questionnaire a été envoyé par courrier.

Une fois l'enquête lancée, une gestion quotidienne des mails et une gestion hebdomadaire de la saisie étaient réalisées. Il s'agissait de vérifier à la fois les établissements qui s'étaient connectés mais qui n'avaient pas renseigné de fiches « individus » et, à la fois, les établissements qui ne s'étaient pas du tout connectés. Cette démarche permettait d'avoir un suivi constant de l'enquête, une estimation régulière des données recueillies pour pouvoir dresser une liste des acteurs à relancer. Chaque vérification de la saisie nécessitait un export de la liste des établissements qui s'étaient connectés au site « Voozanoo ». Cet export était ensuite comparé au précédent et permettait de savoir si les structures étaient en cours de saisie ou non. A titre d'exemple, les acteurs qui avaient uniquement renseigné leur fiche « établissement » laissait présager qu'ils avaient compris le fonctionnement de la connexion mais qu'ils n'avaient pas terminé la saisie. Pour les établissements qui avaient renseigné quelques fiches « individus », il fallait simplement être vigilant à la poursuite de la saisie. L'enquête s'est déroulée sur une période de deux mois et demi et trois relances ont été effectuées au cours de cette étude. Enfin, tout au long de l'enquête, les questionnaires papier étaient saisis informatiquement. Cette manipulation a été nécessaire pour une vingtaine d'établissements, dont certains possédaient une centaine d'entrées sur l'année 2010.

Lors de cette étude, plusieurs problèmes sont survenus : manque de temps pour répondre au questionnaire, problèmes de saisie... Par exemple, une fiche « entrée » ne pouvait être validée que si l'ensemble des données de cette dernière était renseigné. Comme nous l'avons vu, le degré de dépendance de la personne devait être indiqué. Toutefois, si une personne âgée de moins de 60 ans était hébergée et non « Girée » (l'évaluation du degré de dépendance et l'attribution d'un GIR n'est pas obligatoire avant 60 ans), il fallait alors trouver une manière de procéder. En concertation avec Monsieur Macé, nous avons décidé de saisir les personnes qui étaient dans ce cas en GIR 6, et parallèlement, la structure devait nous adresser la liste des individus concernés. Elle devait simplement préciser le sexe et la date de naissance de l'entrée saisie pour que nous puissions identifier la fiche à modifier. Il suffisait ensuite de corriger ces données lors de l'extraction de la base. Précisons que pour préserver le secret professionnel, nous n'avons jamais eu accès aux noms et prénoms des personnes recensées dans cette enquête. Les fiches saisies n'étaient identifiées que par un numéro de ligne, le sexe ou une date de naissance. Par ailleurs, nous avons eu l'autorisation de la CNIL pour effectuer cette enquête (Annexe n°12).

Une autre difficulté majeure s'est présentée, celle de l'identification du code FINESS des établissements. En effet, les numéros FINESS ne correspondaient pas toujours à l'identité des structures. Les établissements saisissaient un numéro alors que l'ARS en possédait un autre. Parfois même, les établissements donnaient le FINESS juridique alors que l'ARS possédait le FINESS administratif. De plus, certains établissements ayant fusionné au cours de l'année 2009 ou 2010, l'ARS ne possédait pas systématiquement l'identité FINESS de la nouvelle entité. Nous avons donc été obligés de reprendre les données unes à unes pour vérifier leur exactitude et faire en sorte que tout corresponde. Parfois, il était particulièrement compliqué de connaître l'identité exacte d'un établissement. Le FINESS et le nom de la structure étaient inconnus et ne correspondaient ni aux données de la base SAE, ni à la liste fournie par l'ARS. Heureusement, dans ces cas de figure, nous avons réussi à identifier les quelques établissements grâce à des recherches sur Internet. Enfin, nous avons été confrontés à des problèmes de délais pour la saisie des établissements. Malheureusement, nous n'avons pas pu prolonger cette enquête de quelques semaines, non seulement parce que l'enquête EHPA débutait quelques mois plus tard mais également parce qu'une telle prolongation représente un coût, en particulier lié à l'hébergement des données.

Malgré ces difficultés, les directeurs d'établissements ont montré un certain attrait pour cette enquête et ont fait preuve d'une bonne coopération. Certains semblaient même motivés par un partenariat universitaire. D'autres n'hésitaient pas à transmettre des informations complémentaires lorsque leurs questionnaires étaient incomplets. Un directeur d'établissement a reconnu l'utilité d'un tel recensement et nous a demandé de lui transmettre le fichier correspondant à sa structure.

Une fois l'enquête clôturée, nous avons, en collaboration avec l'équipe de développeurs d'Epiconcept, extrait les données de l'enquête. Nous avons ensuite apporté certaines modifications (saisie des personnes âgées de moins de 60 ans et non « GIRées », FINESS correct...). A partir de ce moment, nous disposons d'une base de données de 18 505 entrées recensées au sein des maisons de retraite de la région Poitou-Charentes pour l'année 2010. Nous allons maintenant passer au traitement des données et disposer d'une vision réelle du terrain, en fonction des réponses des établissements eux-mêmes. Précisons que cette enquête recense les entrées réalisées au sein des EHPA et non le nombre d'individus. Cet élément signifie que certaines entrées peuvent concerner une même personne (tentative de retour à domicile après

un hébergement de quelques mois...). Toutefois, nous parlerons en termes de personnes lors du traitement des données et des résultats.

4.2.2 L'enquête sur l'offre et la demande d'hébergement en faveur des personnes âgées dépendantes

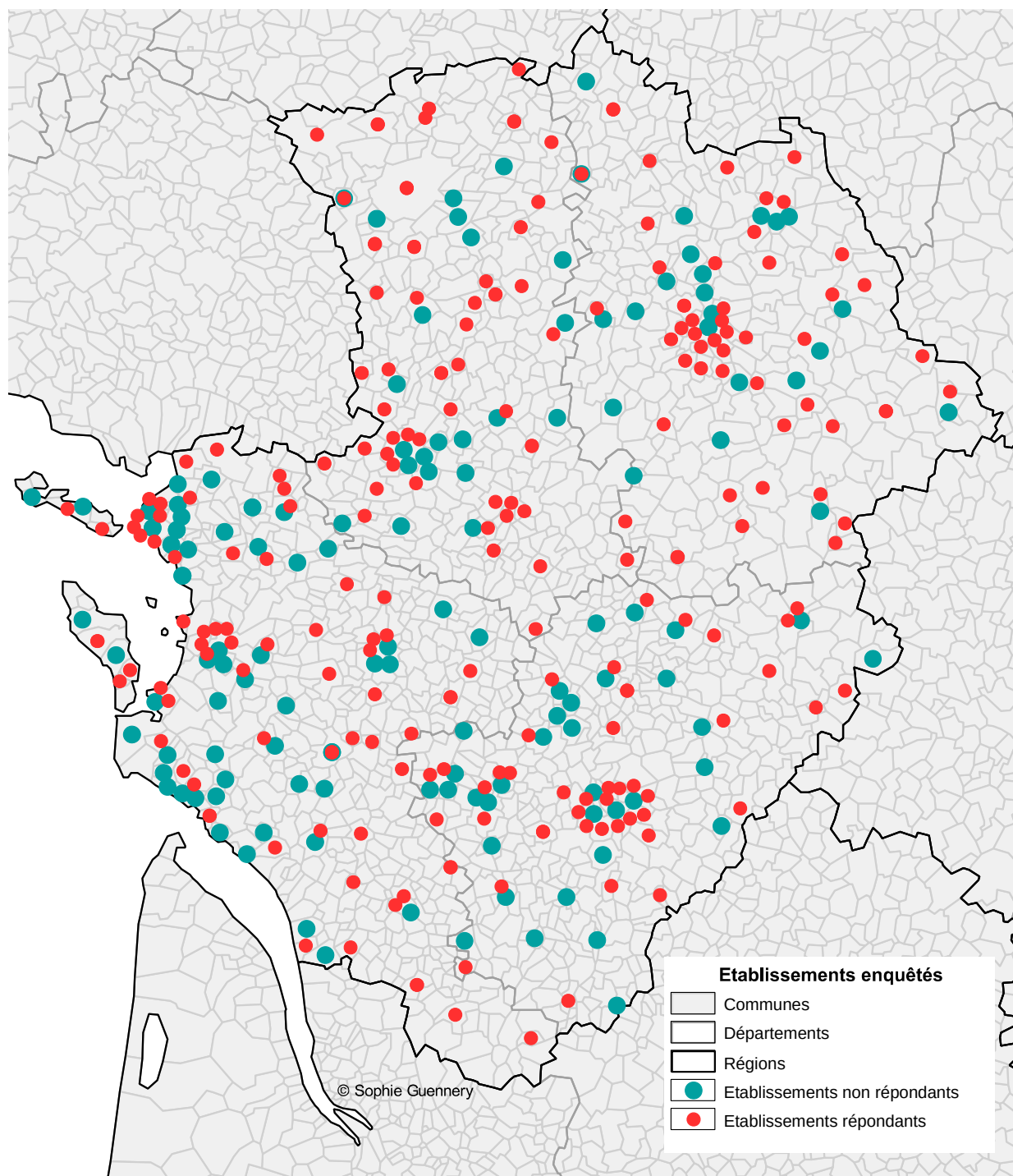
4.2.2.1 Une participation satisfaisante mais qui reste partielle

Malgré un suivi quotidien et plusieurs relances, tous les établissements n'ont pas participé à l'enquête. Certains ont précisé manquer de personnel et/ou de temps et d'autres ont justifié leur non-participation par le caractère chronophage de cette étude. En 2010, la région Poitou-Charentes dispose de 368 établissements d'hébergement pour personnes âgées (selon le fichier fourni par l'ARS en début d'enquête), soit 24 081 lits et 8,7 millions de journées. Sur ce panel, 225 structures ont participé à l'étude et 143 n'y ont pas répondu, soit un taux de réponse de 61,1 %. Globalement, la participation des établissements est relativement homogène sur l'ensemble de la région et l'on ne note pas de zones moins participatives que d'autres (Figure n°71).

En fonction des réponses des établissements, du nombre de lits et du taux d'occupation, on peut dire que la région dispose d'un potentiel de 5,03 millions de journées en 2010 (Tableau n°52). Contrairement aux données publiées par l'ARS en 2009 précisant que le taux d'occupation des EHPA était de 97 %⁵⁷⁹, le taux d'occupation des établissements de la région s'élève, selon notre enquête, à 89 % en 2010. Toutefois, cette donnée n'est pas significative à l'échelle régionale car elle diffère beaucoup d'un département à l'autre. La Charente-Maritime et les Deux-Sèvres possèdent les taux les plus élevés avec respectivement 91,6 % et 89,6 %. En revanche, la Charente et la Vienne disposent de taux plus bas (88,7 % et 85,9 %).

⁵⁷⁹ BOINA A., MERLIERE S. (2005) *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Poitou-Charentes*, Com'Stat n°5, 8p.

Figure 71 - Etablissements répondants et non répondants à l'enquête
en région Poitou-Charentes en 2010



Sources : Enquête CNAM, Fichier ARS 2010, réalisation Sophie Guennery

Tableau 52 - Journées observées et taux d'occupation des établissements répondants
en région Poitou-Charentes en 2010

Départements	Etablissements répondants à l'enquête ARS					
	Lits déclarés	Lits occupés	Jours disponibles	Séjours observés	Journées observées	Lits occupés (%)
Charente	3 306	2 933	1 206 690	3 795	1 070 392	88,7
Charente Maritime	4 435	4 064	1 618 775	5 665	1 483 362	91,6
Deux Sèvres	4 010	3 594	1 463 650	4 715	1 311 951	89,6
Vienne	3 720	3 197	1 357 800	4 330	1 166 942	85,9
Poitou Charentes	15 471	13 788	5 646 915	18 505	5 032 647	

Source : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Plus en détail (annexe n°13), les taux d'occupation de lits les plus élevés en Charente, reviennent au centre gérontologique de Cognac (103,7 %), au Fil d'Argent à Chasseneuil sur Bonnnieure (101,3 %), aux jardins de la Garenne à Angoulême (101 %) et au Domaine des Thibaudières à Chadurie (100 %).

En Charente-Maritime, ce sont l'hôpital local de Saint Pierre d'Oléron (401,5 %) et l'EHPAD Beauséjour à Arvert (107,1 %) qui possèdent les taux d'occupation les plus importants du département.

Dans les Deux-Sèvres, la MARPA à Couture d'Argenson (171,1 %) et l'EHPAD La Maisonnée à Bressuire (105,7 %) bénéficient des taux d'occupation les plus forts.

Enfin, dans la Vienne, le Clos des Myosotis à Mignaloux Beauvoir (203,6 %) et la Résidence du Val de Benaize à La Trimouille (179,4 %) disposent des taux d'occupation les plus conséquents du département.

4.2.2.2 Un redressement des données nécessaire

Les données de cette enquête n'étant pas exhaustives, un redressement s'avère alors nécessaire pour estimer une consommation d'hébergement la plus complète possible. Pour cela, on se réfère à la base FINESS pour obtenir le nombre de lits des structures non répondantes. Ensuite, le redressement des données repose sur le postulat : « l'activité des lits non renseignés par l'enquête suit la logique de l'activité moyenne des lits bien renseignés ». On considère que les lits « inconnus » ont le même taux d'occupation que ceux dont on connaît l'activité réelle, ce qui fait que l'on applique le taux d'occupation départemental aux établissements non répondants de chaque département. On aboutit alors à un volume de journées réalisables. Ainsi,

par rapport aux 39 % des établissements non répondants, 8 643 lits disponibles supplémentaires sont à prendre en compte dans notre étude. Selon le taux d'occupation de chaque département, ce sont 7 728 lits qui sont occupés en 2010 et qui génèrent 2,82 millions de journées sur l'année 2010 en région Poitou-Charentes (Tableau n°53 et n°54).

Tableau 53 - Estimation du nombre de lits des établissements non répondants
selon la base FINESS en 2010

Départements	Lits Finess	Taux d'occupation	Lits occupés
Charente	1 873	88,7	1 661
Charente-Maritime	3 290	91,6	3 015
Deux-Sèvres	1 644	89,6	1 474
Vienne	1 836	85,9	1 578
Poitou-Charentes	8 643		7 728

Sources : FINESS 2014, enquête ARS 2011, sur l'exercice 2010

Au total, si l'on ajoute le nombre de journées des structures qui ont répondu à l'enquête et le nombre de journées redressées des établissements non répondants, nous pouvons estimer un volume total de journées réalisées en EHPA à 7,8 millions pour la région Poitou-Charentes (Tableau n°54). Dans la mesure où nous connaissons le volume total de journées et la proportion de journées des structures répondantes et non répondantes, il est alors possible de déterminer le taux de redressement de chaque département. C'est la Charente-Maritime et la Charente qui ont nécessité le redressement le plus important avec respectivement 42,6 % et 36,2 % (Tableau n°54). Les départements de la Vienne et des Deux-Sèvres ont, quant à eux, été redressés à hauteur de 33 % et 29,1 %.

Tableau 54 - Estimation des journées réalisées des établissements répondants et non
répondants en Poitou-Charentes

Départements	Etablissements répondants à l'enquête ARS						Etablissements non Répondants		Grand total		
	Lits déclarés	Lits occupés	Jours disponibles	Séjours observés	Journées observées	Lits occupés (%)	Lits occupés	Journées redressées	Lits occupés	Journées occupées	Taux redressement (%)
Charente	3 306	2 933	1 206 690	3 795	1 070 392	88,7	1 661	606 265	4 594	1 676 657	36,2
Charente Maritime	4 435	4 064	1 618 775	5 665	1 483 362	91,6	3 015	1 100 475	7 079	2 583 837	42,6
Deux Sèvres	4 010	3 594	1 463 650	4 715	1 311 951	89,6	1 474	538 010	5 068	1 849 961	29,1
Vienne	3 720	3 197	1 357 800	4 330	1 166 942	85,9	1 578	575 970	4 775	1 742 912	33,0
Poitou Charentes	15 471	13 788	5 646 915	18 505	5 032 647		7 728	2 820 720	21 516	7 853 367	

Source : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Connaissant le volume total de journées en fonction des réponses et des redressements et connaissant l'origine géographique des résidents grâce au code postal des résidents avant hébergement, nous avons la possibilité d'identifier les flux inter départementaux. En effet, les frontières d'un département ou d'une région ne sont pas imperméables et les personnes peuvent changer de département ou de région pour trouver une réponse d'hébergement.

4.2.2.3 Flux inter départementaux

Il est important de connaître la proportion de personnes autochtones (taux de proximité) et allochtones (taux d'attraction) ainsi que leur corollaire, le taux de fuites, pour déterminer si un territoire est attractif ou si les personnes trouvent une réponse ailleurs. Le taux de proximité et le taux d'attraction forment une double influence du terrain étudié, soit ici les quatre départements de la région Poitou-Charentes. Le premier correspond à l'aire restreinte où habitent un certain nombre de résidents, c'est-à-dire chaque département de la région Poitou-Charentes. Le second représente un espace plus large dont l'amplitude varie en fonction de la capacité d'attraction de chaque département, ici les maisons de retraite. L'enquête révèle que les places d'hébergement sont majoritairement occupées par des personnes autochtones à chaque département. La Charente-Maritime et les Deux-Sèvres apparaissent au premier chef avec un taux de proximité élevé (respectivement 91 % et 90,7 % des personnes hébergées et domiciliées au sein de chaque département) (Tableau n°55). Viennent ensuite les départements de la Charente (88,7 %) et de la Vienne (87,8 %).

Concernant les établissements non répondants, on pratique un redressement qui se base sur le même postulat que pour le redressement général, soit « les établissements n'ayant pas répondu à l'enquête recrutent selon les taux moyens de proximité et d'attraction constatés pour l'ensemble des établissements ayant répondu à l'enquête ». Dès lors, il convient d'appliquer les taux de redressement de chaque département au nombre de journées autochtones observées et

connues. Par exemple, on sait que le département de la Charente a bénéficié d'un redressement de 36,4 %, ce qui fait que nous disposons de 63,6 % de réponses pour ce même département. On se réfère donc au nombre de journées autochtones observées (949 182) auquel on applique le redressement de 36,4 %.

Le calcul est le suivant : $949\,182 \times 36,4 / 63,6 = 543\,242$ (soit 542 677 non arrondi)

Le nombre de journées autochtones redressé pour le département de la Charente est de 542 677. Sur la région, on obtient ainsi un potentiel de 2,5 millions de journées et de 6 854 lits. Si l'on additionne les autochtones répondants et non répondants, notre enquête couvre 19 222 lits occupés par des résidents autochtones, soit 7,01 millions de journées. Précisons que le calcul ci-dessus montre des différences à cause des arrondis. Dans le fichier Excel de base, les taux de redressement ne sont pas arrondis et ne fournissent pas exactement les mêmes volumes (Tableau n°55). Si l'on prend les taux de réponse et de redressement avec plusieurs chiffres après la virgule, les chiffres diffèrent légèrement.

Tableau 55 - Personnes âgées autochtones hébergées en région Poitou-Charentes

Départements	Séjours autochtones des établissements répondants				Etablissements non Répondants		Grand total		
	Lits occupés	Séjours observés	Journées observées	Autochtones (%)	Lits occupés	Journées redressées	Lits occupés	Journées réalisées	Taux Redressement (%)
Charente	2 600	3 381	949 182	88,7	1 487	542 677	4 087	1 491 859	36,4
Charente Maritime	3 699	5 049	1 350 144	91,0	2 744	1 001 571	6 443	2 351 715	42,6
Deux Sèvres	3 260	4 257	1 190 013	90,7	1 267	462 355	4 527	1 652 368	28,0
Vienne	2 808	3 803	1 024 918	87,8	1 357	495 198	4 165	1 520 116	32,6
Poitou Charentes	12 368	16 490	4 514 257		6 854	2 501 800	19 222	7 016 057	

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Si l'on s'intéresse maintenant au taux de proximité, soit le taux d'attraction des maisons de retraite, ce sont logiquement les départements de la Vienne et de la Charente qui attirent le plus de résidents avec respectivement 12,2 % et 11,3 %, suivis des Deux-Sèvres et de la Charente-Maritime qui bénéficient d'un taux d'attraction de 9,3 % et 9 % (Tableau n°56). Ces taux sont issus d'une soustraction entre le total du nombre de journées réalisées et le nombre de journées réalisées par les autochtones à chaque département. Toutefois, comme pour les autochtones, ces taux doivent être complétés par la proportion d'allochtones non répondants à l'enquête. On applique alors le même calcul que pour le redressement des autochtones, c'est-à-dire en tenant compte du taux de redressement et du taux de réponse de chaque département. Si l'on prend toujours la Charente comme exemple, on dispose de 121 210 journées allochtones pour les

structures répondantes. On sait que ces 121 210 journées allochtones (répondants) correspondent à 63,6 % de réponses et donc à 36,4 % de redressement nécessaire pour avoir le volume global de journées allochtones.

Le calcul est le suivant : $121\,210 \times 36,4 / 63,6 = 69\,372$ (soit 69 299 non arrondi)

Ainsi, les structures n'ayant pas participé à l'enquête révèlent 778 lits au total, soit 284 121 journées, occupés par des allochtones au département d'hébergement. Cette consommation allochtone indique que les 778 lits sont occupés par des personnes domiciliées à l'extérieur de chaque département dans lequel elles ont trouvé une réponse d'hébergement.

Tableau 56 - Personnes âgées allochtones hébergées en région Poitou-Charentes

Départements	Séjours allochtones des établissements répondants				Etablissements non Répondants		Grand total		
	Lits occupés	Séjours observés	Journées observées	Allochtones (%)	Lits occupés	Journées redressées	Lits occupés	Journées Réalisées	Taux Redressement (%)
Charente	332	414	121 210	11,3	190	69 299	522	190 509	36,4
Charente Maritime	365	616	133 218	9,0	271	98 825	636	232 043	42,6
Deux Sèvres	334	458	121 938	9,3	130	47 376	464	169 314	28,0
Vienne	389	527	142 024	12,2	188	68 620	577	210 644	32,6
Poitou Charentes	1 420	2 015	518 390		778	284 121	2 199	802 511	

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Si l'on parle maintenant en termes de séjours et non en termes de lits ou de journées, on remarque que le taux d'attraction extra départemental est relativement élevé pour l'ensemble des départements. Sur les 18 505 séjours de personnes hébergées et recensées au cours de l'enquête en Poitou-Charentes, 2 739 séjours proviennent de l'extérieur du département dans lequel ils sont recensés (Tableau n°57). Le département de la Vienne possède le taux d'attraction le plus important avec 16 % des 4 330 personnes hébergées, soit 694 séjours allochtones. Si par contre, on tient compte des chiffres bruts, c'est alors la Charente-Maritime qui attire le plus de séjours de l'extérieur de son département avec 825 séjours, soit 14,6 % des 5 665 séjours réalisés. Viennent ensuite les départements des Deux-Sèvres et de la Charente qui sont les moins attractifs avec respectivement 679 et 541 séjours allochtones au département.

Tableau 57 - Origines des personnes hébergées dans les départements

Départements	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne	Toutes origines	Hors département	Allochtones (%)
Charente	3171	123	12	17	3795	541	14,3
Charente-Maritime	96	4841	58	12	5665	825	14,6
Deux-Sèvres	94	67	4119	141	4715	679	14,4
Vienne	20	18	68	3636	4330	694	16,0
Etablissements ayant répondu	3381	5049	4257	3806	18505	2739	

Source : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Le corollaire du taux d'attraction des séjours d'hébergement des personnes âgées d'un territoire est le « taux de fuite ». Ces informations sont importantes mais échappent jusque-là à notre enquête. Ainsi, on ne connaît pas les personnes qui choisissent un hébergement dans un autre département que ceux de la région Poitou-Charentes. Pourtant, ces données sont importantes car comme nous l'avons vu (Livre 1, Chapitre 4, Partie 4.2), l'APA est versée par le conseil général. L'identification de ces flux de personnes est importante pour que les départements appréhendent le plus justement possible la demande et qu'ils puissent ajuster l'offre malgré la mobilité des individus. Le questionnaire de notre enquête n'a pas pu identifier ces personnes, c'est pourquoi nous avons fait appel aux différents conseils généraux de la région (Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres, Vienne) pour récolter les données des différents fichiers des APA.

L'intégration des fuites de chaque département aux données de l'enquête modifie légèrement les résultats. De fait, le taux d'autarcie, qui représente la force de captation des personnes âgées hébergées domiciliées dans le département (les séjours dans le tableau n°58) et qui est inverse au taux de fuites, change également un peu. Ce sont ainsi la Charente-Maritime et la Vienne qui bénéficient des taux de fuite les plus importants de la région (respectivement 9,5 % des 9 712 séjours domiciliés et 8,9 % des 6 193 séjours domiciliés) (Tableau n°58). Viennent ensuite le département de la Charente (7 % des 5 715 séjours domiciliés) et les Deux-Sèvres (5,6 % des 6 262 séjours domiciliés).

Tableau 58 - Taux d'autarcie et de taux de fuites des personnes hébergées par département

Séjours EHPAD domiciliés	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne	Total
Taux redressement (%)	36,4	42,6	28,0	32,6	
Séjours des Etablissement ayant répondu *	3 381	5 049	4 257	3 803	16 490
Séjours Etablissement n'ayant pas répondu **	1 933	3 745	1 654	1 837	9 169
Fuites hors département ***	401	918	351	553	2 223
Total domiciliés	5 715	9 712	6 262	6 193	27 882
Taux de fuites (%)	7,0	9,5	5,6	8,9	
Taux d'autarcie (%)	93,0	90,5	94,4	91,1	

* Recensement par enquête ARS

** Après redressement des établissements non répondants à l'enquête ARS

*** Evaluées depuis les fichiers APA

Source : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

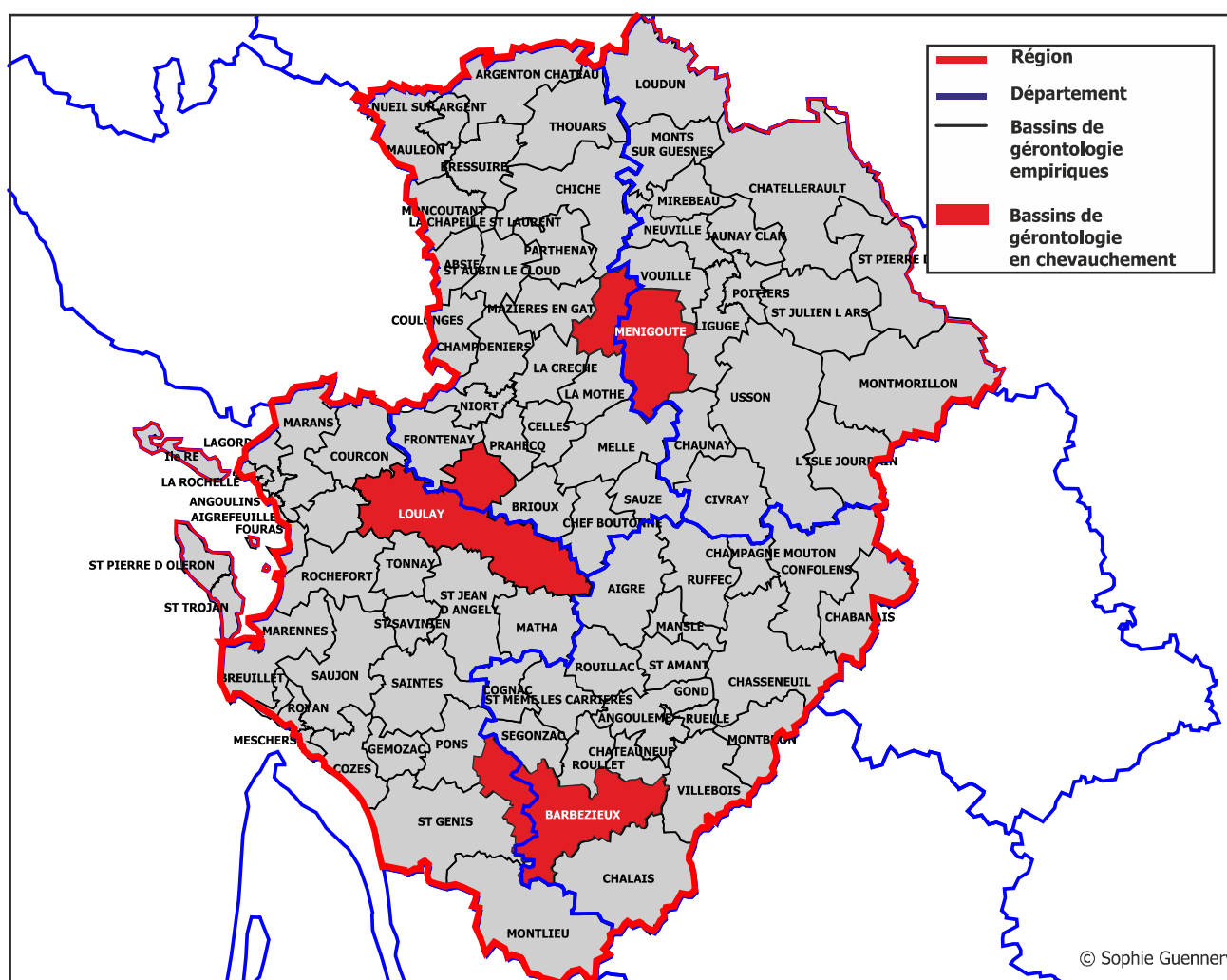
L'identification du volume de séjours d'hébergement, combinés à la manière dont les individus trouvent une réponse d'hébergement, rend possible la construction de bassins gérontologiques (Figure n°72). Et c'est bien là tout l'intérêt d'une telle étude. De quelle manière les personnes âgées ont-elles recours à un hébergement ? Comment se dessine la consommation d'hébergement ? Et par conséquent, comment peut-on ajuster l'offre en fonction de ce diagnostic ? Car si les approches juridiques et politiques peuvent se réaliser à une échelle assez large (département, région), l'étude et l'adaptation des pratiques sur le terrain doivent être réalisées à une échelle plus fine (bassin gérontologique). Le choix de l'échelle opérationnelle et du terrain d'observation sont essentiels⁵⁸⁰. En effet, la demande n'est pas identique sur l'ensemble d'un département. Les individus qui résident en milieu rural ou en milieu urbain ne sont pas confrontés aux mêmes réalités et la répartition des équipements n'est pas homogène sur un département ou sur une région. Dès lors, il est indispensable de découper l'espace en territoires plus fins, comme par exemple ici, les bassins gérontologiques, en fonction du recours à l'hébergement des individus.

Ainsi, la région Poitou-Charentes est composée de 124 bassins gérontologiques (Figure n°72). Certes, ces bassins ne représentent qu'une partie de la consommation réelle des personnes âgées car tous les établissements n'ont pas participé à l'enquête, mais cette première approche donne une idée de la pratique spatiale d'hébergement des usagers autochtones à la région. Tout comme les bassins de santé, la construction des bassins gérontologiques rend compte de la consommation d'hébergement des personnes âgées domiciliées sur le territoire. Grâce à eux, on est en mesure de voir si les flux chevauchent ou non les limites départementales, d'une part,

⁵⁸⁰ SANCHEZ J-L., LATTY A. (2003) *Réussir l'observation gérontologique, vieillissement et cohésion sociale*, ODAS, Ed. Dunod, Paris, 128p.

et d'obtenir, d'autre part, un diagnostic territorial pour adapter l'offre à la demande. Ici, c'est le cas pour trois bassins gérontologiques : le bassin de Ménigoute qui se trouve entre le département de la Vienne et celui des Deux-Sèvres, le bassin de Loulay, à cheval entre le département des Deux-Sèvres et celui de la Charente-Maritime, ainsi que le bassin de Barbezieux Sain-Hilaire, situé entre les départements de la Charente et de la Charente-Maritime. Bien entendu, les données dont nous disposons limitent notre approche et nous restons tributaires de la limite régionale. Pour connaître exactement la consommation gérontologique des personnes âgées hébergées, il aurait été nécessaire de disposer des flux entrants et sortants des codes postaux des régions limitrophes du Poitou-Charentes. Malheureusement, nous n'avons pas pu collecter ces données.

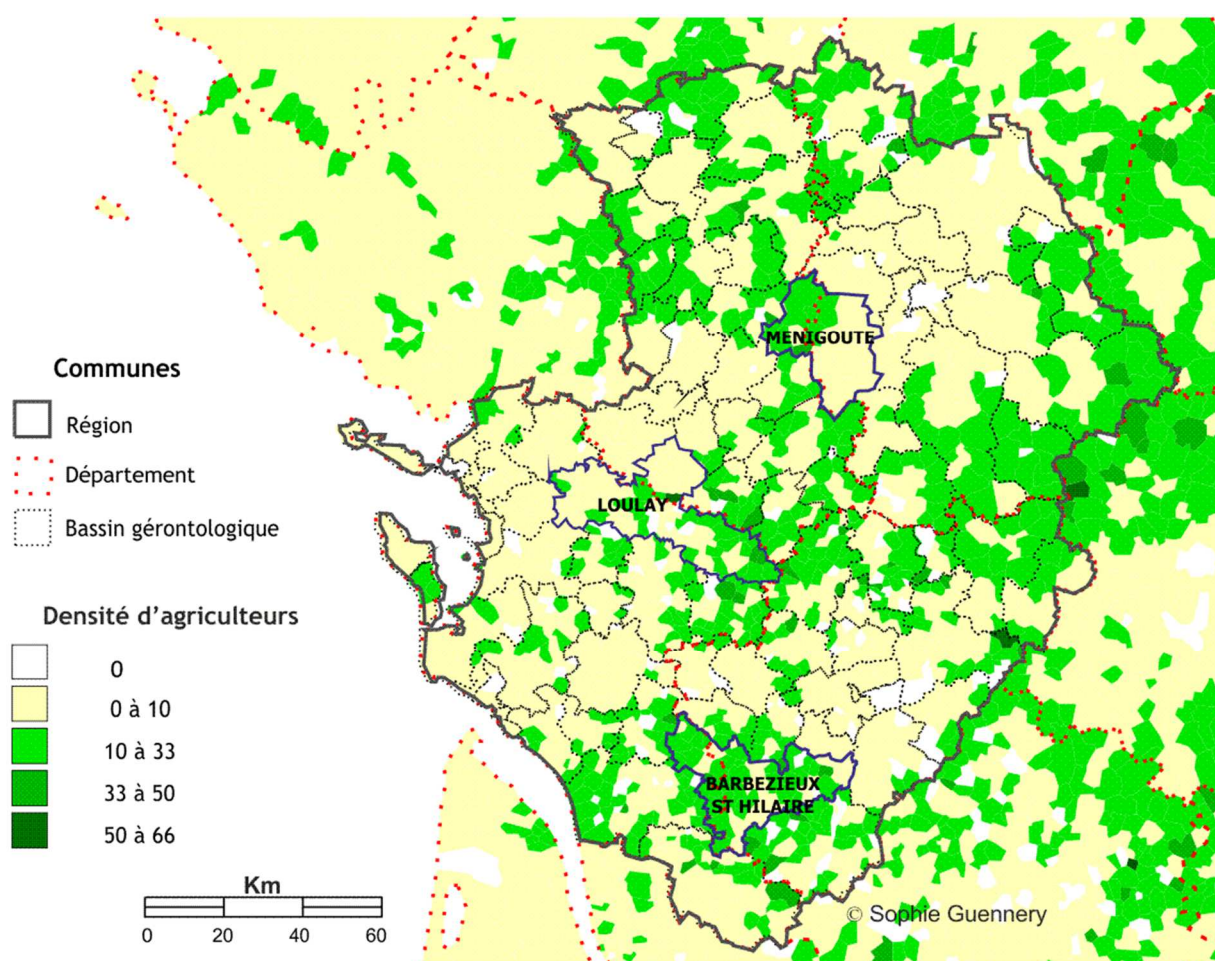
Figure 72 - Bassins gérontologiques empiriques de Poitou-Charentes en 2010
(d'après les flux des personnes hébergées)



Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

En revanche, nous avons eu l'opportunité de bénéficier des données concernant les densités d'agriculteurs sur la région. Cette région étant particulièrement rurale, nous avons corrélié ces données aux bassins gérontologiques pour tenter d'identifier ou non un recours particulier à l'hébergement (Figure n°73). Tout d'abord, les agriculteurs sont majoritairement concentrés aux marges des départements et confortent le côté rural de ces espaces et de cette région. On note ainsi un Nord-Ouest, un Centre et un Sud particulièrement agricoles (entre 10 % et 33 % d'agriculteurs). D'un point de vue gérontologique et du recours à l'hébergement, on s'aperçoit que les bassins les plus étendus sont généralement composés de densités d'agriculteurs plus importantes qu'ailleurs. Les trois bassins qui chevauchent les limites départementales reflètent cette situation. Ils sont globalement étendus et sont, au moins pour moitié, composés de densités d'agriculteurs élevées pour la région. En effet, l'étendue d'un bassin gérontologique signifie que les distances de recours à l'hébergement sont importantes et par conséquent, que le volume d'équipement est moins important que dans des bassins de petite taille.

Figure 73 - Bassins gérontologiques et densité d'agriculteurs
en Poitou-Charentes en 2010



Connaissant la consommation d'hébergement des personnes âgées et connaissant le nombre de journées d'hébergement (7,8 millions) en 2010, on peut alors s'interroger sur l'évolution de ces besoins d'ici 2020 à 2025. En effet, ce type d'enquête peut-il représenter une sorte de « scénario moyen » et apporter un éventuel éclairage pour les politiques gérontologiques futures ?

4.3 Projections de l'hébergement des personnes âgées en Poitou-Charentes

Cette enquête de terrain a permis d'identifier la consommation d'hébergement des résidents au sein de la région Poitou-Charentes, en fonction de leur origine géographique. De plus, cette enquête a recensé le sexe et la date de naissance des résidents, ce qui fait que nous disposons de la structure démographique du public étudié. Tous ces éléments, combinés aux projections démographiques (Livre 2, Chapitre 4, Partie 4.1), rendent possible la construction de projections d'hébergement complet à l'horizon 2025-2030.

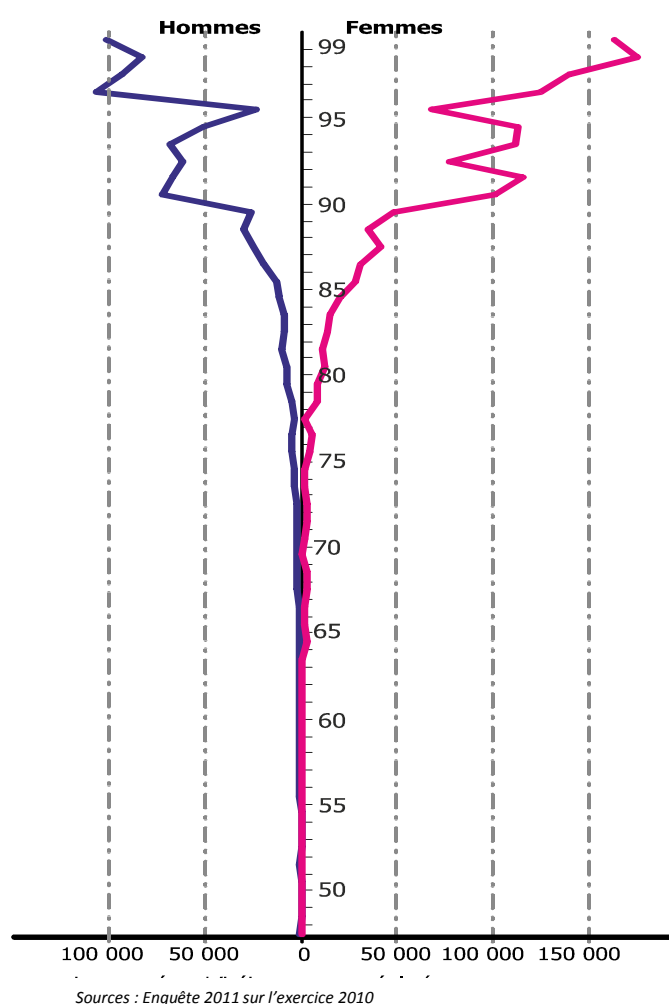
4.3.1 Taux et projections d'hébergement en Poitou-Charentes

La date de naissance et le sexe des résidents représentent deux des données centrales de notre questionnaire. Elles sont très importantes car elles permettent de calculer un taux moyen de journées d'hébergement par tranche d'âge et par sexe des personnes hébergées et « domiciliées » en région Poitou-Charentes. Pour arriver à ce résultat, il faut prendre en compte le nombre de journées total d'hébergement (journées connues par l'enquête et journées redressées) par âge et par sexe et le rapporter à la population de la région estimée en 2010. Ainsi, on est en mesure de dire que les taux d'hébergement par âge et par sexe en Poitou-Charentes sont globalement comparables entre les deux sexes jusqu'à 80 ans (Figure n°74). Dès 85 ans, les écarts se creusent et les taux de journées deviennent plus importants pour les femmes. En effet, à 90 ans, on peut voir 40 000 journées pour 1 000 hommes contre 65 000 pour 1 000 femmes. A 93 ans, on peut voir un pic de journées d'hébergement en 2010 avec 65 000 journées pour 1 000 hommes et 120 000 journées pour 1 000 femmes. A partir de 96 ans, ces taux croissent largement pour les deux sexes. A 99 ans, ils atteignent 80 000 journées pour les hommes et plus de 150 000 journées pour les femmes.

Les projections du nombre de journées d'hébergement attendues en maison de retraite pour les horizons 2025 et 2030 sont estimées par une standardisation sur le sexe et sur l'âge des taux observés de journées d'hébergement en 2010 qui sont ensuite appliqués à la structure démographique de la région pour les horizons 2025 et 2030. Si certains indicateurs (taux de lits,

taux de personnel...) représentent une base de référence au niveau national, il ne faut pas perdre de vue que ces indicateurs peuvent être faussés à cause des spécificités démographiques d'un territoire. Dès lors, il convient de s'appuyer sur la structure démographique du territoire d'étude et de réaliser une standardisation de la consommation de séjours en maisons de retraite selon l'âge. Cette méthodologie permet d'obtenir une vision concrète de la situation et des besoins d'une population sur un territoire donné.

Figure 74 - Taux de journées d'hébergement en maison de retraite par âge et par sexe pour 1000 personnes en Poitou-Charentes en 2010



Dans la mesure où les projections « OMPHALE » fournies par l'INSEE concernent la population domiciliée d'un département, d'une part, et que les lits sont occupés par une proportion non négligeable de personnes allochtones au département, d'autre part, plusieurs étapes sont nécessaires pour calculer les volumes globaux de journées d'hébergement pour chaque département picto-charentais aux horizons 2020 ou 2030. Il s'agit tout d'abord

d'estimer la consommation de journées d'hébergement pour les « habitants domiciliés », soit les autochtones, dans un département pour les années à venir (T+1). Pour cela, nous procédons à une « standardisation » selon le sexe et l'âge des taux de journées d'hébergement annuels observés en « T0 », c'est-à-dire en 2010. Il s'agit de multiplier la somme des individus de chaque tranche d'âge de chaque département, non seulement, aux projections démographiques de l'année souhaitée, mais également aux taux de journées d'hébergement par âge et par sexe de chaque département. La formule mathématique pour calculer ce volume de journées d'hébergement attendu à l'horizon T+1 pour un département donné s'exprime telle que :

$$Exp J1_{\alpha} = \sum_k^1 P1(T_{iT0})$$

Où :

Exp J1_α : est le volume attendu de journées des personnes domiciliées pour un département à l'horizon T+1

k est la somme des individus (hommes et femmes) des tranches d'âge du terrain d'étude, ici le département

P1 est l'effectif de la population de k à l'horizon T+1, soit selon les projections démographiques

T_{iT0} sont les taux de journées d'hébergement par âge et par sexe du terrain, soit le département

Dans un premier temps, ces calculs nous permettent de dire que la région Poitou-Charentes devrait connaître une augmentation du nombre de journées d'hébergement des personnes domiciliées et hébergées au sein des établissements ayant répondu à l'enquête. Elle passerait ainsi de 4,5 millions de journées à 7,6 millions de journées en 20 ans, soit entre 2010 et 2030 (Tableau n°59). Cette progression est très importante sur l'ensemble de la région. Toutefois, la Charente-Maritime devrait connaître la progression la plus importante (81 % de journées supplémentaires) et la Charente devrait avoir la croissance la moins prononcée de la région avec 58 % de journées supplémentaires en 20 ans. Les départements des Deux-Sèvres et de la Vienne devraient, quant à eux, bénéficier d'une progression de 70 % et de 66 %.

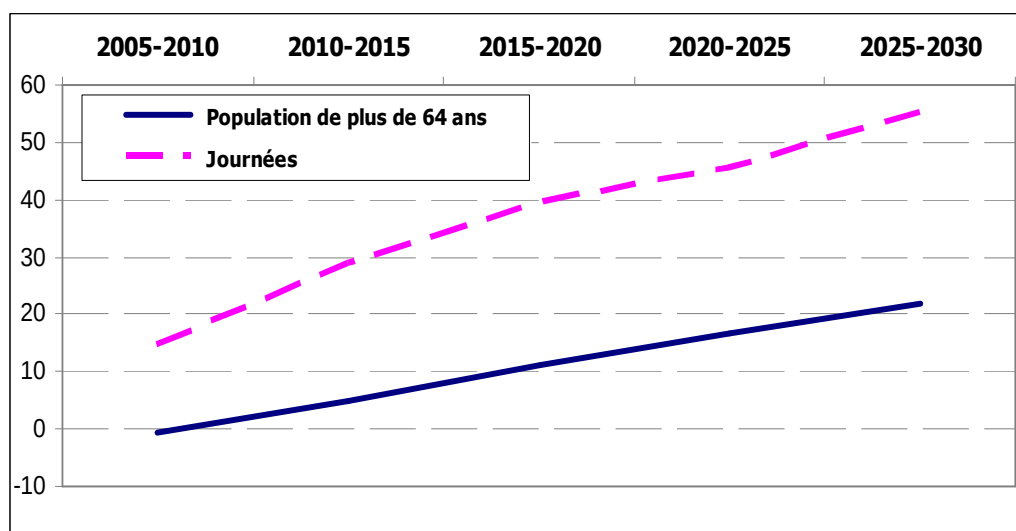
Tableau 59 - Projection des journées d'hébergement de 2010 à l'horizon 2030
des personnes autochtones au regard des établissements ayant répondu à l'enquête

Journées autochtones répondants					
Départements	Base 2010	Projections 2015	Projections 2020	Projections 2025	Projections 2030
16-Charente	949 182	1 155 678	1 299 274	1 406 453	1 503 471
17-Charente-Maritime	1 350 144	1 705 533	1 970 054	2 194 624	2 439 673
79-Deux-Sèvres	1 190 013	1 518 848	1 723 167	1 878 767	2 024 368
86-Vienne	1 024 918	1 268 435	1 428 890	1 560 730	1 705 855
Poitou Charentes	4 514 257	5 648 493	6 421 386	7 040 574	7 673 366

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Si l'on met en parallèle l'évolution du nombre de journées d'hébergement en maison de retraite et l'évolution de la population âgée de plus de 65 ans, la croissance est relativement proportionnelle sur 20 ans (Figure n°75). On note un léger ralentissement des journées d'hébergement dès 2015-2020 qui ne semble pas concerner l'évolution de la population. Toutefois, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans devrait augmenter de 20 % entre 2010 et 2030 sur l'ensemble de la région alors que le nombre de journées devrait, quant à lui, croître de plus de 40 % pour répondre convenablement à la demande d'hébergement.

Figure 75- Evolution du nombre de journées d'hébergement en maison de retraite pour les horizons 2010, 2020, 2030



Sources : Enquête 2011 sur l'exercice 2010

Ces résultats prennent uniquement en compte le volume de journées autochtones des établissements ayant répondu à l'enquête. Cette étude serait incomplète si on se limitait aux projections des seuls besoins des autochtones répondants. Il convient donc de compléter ces projections avec les projections des personnes autochtones qui n'ont pas participé à l'enquête.

Comme pour les projections générales, on tient compte du taux de redressement de chaque département.

Par exemple, pour la Charente, 542 677 journées autochtones correspondent aux 36,2 % des structures du département de la Charente n'ayant pas répondu en 2010 et viennent compléter les 949 182 journées des établissements ayant répondu dans ce même département, soit 63,8 % de journées connues (Tableaux n°59 et n°60). Par conséquent, le volume global de journées des établissements non répondants dans le département de la Charente peut être envisagé par un volume de 851 559 journées en 2030 (soit $1\,503\,471 \times 0,362/0,638 = 851\,559$, ou 853 066 non arrondi). De leurs côtés, la Charente-Maritime passerait ainsi d'un volume de 1 million à 1,8 millions de journées ; les Deux-Sèvres de 462 000 à 830 000 journées et la Vienne de 495 000 à 840 000 journées. Au total, le nombre de journées d'hébergement des personnes autochtones des établissements n'ayant pas répondu à l'enquête passerait pour l'ensemble de la région Poitou-Charentes de 2,5 millions de journées à 4,3 millions en 20 ans.

Tableau 60 - Projections des journées d'hébergement de 2010 à 2030
des personnes autochtones au regard des établissements n'ayant pas répondu à l'étude

Journées autochtones non répondants						
Départements	Base 2010	Projections 2015	Projections 2020	Projections 2025	Projections 2030	Taux Redressement (%)
16-Charente	542 677	654 571	735 903	796 608	851 559	36,2
17-Charente-Maritime	1 001 571	1 265 299	1 461 542	1 628 145	1 809 942	42,6
79-Deux-Sèvres	462 355	622 855	706 643	770 452	830 161	29,1
86-Vienne	495 198	626 064	705 260	770 333	841 962	33,0
Poitou Charentes	2 501 800	3 168 788	3 609 348	3 965 539	4 333 623	

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Au total, le nombre de journées autochtones augmenterait de 26 % entre 2010 et 2015, de 43 % entre 2010 et 2020, de 57 % entre 2010 et 2025 et de 71 % d'ici 2030 sur l'ensemble de la région (Tableau n°61).

Tableau 61 Evolution du volume total de journées d'hébergement
des personnes autochtones à la région entre 2010 et 2030

Total journées autochtones					
TOTAL	Base 2010	Projections 2015	Projections 2020	Projections 2025	Projections 2030
16-Charente	1 491 859	1 810 249	2 035 177	2 203 061	2 355 030
17-Charente-Maritime	2 351 715	2 970 831	3 431 596	3 822 770	4 249 614
79-Deux-Sèvres	1 652 368	2 141 703	2 429 810	2 649 219	2 854 528
86-Vienne	1 520 116	1 894 499	2 134 150	2 331 063	2 547 817
Poitou Charentes	7 016 057	8 817 282	10 030 734	11 006 113	12 006 990
Evolution depuis 2010		26%	43%	57%	71%

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

4.3.2 Projections du nombre de journées d'hébergement selon les flux interdépartementaux

Pour disposer de projections complètes des journées d'hébergement en Poitou-Charentes, il est nécessaire de prendre en compte les flux interdépartementaux des personnes âgées (flux entrants et sortants). L'enquête a identifié les taux d'attraction et les taux de fuites, ce qui fait que nous connaissons la porosité des limites départementales de notre terrain d'étude (Tableau n°58). Nous pouvons donc prendre en compte les mouvements interdépartementaux pour connaître plus précisément les projections de journées d'hébergement aux horizons 2020-2030.

4.3.2.1 Journées allochtones aux départements des établissements répondants

Les taux d'attraction identifiés lors de l'enquête permettent de connaître les volumes de journées réalisées par les allochtones pour les départements en 2010. De plus, nous connaissons le volume de journées consommées par les autochtones de chaque département en 2010 (T0). Dès lors, il est possible de calculer un volume de journées à partir des journées réalisées par les flux entrants en 2010 (T0), c'est à dire les personnes géographiquement étrangères aux départements.

Le calcul permettant d'estimer ce volume de journées est le suivant :

$$\text{Exp J1}_{\beta} = \left(\frac{\text{Exp J1}_{\alpha}}{T_{\alpha}} \right) T_{\beta}$$

Où :

Exp J1_β est le volume de journées allochtones attendu pour l'horizon T+1 pour un département.

Exp J1_α est le volume de journées autochtones pour l'horizon T+1 pour un département.

T1_α est le taux de journées d'hébergement autochtone du département.

T_β est le taux de journées d'hébergement allochtone du département.

L'application de ce calcul peut s'expliquer ainsi. On peut dire que la Charente dispose de 949 181 journées qui concernent 88,7 % d'autochtones (T_{α}) (Tableau n°55) et de 121 211 journées qui correspondent à 11,3 % d'allochtones (T_{α}) ayant répondu à l'enquête (Tableau n°56). Dès lors, les 1 503 471 journées estimées en Charente pour 2030 (Exp J1_β) (Tableau n°59) correspondent à 191 992 journées (Exp J1_β) pour la même période pour les journées des allochtones répondants de ce même département (Tableau n°62).

Concrètement, le calcul est le suivant : $(1\,503\,471 / 0,887) * 0,113 = 191\,992$ journées (soit 191535 non arrondi)

Le département de la Charente-Maritime passerait de 133 200 à 240 700 journées ; les Deux-Sèvres de 122 000 à 207 400 journées et la Vienne de 142 000 à 236 400 journées (Tableau n°62). Au total, le nombre de journées d'hébergement des personnes allochtones aux établissements ayant répondu à l'enquête pour l'ensemble de la région passerait de 518 400 journées à 876 500 journées entre 2010 et 2030.

Tableau 62 - Projections des journées d'hébergement de 2010 à l'horizon 2030 des personnes allochtones au regard des établissements ayant répondu à l'enquête

Journées allochtones répondants					
Départements	Base 2010	Projections 2015	Projections 2020	Projections 2025	Projections 2030
Charente	121 210	147 579	165 917	179 603	191 992
Charente Maritime	133 216	168 282	194 382	216 539	240 718
Deux Sèvres	121 938	155 633	176 569	192 513	207 432
Vienne	142 024	175 768	198 003	216 272	236 382
Poitou Charentes	518 388	647 263	734 870	804 928	876 525

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

4.3.2.2 Journées allochtones des départements pour les établissements non répondants

La proportion de journées d'hébergement des personnes allochtones des établissements répondants mérite d'être complétée par celle des structures n'ayant pas participé à l'enquête. Ainsi, ces volumes de journées sont toujours calculés en fonction des taux de redressement de chaque département (Tableau n°63). Concrètement, les 121 210 journées allochtones réalisées au sein des établissements répondants en Charente correspondent à 63,8 % des journées connues en 2010. Dès lors, le volume de journées des établissements non répondants pour la Charente pour 2010 est estimé à 68 653 (soit $121\,210 / 0,638 * 0,362 = 68\,774$, non arrondi).

Ainsi, ces projections sont significatives pour les quatre départements. La Charente passerait de 68 600 à un peu plus de 108 700 journées entre 2010 et 2030, la Charente-Maritime passerait de 98 800 à 178 600 journées, les Deux-Sèvres passeraient de 50 000 à 85 000 journées et la Vienne passerait de 70 000 à 116 600 journées entre 2010 et 2030. Au total, le nombre de journées d'hébergement réalisées par les allochtones pour les structures non participatives à l'étude passerait de 287 587 journées à 489 063 journées en 20 ans (Tableau n°63).

Tableau 63 - Projections des journées d'hébergement de 2010 à l'horizon 2030 des personnes allochtones au regard des établissements n'ayant pas répondu à l'enquête

Journées allochtones non répondants						
Départements	Base 2010	Projections 2015	Projections 2020	Projections 2025	Projections 2030	Taux Redressement (%)
Charente	68 653	83 588	93 974	101 726	108 744	36,2
Charente Maritime	98 830	124 845	144 208	160 646	178 584	42,6
Deux Sèvres	50 005	63 823	72 408	78 947	85 065	29,1
Vienne	70 099	86 754	97 729	106 746	116 672	33,0
Poitou Charentes	287 587	359 010	408 319	448 065	489 063	

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Au total, le volume de journées d'allochtones évolue de manière proportionnelle aux journées des autochtones à la région. L'évolution devrait être de 25 % entre 2010 et 2015, de 42 % entre 2010 et 2020, de 55 % entre 2010 et 2025 de 69 % entre 2010 et 2030 (Tableau n°64).

**Tableau 64 - Evolution du volume total de journées d'hébergement
des personnes allochtones à la région entre 2010 et 2030**

Total journées allochtones					
Départements	Base 2010	Projections 2015	Projections 2020	Projections 2025	Projections 2030
Charente	189 863	231 168	259 891	281 330	300 736
Charente Maritime	232 046	293 126	338 589	377 186	419 301
Deux Sèvres	171 943	219 456	248 977	271 460	292 497
Vienne	212 123	262 523	295 732	323 018	353 054
Poitou Charentes	805 975	1 006 272	1 143 189	1 252 993	1 365 588
Evolution par rapport à 2010		25%	42%	55%	69%

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

4.3.3 Volume global de journées d'hébergement aux horizons 2020-2030

Selon les projections de l'hébergement des personnes âgées en Poitou-Charentes, le volume global du nombre de journées augmenterait de 70 % en 20 ans. Il passerait ainsi de 7,8 millions de journées à 13,3 millions de journées entre 2010 et 2030 sur l'ensemble de la région (Tableau n°65). A l'échelle départementale, ce serait la Charente-Maritime qui connaîtrait la croissance la plus importante, passant de 1,5 millions à 4,6 millions de journées d'hébergement, soit une évolution de +81 %. Suivraient ensuite les Deux-Sèvres avec une croissance de +70 %, la Vienne avec 66 % et la Charente avec 58 % de croissance entre 2010 et 2030.

Tableau 65 - Projections globales des journées d'hébergement de 2010 à l'horizon 2030

Volume total des journées réalisées entre 2010 et 2030						
Départements	Base 2010	Projections 2015	Projections 2020	Projections 2025	Projections 2030	Evolution 2010-2030
Charente	1 676 657	2 041 416	2 295 068	2 484 391	2 655 766	58
Charente Maritime	2 583 834	3 263 958	3 770 185	4 199 955	4 668 916	81
Deux Sèvres	1 849 961	2 361 158	2 678 787	2 920 679	3 147 026	70
Vienne	1 742 912	2 157 022	2 429 882	2 654 081	2 900 871	66
Poitou Charentes	7 853 364	9 823 554	11 173 923	12 259 105	13 372 578	70

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Globalement, le volume de journées supplémentaires par rapport à 2010 évoluera au même rythme pour les quatre départements (Tableau n°66). C'est entre 2015 et 2020 que cette croissance sera la plus conséquente pour l'ensemble de la région (de +69 %). Ensuite, entre 2020 et 2025 ainsi qu'entre 2025 et 2030, le volume de journées supplémentaires augmentera

à une vitesse plus modérée, passant de +33 % entre 2020 et 2025 à +25 % entre 2025 et 2030. Sur les quatre départements, la Charente-Maritime devrait avoir les besoins les plus importants (+74 % entre 2015 et 2020, +36 % entre 2020 et 2025, +29 % entre 2025 et 2030). A contrario, les Deux-Sèvres devraient connaître les besoins en places d'hébergement les moins importants de la région, même si les écarts restent relatifs (+62 % entre 2015 et 2020, +29 % entre 2020 et 2025, +21 % entre 2025 et 2030).

Tableau 66 - Projections de volume de journées d'hébergement supplémentaires
entre 2015 et 2030

Projections de volume de journées supplémentaires entre 2010 et 2030							
Départements	Projections 2015	Projections 2020	Projections 2025	Projections 2030	Evolution 2015-2020 (%)	Evolution 2020-2025 (%)	Evolution 2025-2030 (%)
Charente	364 759	618 411	807 733,7	979 109	70	31	21
Charente Maritime	680 124	1 186 352	1 616 121,4	2 085 082	74	36	29
Deux Sèvres	511 197	828 826	1 070 717,9	1 297 065	62	29	21
Vienne	414 110	686 970	911 168,6	1 157 959	66	33	27
Poitou Charentes	1 970 190	3 320 559	4 405 741,5	5 519 214	69	33	25

Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

Avec un léger différentiel négatif des entrées par rapport aux sorties, la région Poitou-Charentes ne semble ni particulièrement attractive, ni réellement repoussante en matière d'hébergement (Tableau n°67). En 2010, elle attire 2 015 séjours alors que 2 223 en sortent pour trouver une réponse d'hébergement. Bien entendu, ce constat est plus significatif à l'échelle départementale. La Charente-Maritime est le département le moins attractif de la région avec un différentiel de 301 sorties par rapport aux entrées en 2010, contrairement à celui des Deux-Sèvres qui bénéficie de 107 entrées supplémentaires par rapport aux sorties. Concernant le degré de dépendance des individus hébergés, on constate que les quatre départements exportent légèrement plus de dépendance lourde qu'ils n'en importent. La Charente-Maritime est le département qui exporte le plus de dépendance lourde (511 séjours très dépendants sortants contre 247 séjours entrants) avec un différentiel de 264 séjours sortants de personnes dépendantes. La Vienne arrive en deuxième position avec un différentiel de 102 séjours dépendants sortants. Enfin, les Deux-Sèvres et la Charente ferment la marche avec respectivement 26 et 12 séjours dépendants sortants.

Tableau 67 - Solde entre les entrées et les sorties des séjours d'hébergement en 2010

Degrés de dépendance des séjours entrants et sortants						
Séjours	Sortants*			Entrants redressés**		
	Total	GIR < 3	GIR ≥ 3	Total	GIR < 3	GIR ≥ 3
Charente	401	210	191	414	198	103
Charente-Maritime	917	511	406	616	247	148
Deux-Sèvres	351	206	145	458	180	109
Vienne	554	340	215	527	238	130
Poitou-Charentes	2223	1267	957	2015	863	491

Sources : Fichiers APA CG 16, CG 17, CG 79 et CG 86

* APA CG 16, CG 17, CG 79, CG 86

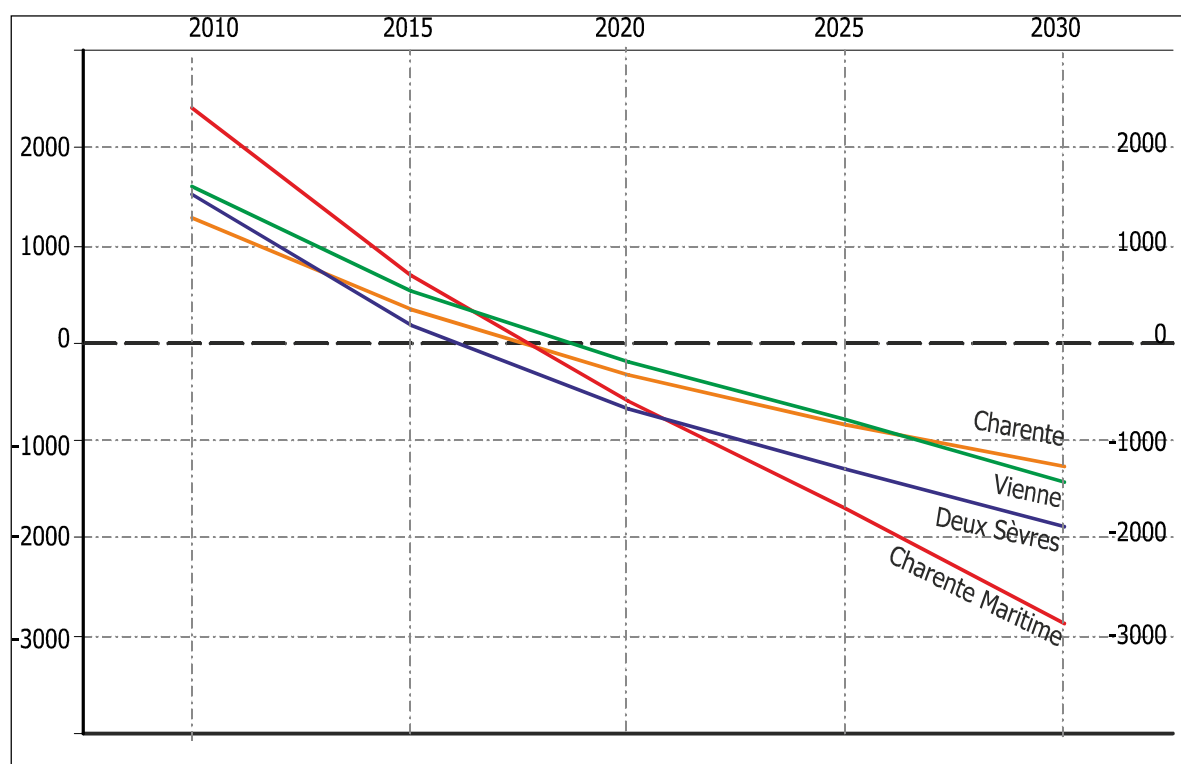
** Enquête ARS 2010

Cette expérimentation menée en Poitou-Charentes permet non seulement d'appréhender le retentissement du vieillissement de la population mais également de connaître les flux migratoires (entrants et sortants) des personnes hébergées sur ce territoire. L'intérêt de cette enquête est de fournir aux décideurs politiques une estimation des besoins à venir, « toutes choses égales par ailleurs », si aucune politique particulière n'est menée dans les vingt prochaines années (le « tout domicile » ou « le tout hébergement »). Ainsi, on se rend bien compte que les besoins vont être très importants et qu'il est urgent de mener des actions dès aujourd'hui. Bien entendu, il ne s'agit pas de donner des chiffres exacts mais de fournir une estimation de la consommation d'hébergement pour les années à venir. On peut considérer qu'il s'agit d'un « scénario moyen » car l'évolution des besoins en termes de prise en charge de la dépendance reste tributaire des politiques gérontologiques.

L'étude démographique de la région (Livre 2, Partie 4.1.1.1) montre une croissance importante du nombre de personnes âgées (attrait des retraités, installation définitive des étrangers...). Les projections démographiques « OMPHALE » de l'INSEE indiquent que la proportion de personnes de plus de 80 ans devrait passer de 6,1 % à 7,3 % entre 2010 et 2020, contre 4,7 % à 5,6 % pour la France métropolitaine. Elles estiment même que cette tranche de population représenterait près de 8,7 % de la population totale en 2030, contre 6,9 % pour la France métropolitaine. Dès lors, les besoins d'hébergement devraient évoluer conjointement. Si tel était le cas, la région produirait 5,5 millions de journées supplémentaires (Tableau n°66), ce qui correspondrait à environ 15 000 lits supplémentaires à installer d'ici 2030. Les orientations du PRIAC 2009/2013 prévoient la création de 1 681 nouvelles places d'hébergement complet en 5 ans ainsi que 81 places d'accueil de jour et 65 places d'hébergement temporaire dédiées aux

personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de pathologies apparentées⁵⁸¹. Ces chiffres paraissent assez bas par rapport aux projections calculées ci-dessus. Certes, il est légitime de ne pas créer 15 000 places d’hébergement car l’infléchissement du vieillissement de la population d’ici 30 ou 40 ans entraînera des besoins d’institutionnalisation moins importants. Toutefois, pour les 20 ans à venir, si l’on reconduit la même dynamique de flux d’entrées et de sorties au sein des maisons de retraite d’une part, et « toutes choses égales par ailleurs », c’est-à-dire si l’on maintient une politique gériatrique identique à celle d’aujourd’hui en Poitou-Charentes d’autre part, la marge de manœuvre de la région devient rapidement limitée. Si en 2010, la région dispose d’un différentiel positif de 6 800 lits, cette « réserve de lits d’hébergement » sera dépassée aux alentours de 2017 (Figure n°76). En 2030, le déficit en lits s’établirait alors aux alentours de 7 500 lits d’hébergement. Le département de Charente-Maritime accuserait le déficit le plus important (3 000 lits), suivi des Deux-Sèvres (2 000 lits), de la Vienne (1 500 lits) et de la Charente et (1 200 lits).

Figure 76 - Déficit en lits selon les départements entre 2010 et 2030



Sources : Enquête ARS 2011 sur l'exercice 2010

⁵⁸¹ PRIAC 2009/2013 de la région Poitou-Charentes (http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Qualite_et_performance/secteur_medico-social/priac_synthese_2009.pdf)

Conclusion du second livre

Aujourd'hui, les personnes âgées ont le choix de pouvoir rester à domicile ou de recourir à l'institutionnalisation lorsque leur état de dépendance devient trop important. Face à l'évolution démographique de certaines régions françaises, il devient urgent d'appréhender les besoins de prise en charge dès maintenant au risque d'aller à l'encontre des objectifs de santé publique, soit une prise en charge adéquate de nos aînés.

En 2013, le taux d'équipement d'hébergement est de 122,6 ‰ pour la France métropolitaine mais il est en baisse constante. En effet, il était de 127 ‰ en 2010 et de 125,6 ‰ en 2011. En revanche, l'offre d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour a augmenté de 33 % entre 2007 et 2011, passant ainsi de 6 000 à 8 000 places grâce aux différents plans (Alzheimer...). Parallèlement, le taux de SSIAD s'établit à 18,9 ‰ en 2010 et est en augmentation, en particulier depuis 2002 (+7 % par an). L'offre se diversifie mais les taux d'équipements diminuent car les infrastructures évoluent moins rapidement que le nombre de personnes âgées. Par conséquent, certains espaces risquent de se trouver rapidement en pénurie d'équipement. Certes, les contraintes budgétaires sont les principales causes de ce sous-équipement. Toutefois, la planification n'est pas toujours optimale et l'on se demande parfois comment sont réalisées les études de terrain pour décider du lieu d'implantation de tel ou tel service.

Dans ce contexte, notre étude de terrain montre tout son intérêt pour identifier le recrutement et l'aire d'attraction des établissements d'une part, et pour estimer plus précisément les besoins futurs d'hébergement d'autre part, en tenant compte de flux de personnes. En 2010, les quatre départements picto-charentais possèdent un taux d'occupation d'hébergement situé entre 85,9 % et 91,6 % et possèdent un potentiel d'un peu moins de 8 millions de journées en 2010. Les établissements sont majoritairement occupés par des personnes autochtones (entre 87,8 % et 91 % selon les départements), soit des résidents qui proviennent du même département que celui de la maison de retraite dans laquelle ils sont hébergés. A contrario, entre 9 % et 12,2 % des résidents proviennent d'un département différent de celui dans lequel ils sont hébergés, ce qui représente une proportion d'individus assez significative. Cette consommation permet de connaître la consommation d'hébergement et donne lieu à la construction de bassins gérontologiques (124 en Poitou-Charentes). Bien entendu, il ne s'agit que d'une « tendance moyenne » car ces données intègrent des redressements et nous ne disposons pas des informations des départements extérieurs à la région. Néanmoins, cette consommation d'hébergement donne un volume de 7,8 millions de journées en 2010 sur l'ensemble de la

région, puis un volume de 5,5 millions de journées supplémentaires d'ici 2030. De plus, selon les degrés de dépendance des résidents de la région et des données APA des personnes qui sont institutionnalisées en dehors de la région, on est en mesure de déterminer l'attractivité de la région et des départements. On peut ainsi dire que la région s'équilibre entre les sorties et les entrées pour un recours à un hébergement en maison de retraite.

Conclusion générale

L'espace géographique n'est jamais neutre et doit être perçu à travers sa composition sociale. Les raisons qui poussent un individu à vivre à un endroit résultent d'un ensemble de facteurs qui composent l'identité spatiale du territoire en question (économique, politique, climatique...). Dès lors, « *en choisissant de s'implanter, ou de maintenir son implantation dans une aire donnée (un quartier), la personne influe, même partiellement, sur la réalité locale globale et, par conséquent, joue un rôle dans la dynamique politique du lieu* »⁵⁸². Lorsqu'une personne en perte d'autonomie fait appel à des professionnels pour l'aider à accomplir les actes de la vie quotidienne à son domicile, il paraît logique qu'elle s'oriente vers une personne ou une association localisée à proximité de son lieu d'habitation. En revanche, le recours à l'offre d'hébergement reste plus difficilement prévisible car il dépend de plusieurs facteurs très hétéroclites (prix de l'hébergement, rapprochement familial, places disponibles...). Il est donc plus difficile de déterminer précisément l'orientation d'une population âgée vers tel ou tel établissement. C'est pourquoi il est indispensable d'identifier ces recours. « *Même s'il semble impossible de donner à l'espace un statut de variable explicative au même titre que d'autres variables (âge, catégories socio-professionnelles, patrimoine, etc.), l'espace apparaît comme un facteur agissant. L'espace n'est pas un biais pour échapper au social, il est en revanche [...] une lecture de l'inégalité des chances de la population dans son recours aux soins [...]* »⁵⁸³.

Si la dimension spatiale est importante, c'est parce qu'elle permet d'identifier l'offre territoriale et de pouvoir l'adapter en fonction de la demande. La construction de bassins gérontologiques en fonction de l'offre institutionnelle ou de l'aire d'intervention des SSIAD revêt toute son importance car rappelons que les limites d'un territoire ne sont pas uniquement définies par rapport aux limites administratives mais en fonction des réseaux et des intersections physiques, humaines, formelles et informelles. Ce fonctionnement dépend de la proximité géographique des acteurs et des dynamiques qu'ils ont en commun. Le territoire possède des limites fluctuantes selon les acteurs, les réseaux et les flux, c'est-à-dire en fonction des connexions entre les différents acteurs. Les réseaux dépendent ainsi d'un problème partagé et d'une recherche de solutions communes, pour arriver à la création de normes communes, c'est-à-dire une gouvernance partenariale territorialisée (LELOUP, MOYART et PECQUEUR, 2004)⁵⁸⁴.

⁵⁸² MACE J-M. (2000) *Le bassin de santé hospitalier: un outil de planification sanitaire en Île-de-France*, Thèse Doctorat Géographie de la santé, Univ.Montpellier III

⁵⁸³ MACE J-M. (2000) *Ouvrage cité*

⁵⁸⁴ LELOUP F. Et al. (2005) La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ?, *Géographie, économie, société*, Volume 7, p. 321-332

Le rôle de plus en plus important de la géographie dans la planification

Pendant longtemps, l'étude du vieillissement était uniquement réalisée par la médecine, puis par les sciences sociales, économiques ou encore politiques. L'arrivée des sciences humaines sera plus tardive. Dès les années 1970, la réflexion sur le territoire de santé a été introduite sous l'impulsion de PICHERAL H. de l'Ecole de Géographie de la Santé de Montpellier, mettant en concordance la géographie des soins à celle de l'aménagement du territoire. Aujourd'hui, les sciences humaines s'associent à diverses disciplines (sociologie, urbanisme, aménagement du territoire...) et réalisent de nombreuses recherches consacrées notamment au vieillissement démographique et à ses enjeux territoriaux, à l'analyse de l'offre et de l'accès aux soins et aux services, ou encore à la mobilité des individus... La géographie de la santé occupe aujourd'hui une place reconnue au sein des sciences humaines, notamment pour son rôle dans l'étude des disparités spatiales de la santé.

Pour PICHERAL H., la géographie de la santé se définit comme « *l'analyse spatiale des disparités de santé des populations, de leurs comportements sanitaires et des facteurs de l'environnement (physique, biologique, social, économique et culturel)* »⁵⁸⁵. On comprend bien ainsi que la santé doit être appréhendée de manière globale. Elle doit prendre en compte les déterminants sociaux et environnementaux qui influencent aussi bien l'accès aux soins que l'état de santé d'une population sur un territoire⁵⁸⁶. Ainsi, l'approche de la géographie de la santé est de plus en plus utilisée comme un outil d'aide à la décision dans la planification sanitaire et dans la planification gériatrique. En matière de vieillissement, son analyse s'intègre parfaitement au sein des schémas départementaux gériatriques et dans les Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

La dépendance : un secteur large et mouvant

⁵⁸⁵ PICHERAL H. (2001) *Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé*, Université de Montpellier III, 308p.

⁵⁸⁶ FLEURY S., THOUÉZ J-P. (2007) *La géographie de la santé, un panorama*, Economica, Anthropos, Paris, 302p.

Une partie de ce travail a tenté dans un premier temps de comprendre la structuration du système de prise en charge de la dépendance en France, à travers ses fondements historiques, législatifs et financiers.

Le budget total consacré à la dépendance ne cesse d'augmenter. En 2011, il était de 34 milliards d'euros (scénario moyen), dont 24 milliards d'euros de dépenses publiques, la part de ces derniers étant de plus en plus conséquente⁵⁸⁷. Dans un contexte de restriction budgétaire, la contribution de l'Assurance Maladie aux dépenses envers les établissements et les services aux personnes âgées est vouée, comme pour les autres secteurs, à un contrôle financier très serré. Toutefois, la prise en charge des plus fragiles fait partie des priorités nationales, ce qui fait que l'évolution de son ONDAM se trouve légèrement supérieure aux autres postes de dépenses. En 2013, il représentait 8,4 milliards d'euros et avait progressé de 4,6 % par rapport à l'année précédente⁵⁸⁸. Entre 2012 et 2013, les autres ONDAM (soins de villes et établissements de santé) connaissaient, quant à eux, une croissance de l'ordre de 2,7 %⁵⁸⁹. Entre 2013 et 2014, l'ONDAM médico-social devrait croître d'environ 3 % et le budget réservé aux personnes âgées devrait, quant à lui, ralentir légèrement (+2,9 %)⁵⁹⁰. Quelle sera l'évolution de cette part budgétaire dans les années à venir, sachant que les besoins vont être grandissants mais que les dépenses doivent être maîtrisées ? D'autant qu'en 2060, l'ensemble des dépenses publiques relatives à la prise en charge de la dépendance devrait s'élever à près de 35 milliards d'euros⁵⁹¹.

- D'un point de vue législatif, la loi « Hôpital Patients Santé Territoires - HPST » (2009) représente le dernier grand tournant de la planification sanitaire et médico-sociale, tant pour la prise en charge de la population en générale que pour les personnes fragiles. Actuellement, la loi « Service Public Territorial de Santé - SPTS », dont les objectifs semblent être en continuité avec la loi « HPST » en matière de dépendance, est en projet et devrait être adoptée d'ici fin 2014. Le principal objectif de la loi « SPTS » est de responsabiliser le pilotage territorial des politiques de santé⁵⁹². Pour cela, elle doit rapprocher les secteurs sanitaire et médico-social pour favoriser la transversalité, éviter les effets de rupture dans la prise en charge des individus et

⁵⁸⁷ RAHOLA A. (2011) *Synthèse du débat national sur la dépendance*, Rapporteur du Comité interministériel de la dépendance remis au Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 64p.

⁵⁸⁸ PLFSS 2013 et 2014

⁵⁸⁹ Commission des comptes de la sécurité sociale - PLFSS 2013

⁵⁹⁰ PLFSS 2014, Annexe n°7, ONDAM et dépense nationale de santé, 54p.

⁵⁹¹ RENOUX A., ROUSSEL R., ZAIDMAN C. (2014) *Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060*, DREES, Dossiers Solidarités et santé n°50, 44p.

⁵⁹² DEVICTOR B. (2014) *Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Rapport SPST-SPH, 209p.

aboutir à un réel parcours de soins global. Elle doit également garantir une offre de qualité et accessible à tous afin de satisfaire tous les besoins de santé sur l'ensemble du territoire. Cette loi est importante et, si elle est bien encadrée, devrait participer à une meilleure coordination de la prise en charge des personnes âgées. Les effets de rupture entre la prise en charge sanitaire (hospitalisation) et médico-sociale (retour à domicile ou en EHPAD) devraient ainsi être mieux gérés.

Plus spécifique à la dépendance, le projet de loi sur l'autonomie a été lancé fin 2013 et devrait être voté fin 2014. Ce projet de loi, dit loi des « trois A (Anticipation, Adaptation, Accompagnement) » concorde avec la loi « HPST » puisqu'il souhaite couvrir l'ensemble des champs liés à l'avancée en âge et y apporter une réponse globale, aussi bien sanitaire que médico-sociale. Cette loi devrait même permettre de mieux appréhender la dépendance puisqu'elle instaurerait un plan d'actions pluriannuel afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes sur le long terme. Aujourd'hui, les orientations de ce projet de loi sont toujours en cours. Pourtant, ce dernier devait initialement entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2015.

- Enfin, la gestion du secteur de la dépendance est principalement assurée par le Conseil Général. Au travers du schéma gérontologique départemental et du PRIAC, il intervient dans la réflexion et la mise en place des services et des équipements en faveur des personnes âgées. De plus, il finance une large partie des aides sociales comme l'APA. Toutefois, la création des ARS (2009) entraîne progressivement une modification de la planification. Dorénavant, les ARS mettent en œuvre les politiques régionales de santé en fonction des objectifs nationaux (sanitaires et médico-sociaux) et les conseils généraux assurent, au travers de dispositifs de coordination, le relais à une échelle plus fine. Seulement, la réforme territoriale laisse présager des remaniements importants et une nouvelle planification sanitaire et médico-sociale. En effet, à terme, la refonte des 22 régions en 14 régions métropolitaines devrait entraîner la disparition des conseils généraux et à un renforcement des intercommunalités.

Dans un second temps, ce travail a tenté de présenter l'offre d'hébergement et de soins à domicile (SSIAD) en faveur des personnes âgées sur l'ensemble de la France d'une part, et en région Poitou-Charentes d'autre part (terrain d'étude de ce travail de recherche). Une partie du second livre s'est attachée à mettre en place une méthodologie pour connaître la consommation réelle d'hébergement en maison de retraite, d'une part, et à estimer cette consommation pour les 15 à 20 ans à venir, d'autre part, sur un territoire donné, ici la région Poitou-Charentes.

- Au 31 décembre 2011, la France dispose de 10 481 établissements d'hébergement, toutes catégories confondues⁵⁹³. La même année, le taux d'hébergement est de 125,6 pour mille personnes âgées de plus de 75 ans. Concernant l'offre de soins à domicile, un peu plus de 93 500 places existent au 31 décembre 2009⁵⁹⁴ pour aboutir à un taux d'équipement de 18,9 ‰ personnes âgées de plus de 75 ans en 2010⁵⁹⁵. Certains travaux de projection de l'hébergement, comme celui de Cap Retraite, révèlent un besoin de 540 000 places supplémentaires d'ici 2040 si l'on souhaite maintenir le taux d'hébergement des personnes âgées de plus de 80 ans de 2011. Quant aux projections de l'offre de SSIAD, on sait que sur l'ensemble du territoire, la demande et les besoins vont être de plus en plus importants, même si nous ne disposons d'aucun chiffre détaillé sur les tendances futures. Seuls les différents plans « Solidarité grand âge » et « Alzheimer » permettent de connaître les places à créer dans les années à venir. En 2012, sur les 36 000 places programmées sur l'ensemble de la France, seules 60 % sont installées, soit 21 629 places (CNSA 2012). Selon la CNSA, ces ralentissements pourraient être liés à la prudence des gestionnaires face au contexte de réforme de la tarification, aux difficultés de recrutement du personnel soignant dans certaines régions, ou encore à une faible mobilisation des gestionnaires pour développer une offre au-delà de certains seuils. De cette offre d'hébergement et de soins à domicile ressort un besoin important de professionnels. Au 31 décembre 2011, 360 790 personnes travaillent au sein des EHPAD pour un taux d'encadrement de 54 personnes pour 100 places. De leur côté, 34 000 professionnels (24 000 ETP) exercent leur activité au sein des SSIAD⁵⁹⁶. Les besoins croissants de prise en charge entraîneront une densification de ces emplois dans les décennies à venir, tant à domicile qu'en établissement. En effet, les changements liés à la croissance du nombre de personnes dépendantes, au besoin de places spécifiques liées aux pathologies de type « Alzheimer » dans les unités spécifiques des EHPAD, au développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ou encore au recul de l'entrée en institution et l'accroissement des situations de dépendance lourde, impliquent une nécessaire structuration encadrée et suivie du secteur. Pour cela, le système doit être plus lisible (guichet d'informations unique) tant pour les particuliers que pour les professionnels (professionnalisation, formation, rémunération plus élevée) et le parcours de

⁵⁹³ DREES, *Enquête EHPA 2011, Premiers constats*

⁵⁹⁴ CHEVREUL K. (2009) *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - Le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France, Direction générale de l'action sociale, 86p.

⁵⁹⁵ DREES, Statiss 2010 et INSEE, estimation de population au 01/01/2009

⁵⁹⁶ BERTRAND D. (2010) *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, DREES n° 739, 8p.

soins nécessite une coordination des acteurs (réseaux de santé, regroupements de professionnels...). Plus largement, les politiques publiques doivent agir en amont de la dépendance⁵⁹⁷. Cela passe par l'organisation de campagne de prévention en direction du public âgé (nutrition, exercice, vivre seul à domicile...), l'organisation du retour à domicile suite à une hospitalisation, le maintien du GIR 4 pour les bénéficiaires de l'APA ou encore à l'encouragement des différents acteurs (caisses de retraite) à investir dans des mesures de prévention à domicile. Parallèlement, le coût d'une institutionnalisation doit être maîtrisé pour permettre à tous les individus de trouver une réponse d'hébergement adéquate. A ce titre, les décideurs politiques évoquent une diversification du type d'accueil et des prestations en fonction des besoins des personnes (logements individuels, accueil de jour...), la mise en place d'un référentiel national de coût d'hébergement (hébergement, tarifs de soins de base...) pour une meilleure lisibilité de l'offre, ou encore la prévision d'un certain nombre de places pouvant prétendre à l'aide sociale dans les nouveaux établissements. Par ailleurs, ces problématiques d'accompagnement de la prise en charge en établissement et de la maîtrise du reste à charge font partie du second chantier de la loi sur l'autonomie. Enfin, le développement des nouvelles technologies à travers la filière « Silver Economie » représente une piste intéressante pour aider les individus à maintenir leur autonomie. Cette économie au service des personnes âgées, est mise en avant par le gouvernement depuis 2013⁵⁹⁸. Cette filière doit encourager les innovations pour accompagner l'avancée en âge et tenter de faire reculer la perte d'autonomie. Il s'agit de créer des services personnalisés, des domotiques, soit des objets connectés et des nouvelles technologies, pour favoriser l'autonomie des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées. D'autant que selon le Ministre du redressement productif et la Ministre délégué aux Personnes âgées et à l'Autonomie, le gouvernement doit accompagner les entreprises françaises dans ce processus de développement car elles possèdent les compétences pour concevoir, mettre en œuvre et distribuer ces produits. Cette filière représente également une opportunité de croissance de l'emploi dans les années à venir. En effet, additionnée au secteur de l'aide domestique et des soins aux personnes âgées, la « Silver Economie » pourrait permettre la création de 300 000 emplois d'ici 2020⁵⁹⁹ (DARES).

⁵⁹⁷ Loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement (2013) Document de concertation

⁵⁹⁸ Données sur les robots de compagnie pour personnes âgées disponibles sur le portail de la Silver économie : sur <http://www.silvereco.fr/les-robots-de-compagnie-pour-personnes-agees/311016> (dernière consultation le 1^{er} septembre 2014)

⁵⁹⁹ BERNARD C., HALLAL S., NICOLAÏ J-P. (2013) *La Silver économie, une opportunité de croissance pour la France*, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, Rapports et documents, 112p.

Les résultats de notre recherche

L'expérimentation menée au sein de la région Poitou-Charentes est relativement « inédite » par rapport aux techniques utilisées habituellement. Elle permet d'appréhender à travers son aspect systémique, non seulement le retentissement du vieillissement de la population mais également les flux migratoires des personnes hébergées sur un territoire donné. Précisons que cette étude n'a pas la vocation de fournir des données exactes sur les besoins futurs d'hébergement. Elle a l'ambition de réaliser une estimation des besoins d'hébergement pour les 15 à 20 prochaines années, qui soit la plus crédible possible quant à la tendance à venir et qui garde comme hypothèse « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire sans qu'aucune réforme particulière ne soit développée (politique de maintien à domicile ou institutionnalisation). Précisons ici, que si nos résultats sont considérés comme un « scénario moyen », en revanche, ils ne sont pas directement transposables dans d'autres départements, *a fortiori*, dans d'autres régions. En effet, la structure démographique et la composition socio-économique d'un territoire ne sont jamais identiques d'une région à une autre. Cependant, notre modélisation peut être, quant à elle, transposée dans d'autres départements ou d'autres régions. Dans la mesure où il s'agit de disposer de taux de journées d'hébergement locaux, cette démarche s'appuie sur des données locales, et par conséquent, nécessite de réaliser une enquête de terrain identique à celle menée au cours de cette recherche. Certes, un travail de ce type représente un investissement financier relativement important (réalisation du site internet, hébergement des données, temps de travail pour les professionnels) mais cette approche scientifique est bien plus précise que certaines études souvent « approximatives » et certainement bien plus coûteuses.

Si cette approche est essentiellement basée sur une évaluation quantitative des besoins d'hébergement de la population âgée pour les décennies à venir, elle doit également être complétée par un aspect financier, c'est-à-dire le budget nécessaire à la construction d'EHPAD ou à la réhabilitation de places d'hébergement (102 000 euros pour la construction d'une place d'hébergement⁶⁰⁰) ainsi qu'au fonctionnement et aux emplois de ces structures. D'autant que dans le contexte actuel où le principal mot d'ordre est de « maîtriser des finances publiques », il paraît indispensable de connaître les coûts nécessaires pour ensuite déterminer les arbitrages appropriés et les moyens à affecter. Enfin, on ne peut se résoudre à une politique d'équipement sans une politique consacrée aux professionnels (formation, rémunération...).

⁶⁰⁰ BILLY A., MESSENGER B. Et al. (2011) *Observatoire des coûts de la construction dans le secteur médico-social, traitements statistiques*, ANAP, CNSA, 51 p.

Bien que cette recherche ait nécessité de nombreuses adaptations méthodologiques (corrections, redressements), nous n'avons pas réuni l'exhaustivité de toutes les données souhaitées. L'enquête EHPA 2011 devrait remédier à ces problèmes si elle est renseignée correctement (bien qu'elle n'ait pas été exhaustive pour les années passées). En effet, elle demande le code postal entier avant hébergement des résidents, ce qui permettrait d'appliquer notre modèle et de réaliser un diagnostic et des projections à l'échelle nationale. D'autant que la fréquence de l'enquête EHPA (tous les quatre ans) rend compte de l'évolution du profil des résidents, du type d'accueil des structures et du personnel.

Pistes à explorer pour une planification gérontologique plus précise

La méthodologie apportée par cette étude de terrain montre tout l'intérêt de la prise en compte des flux de personnes, à différentes échelles, tant à l'intérieur d'une même région qu'au niveau départemental. Les individus sont mobiles et nous avons vu qu'ils n'hésitent plus à changer de région au moment du passage à la retraite ou même de pays lorsqu'il s'agit de trouver une réponse d'hébergement (flux entre les départements du Nord de la France et la Belgique). Les résultats de notre enquête paraissent logiques et nous informent sur la tendance d'hébergement à venir sur un territoire donné. Ils mettent en évidence les besoins futurs « toutes choses égales par ailleurs » et représentent des outils d'aide dans l'élaboration des schémas gérontologiques et des PRIAC. D'autant que notre réflexion peut se réaliser à différentes échelles car on ne peut pas mener une politique de la même manière au sein des centres-villes, dans les communes suburbaines ou encore dans les communes rurales. Les territoires sont très hétérogènes et évoluent différemment en fonction de leurs composantes démographiques, sociales... Dès lors, le recours à l'hébergement peut être très différent d'un espace à l'autre, d'où l'indispensable collaboration des collectivités locales, chacune à leur niveau, pour rendre la planification sanitaire et gérontologique cohérente et efficiente.

A travers notre méthodologie, on comprend l'intérêt de la mise en place d'une base telle que le PMSI. Aujourd'hui, ce dernier est systématiquement utilisé en matière de planification sanitaire et dans les politiques de santé publique mais il se limite aux informations relatives aux hospitalisations (médecine, chirurgie, obstétrique). C'est pourquoi la constitution d'une telle base de données dédiée aux personnes âgées hébergées représenterait un réel apport méthodologique. Aujourd'hui, l'enquête EHPA représente un socle solide, d'autant qu'elle

inclut désormais le code postal intégral des résidents avant hébergement. Couplée à la base des bénéficiaires de l'APA, une base de données de ce type représenterait un outil précieux d'aide à la décision pour les différents acteurs (conseils généraux, ARS, CNSA). Il reste toutefois à mettre en place un suivi du même type pour le champ du domicile car aujourd'hui, les financements relatifs à la dépendance se multiplient en raison de la diversité des services et des aides, ce qui fait que les pouvoirs publics souhaitent bénéficier d'une vision à la fois détaillée et globale des dispositifs d'aides aux personnes et des budgets incombés. Si certains territoires (départements, régions...) sont aujourd'hui jeunes ou vieillissants, il est important de tenir compte des flux migratoires pour évaluer l'ampleur de cette dynamique dans le temps car le ministère, les ARS ou les départements s'appuient toujours sur des études réalisées selon leurs propres limites administratives (population, équipements, institutions...), ce qui ne se révèle que partiellement juste.

Cette recherche ne prône en aucun cas le fait de privilégier le domicile ou l'hébergement. Elle représente un apport méthodologique pour l'aspect quantitatif des besoins d'hébergement. Certes, elle représente un investissement mais cette démarche peut se révéler rapidement rentable (prospective, simulation, aide à la décision...) et éviter une planification inadaptée. En effet, on peut s'interroger sur les décisions politiques actuelles. Il faut limiter les dépenses publiques c'est un fait. Mais où va-t-on ? La récupération sur l'APA n'est pas encore adoptée mais représente un projet de loi régulièrement remis à l'ordre du jour pour rembourser une partie de la prise en charge de la dépendance. De leur côté, les villages pour retraités (autonomes) fleurissent un peu partout où la demande est présente mais que deviendra cette population lorsqu'elle devra recourir à une institutionnalisation ? Les places d'hébergement commencent à manquer dans certains départements et restent coûteuses. Les taux d'encadrement souvent insuffisants ou le « turn-over » des professionnels paramédicaux entraînent une baisse de qualité de la prise en charge. Comment mener de front toutes ces interrogations et comment répondre correctement à la demande ? Actuellement, le système est trop flou et nous ne sommes pas en mesure de connaître son évolution structurelle à venir. Des mesures sont prises ici et là mais n'améliorent que partiellement le secteur. Pourtant aujourd'hui, notre étude a le mérite de montrer que nous pouvons évaluer les besoins d'hébergement plus précisément que ce qui est actuellement réalisé. Mais encore faut-il le souhaiter ! A-t-on peur de voir le problème en face ? En effet, même si le maintien à domicile est aujourd'hui privilégié, les besoins en EHPAD restent importants et croissants. On ne peut pas se permettre d'être approximatif et laisser nos aînés sans recours appropriés et sans prise en

charge adaptée. Certes, les personnes âgées souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible, ce qui « contente » les politiques publiques, mais il ne faut pas pour autant négliger les besoins d'hébergement. Le domicile permet de ne pas se hâter à construire des EHPAD en masse dont on ne saurait que faire d'ici 50 ans, mais ces besoins ne doivent pas être écartés de la prise en charge. Pour cela, il paraît essentiel d'identifier les migrations des individus pour ensuite cibler le plus précisément possible les besoins de prise en charge sur tel ou tel territoire (hébergement, aides et services, professionnels). Et c'est bien dans cette perspective que cette recherche réfléchit à la mise en place d'un outil utile à la planification gérontologique pour identifier les besoins d'hébergement et adapter au mieux l'offre à la demande. Bien entendu, et comme nous l'avons déjà mentionné, il conviendrait de compléter ces résultats par une étude de l'offre à domicile afin de bénéficier d'une vision complète des besoins de prise en charge.

L'évaluation des besoins d'hébergement peut également permettre d'estimer les besoins de professionnels sur tel ou tel territoire. La demande (personnes âgées) entraîne des besoins de services qui, eux-mêmes, influencent l'offre (professionnels). En effet, la présence d'un public âgé contribue à la création d'emplois, peut pérenniser certaines activités, voire redynamiser un territoire. Cette demande locale de services et d'aides domestiques au sein de zones résidentielles semble davantage participer à la diminution du chômage et du taux de pauvreté que la productivité compétitive⁶⁰¹. Elle représente l'avantage de ne pas être « délocalisable » car pour être efficace, elle doit être installée à proximité des consommateurs. De plus, elle peut aider à la réinsertion d'un public peu qualifié. Cette dynamique, couplée à l'évaluation de la demande d'hébergement et de services à la personne, participe pleinement à la planification sanitaire et médico-sociale. On comprend bien que la prévision de ces différents besoins est précieuse. Une fois ces clés en main, on est en mesure d'identifier, selon un « scénario moyen », la pratique spatiale de la demande pour ensuite ajuster l'offre de prise en charge de la dépendance.

Pistes à explorer pour répondre à une demande croissante et changeante

Les besoins d'adaptation et de prise en charge liés à la dépendance sont grandissants et requièrent d'être diversifiés. En réponse, des solutions existent pour adapter les logements et permettre aux personnes âgées de rester dans « leurs meubles » ou bien leur proposer un

⁶⁰¹ DAVEZIES L. (2008) *La république et ses territoires : circulation visible des richesses*, Ed. Seuil, Paris, 109p.

hébergement au sein d'un EHPA (médicalisé ou non). Toutefois, le « tout » domicile ou le « tout » hébergement ne sont que des solutions radicales qu'il convient de modérer. A cela s'ajoute le fait que les budgets publics sont en baisse et que les revenus des individus permettent de moins en moins de financer une prise en charge optimale (à domicile ou en établissement). D'autant que si la proportion de personnes âgées est croissante, l'arrivée de la dépendance découle, quant à elle, du contexte de chaque individu (économique, social, environnemental...) et apparaît à des âges différents. Dès lors, face au contexte économique et social de chaque individu, on comprend bien la nécessité de recourir à une offre intermédiaire pour satisfaire le mieux possible les besoins aux différents âges. En réponse, même s'ils sont encore loin de se généraliser, différents projets alternatifs fleurissent et semblent fonctionner.

Depuis quelques années, le concept de « résidences services » est en plein essor et représente une solution d'accueil permettant de maintenir l'autonomie des personnes âgées⁶⁰². Ces résidences représentent un encadrement sécurisant, un habitat adapté à l'arrivée de la dépendance et proposent un bouquet de services à la carte. Le public accueilli est moins dépendant que celui des EHPA, ce qui fait que ces résidences ne délivrent pas de soins médicaux. Ces derniers sont réalisés par des professionnels libéraux et interviennent en fonction du choix des résidents. De plus, le recours aux résidences services est généralement réalisé en collaboration avec la personne âgée elle-même, cette dernière étant encore en mesure de réaliser ses propres choix. Enfin, les tarifs proposés sont libres mais équivalents à ceux d'un logement classique, soit moins onéreux qu'en EHPA. Les résidences services ne s'inscrivent pas dans le parcours de soins de la personne. Les personnes âgées peuvent être dirigées vers un EHPAD pour une prise en charge médicalisée mais il ne s'agit pas d'une solution intermédiaire de « filière ». Elles pratiquent un accueil spécifique et participent à la prévention de la dépendance. Le fonctionnement de ces résidences-services se rapproche de celui des foyers-logements sauf qu'elles ne sont pas soumises aux mêmes normes, ce qui fait que leur coût est moindre. En effet, elles n'appartiennent pas au secteur médico-social et ne sont pas régies par la loi 2002-02. Par conséquent, ces résidences ont des contraintes financières moins lourdes que les foyers-logements. Toutefois, elles ont un coût pour le particulier plus important que les foyers-

⁶⁰² Syndicat National des Résidences avec services pour les Aînés (2011) Les Résidences services seniors : une solution d'accueil performante pour permettre aux personnes âgées de prolonger leur autonomie, Contribution du SNRA à la concertation sur le projet de loi pour l'adaptation de la société au vieillissement, 8p.

logements. Si en foyer-logement, le tarif journalier varie entre 450 et 1 000 euros, ce tarif fluctue plus entre 1 000 et 2 000 euros par mois pour une résidence service⁶⁰³.

Depuis 2010, les résidences services sont encadrées par le Syndicat National des Résidences avec services pour les Aînés (SNRA), dont l'objectif est de regrouper les principaux acteurs du secteur des résidences services pour personnes âgées. Il représente l'interlocuteur central de tous ces acteurs et structure le réseau ainsi que le cadre réglementaire en vue d'apporter des réponses aux problématiques d'habitat adapté. Ce dernier a rejoint la Fédération du Service aux Particuliers (FESP) en 2013 afin de rapprocher les différents acteurs du secteur du service à domicile pour développer une offre coordonnée et de qualité.

Autre initiative intermédiaire, celle de la charte « Un toit, deux générations » lancée en mars 2005 par la secrétaire d'Etat aux personnes âgées, Catherine VAUTRIN⁶⁰⁴. Cette mesure est destinée à rapprocher les seniors des étudiants pour habiter au sein d'un même logement. Une charte est ainsi signée par les deux colocataires. Un code de bonne conduite et un livret de recommandations sont également soumis aux deux parties et encadrent cette démarche. Les objectifs sont multiples tant pour les seniors que pour les étudiants. Pour les premiers, il s'agit de prévenir la solitude et de maintenir une utilité sociale et pour les seconds, il s'agit d'apporter une réponse aux difficultés de logements trop onéreux. Enfin, plus globalement, cette mesure met en avant la cohésion sociale et le fait de renforcer la solidarité entre les générations. Toutefois, le rapport « Un toit, deux générations »⁶⁰⁵ de Geneviève ARFEUX-VAUCHER publié en 2006 indique que la demande du côté des étudiants est plus importante que l'offre de logements disponibles de la part des personnes âgées.

Dans le même ordre d'idée, la colocation entre les personnes n'est plus une exception aujourd'hui. La sortie du film « *Et si on vivait tous ensemble ?* » en 2010 de Stéphane ROBELIN n'est sûrement pas une coïncidence. Ce film relate l'histoire d'une bande de septuagénaires qui décide de vivre en colocation au moment où l'avancée en âge se fait sentir et où l'institutionnalisation devient possible.

⁶⁰³ Données sur le coût de la location d'un logement en résidence seniors disponible sur le site Internet : <http://www.logement-seniors.com/articles-r%C3%A9sidences-seniors/le-cout-de-la-location-d-un-logement-en-residence-seniors.html> (dernière consultation le 1^{er} juillet 2014)

⁶⁰⁴ Charte visible sur le site Internet : http://www.famidac.fr/IMG/pdf/1toit_2generations-_Charte.pdf (dernière consultation le 31 juillet 2014)

⁶⁰⁵ ARFEUX-VAUCHER G., DORANGE M., GAUSSENS J., BESSON I. (2006) Un toit, deux générations, fondation nationale de gérontologie, Septembre 2006, 37p.

La colocation résulte d'une volonté d'éviter la maison de retraite, d'une envie de rompre la solitude ou bien lorsque les moyens financiers ne sont plus suffisants pour rester seul et que le sénior ne souhaite pas être une charge pour sa famille. FIJALKOW Y., sociologue et urbaniste, constate que « *La colocation entre séniors est une sorte de réponse collective à l'individualisme ambiant* »⁶⁰⁶. Elle est similaire au « Co-Housing » (maison avec des services en commun) que l'on retrouve déjà en Europe du Nord et aux Etats-Unis. Mais il précise qu'il faut rester vigilant. Elle représente avant tout un échange marchand pour pallier aux logements trop chers. Ainsi, on peut trouver plusieurs sites Internet qui fonctionnent bien, comme par exemple « colocation.senior.fr », « appartager.com » ou encore « ex-partage-seniors.net » qui recensent plusieurs centaines d'abonnés actifs.

Enfin, un dernier exemple d'initiative intermédiaire entre le « tout » domicile et le « tout » établissement peut être illustré par l'exemple de la « maison des Babayagas » à Montreuil-sous-Bois en Seine-Saint-Denis. Cette initiative a été lancée par Thérèse CLERC en 1995 et provient de son histoire personnelle et tout aussi représentative d'un grand nombre d'aidants⁶⁰⁷. Cette dernière a longtemps assisté sa mère en fin de vie, tout en menant sa vie de femme active et de mère. Dès lors, elle décide de ne pas imposer ce type de situation à ses enfants et lance l'initiative de la « maison des Babayagas ». Thérèse CLERC s'est longtemps battue pour mener à terme son projet et le déclic ne s'est réalisé qu'après l'épisode caniculaire de 2003. C'est à ce moment que le maire de Montreuil propose un terrain en centre-ville pour accueillir ce futur projet qui, accompagné d'un budget de 4 millions d'euros de la part de la ville de Montreuil, de l'Etat, de la région, du département et de la Caisse des dépôts, a enfin pu se réaliser. Ainsi, la « maison des Babayagas » a ouvert ses portes en février 2013. Le projet accueille des femmes âgées aux revenus faibles et repose sur une maison « *autogérée, citoyenne, écologique, féministe, laïque et solidaire* », valeurs inscrites dans la charte de vie. Chaque occupante vit chez elle de manière autonome mais participe à l'entraide de la maison afin que les plus autonomes aident les plus vulnérables pour retarder l'entrée en EHPA. Chacune d'elle donne dix heures hebdomadaires de son temps à la collectivité, ce qui fait qu'il n'y a pas besoin de personnel, d'aide-soignant ou d'autre service. Depuis, Thérèse CLERC essaie d'étendre ce projet pour réaliser un « réseau de maisons de babayagas ». Cette initiative semble fonctionner

⁶⁰⁶ FIJALKOW Y. (2011) *Sociologie du logement*, Paris, La Découverte « Repères », 128 p.

⁶⁰⁷ DENIS A. (2014) Les Babayagas, la silver solidarité au quotidien, Article visible sur le site Internet Libération économie : http://www.liberation.fr/economie/2014/02/02/les-babayagas-la-silver-solidarite-au-quotidien_977239 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

puisque des projets similaires commencent à émerger à Massy-Palaiseau (Essonne), Bagneux (Hauts-de-Seine) ou Saint-Priest (Rhône).

Au terme de ce travail, cette recherche met l'accent sur la nécessité de mener une planification précise et cohérente. En effet, la notion de bassin gérontologique représente la base de la planification gérontologique en matière d'hébergement. Toutefois, cette dernière mérite d'être complétée par une planification du domicile. Ce domaine est aujourd'hui indispensable mais le manque de données le rend difficilement lisible. Dès lors, des études complémentaires doivent impérativement être menées pour compléter ce travail de recherche et bénéficier d'une vision globale de l'offre de prise en charge de la dépendance. Et c'est bien en ce sens que ce travail s'est attaché à mettre en place un outil utile à la planification pour trouver la meilleure adéquation possible entre l'offre et la demande potentielle.

Bibliographie

OUVRAGES

AFRITEA A., CHALEIXB M., COM-RUELLEA L., Et al. (2009) L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients en 2006, *Bulletin d'information en économie de la santé*, Questions d'économie de la santé n° 140, IRDES, 8p.

AGIRC-ARCCO (2012) *Bilan du service sortir plus*, exercice 2012, Annexe à l'instruction AGIRC-ARCCO 2013-87, 11p.

ALIAGA C., NEISS M. (1999) *La prise en charge des personnes âgées: maintien à domicile ou hébergement collectif*. Paris, INSEE, Données sociales, 505p.

AMAR E. (2013) *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2011*, DREES, série statistiques n°182, 133p.

AMER N., BERNARD S. Et al. (2010) *Les comptes de la sécurité sociale*, Commission des comptes de la sécurité sociale résultats 2009, prévisions 2010, Niveau de vie des retraités, 245p.

AMYOT J-J. (2007) *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris, Ed. Dunod, 1456p.

AMYOT J-J. (2008) *Travailler auprès des personnes âgées*, 3^{ème} édition, Ed. Dunod, 416p.

ANAH (2005) Fiche pratique : *Guide pour la réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement*, Vieillir et bien vivre chez soi

ANAP (2013) *Valoriser les métiers du grand âge, retours d'expérience et pistes d'actions*, 48p.

ANESM, *Questionnaire d'auto évaluation des pratiques de bientraitance en EHPAD en 2010*, ANESM, Octobre 2011

AQUINO J-P. (2013) *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, Rapport remis à Michèle DELAUNAY et Marisol TOURAINE, Comité de l'avancée en âge : prévention et qualité de vie, 131p.

ARFEUX-VAUCHER G., DORANGE M., GAUSSENS J., BESSON I. (2006) *Un toit, deux générations*, fondation nationale de gérontologie, Septembre 2006, 37p.

ARGOUD D. (1998) *Politique de la vieillesse et décentralisation : les enjeux d'une mutation*, Ed. Erès, Pratiques du champ social, 226 p.

ARMOOGUM J., BOUFFARD-SAVARY E. (2010) *La mobilité des Français, panorama issu de l'enquête nationale « transports et déplacements en 2008 »*, Commissariat général au développement durable, 228p.

ARS Poitou-Charentes (2010) *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées*, Com' Stat n° 6, Juin 2010, 16p.

ARS Poitou-Charentes (2011) *Plan stratégique régionale de santé de Poitou-Charentes*, 326p.

ARS Poitou-Charentes, Cellule Observation Statistiques et Analyses (COSA) (2010) *Plan régional de santé, Etat des lieux*, 84p.

ARS Poitou-Charentes, PRIAC 2009/2013 de la région Poitou-Charentes

Assemblée des départements de France (2012) *Les conventions tripartites de « Pathossification » et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, guide juridique et financier, 45p.

Assemblée mondiale sur le vieillissement (1982) (Rapport), Vienne, du 26 juillet au 6 août 1982, Nation-Unies, New-York, 119p.

AUDIFFREN M. (2012) *Accompagner la dépendance en région Poitou-Charentes*, INSEE Poitou-Charentes, n°315, 12p.

BARANGE C., EUDIER V., SIRVEN N. (2008) Enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale, 2^{ème} vague de données, *Question d'économie de la santé*, n°137, IRDES 4p.

BARBIER J-C., THERET B. (2004) *Le nouveau système français de protection sociale*, Paris, Ed. La découverte, 123 p.

BARNAY T., JUSOT F., ROCHEREAU T. Et al. (2005) Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes ? *Bulletin d'informations en économie de la santé*, Question d'économie n°96, IRDES, 8p.

BARRAL C. (1999) De l'influence des processus de normalisation internationaux sur les représentations du handicap, *Handicap*, 81p.

BARRAL C., ROUSSEL P. (2002) De la CIH à la CIF. Le processus de révision, *Handicap*, 123p.

BAUDET S. (2011) *Dossier économie résidentielle : du diagnostic à la stratégie*, Centre de ressources du développement territorial, réseau rural français, 40p.

BAUDIER-LORIN C. (2004) *L'aide sociale extralégale ou facultative des départements*, DREES études et résultats, n°317, 8p.

BAUDURET J-F., JAEGER M. (2002) *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoire d'une refondation*, Ed. Dunod, 352p.

BAZILLON B., SCOLAN I. (2013) Observatoire des EHPAD de KPMG, *Enquête sur les EHPAD, Données sur l'exercice 2011*, 72p.

BEARD J. (2012) Programme « Villes amies des aînés » de l'OMS, *Les défis territoriaux face au vieillissement*, La documentation française, 183p.

BEAUMEL C., BREUIL-GENIER P., DAGUET F. (2012) *Les âges de la vie : vingt ans d'évolution*, INSEE Regards sur la parité, 17p.

BERARDIER 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*, DREES n° 748, 8p.

BERNARD C., HALLAL S., NICOLAÏ J-P. (2013) *La Silver économie, une opportunité de croissance pour la France*, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, Rapports et documents, 112p.

BERRA N. (2010) *Mission « vivre chez soi »*, Rapport, 95p.

BERTRAND D. (2010) *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, DREES n° 739, 8p.

BERTRAND D., PREVOT J., TUGORES F. (2007) *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Activité et personnel au 31 décembre 2003*, Série Statistique n°106, 71p.

BERTRAND M. (2009) *Encourager une culture de bientraitance au sein des unités de soins pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés*, Ecole des hautes études en santé publique, 76p.

BETBEZE P. (2013) *Les services à la personne en France, quels leviers pour réussir ?* Fédération du service au particulier, 52p.

BILLY A., MESSENGER B. Et al. (2011) *Observatoire des coûts de la construction dans le secteur médico-social, traitements statistiques*, ANAP, CNSA, 51 p.

BLANC A. (2010) *Les aidants familiaux*, Ed. PUG, 255p.

BLANCHET D., BUFFETEAU S., CRENNER E., LE MINEZ S. (2010) *Le modèle de microsimulation Destinie 2 : principales caractéristiques et premiers résultats*, INSEE, Série des documents de travail de la Direction des Études et Synthèses Économiques, Réf G 2010/13, 41p.

BOINA A., MERLIERE S. (2005) *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Poitou-Charentes*, DRASS Poitou-Charentes, Com'Stat n°5, 8p.

BOIS J-P. (1989) *Histoire de la vieillesse*, PUF, Que sais-je ?, 128p.

BONNET M., (2001) *Les personnes âgées dans la société*, Coll. Journal officiel, avis et rapport du conseil économique et social, Ed. Journal Officiel, 101p.

BORDERIES F., TRESPEUX F. (2011) *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010*, DREES Etudes et résultats n° 787, 8p.

BORDERIES F., TRESPEUX F. (2012) *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2011*, DREES Etudes et résultats n° 820, 126p.

BORDERIES F., TRESPEUX F. (2012) *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010*, DREES, Série Statistiques n°171, 117p.

BOUCARD J. (2007) *Etude sur les besoins en logement des personnes âgées*, Direction régionale de l'équipement de Poitou-Charentes, Les ateliers du développement, 16p.

BOURDELAIS P. (1997) *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Ed. Odile Jacob, 432p.

BOUTRAND M., PRADA D. (2014) *Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement*, Les avis du conseil économique, social et environnemental, 122p.

BOUVIER G. (2011) *Le volet Ménages de l'enquête Handicap-Santé : Présentation, calcul des poids*, INSEE, 61p.

BRAMI G. (1997) *Dictionnaire de la prise en charge des personnes âgées à domicile ou en institution*, coll. Repère-âge, Ed. Berger-Levrault, 276p.

BRANCHU C., VOISIN J., GUEDJ J., Et al. (2009) *Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des EHPAD*, Rapport Tome 1, IGAS, 144p.

BRESSE S., BERTRAND D. (2005) *Les services de soins infirmiers à domicile en 2002*, DREES Série Statistiques n°77, 41p.

BROUSSY L. (2012) *Pour une prise en charge solidaire et pérenne du risque dépendance*, Les propositions de Terra Nova, Projet 2012, contribution n°2, 117p.

BROUSSY L. (2013) *L'adaptation de la société face au vieillissement*, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Rapport remis à Michèle DELAUNAY et Marisol TOURAINE, 202p.

BRUANT-BISSON A., REBOUL J-B., AUBE-MARTIN P (2010) *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, Rapport IGAS, 94p.

BRUNET R., FERRAS R., THERY H. (1992) *Les mots de la géographie dictionnaire critique*, 2^{ème} édition, Coll. Dynamique du territoire, La Documentation française, 470p

BRUTEL C. (2002) *La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable*, INSEE, Economie et Statistique n°355-356, 16p.

BRUTEL C., OMALEK L. (2002) *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030*. Paris, INSEE, Données sociales, 12p.

BURGADE L. (2013) Rapport d'activité de 2012 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Rapport, *Promouvoir la continuité des parcours de vie*, CNSA, 144p.

BURGEL G., MACE J-M. (2010) Les territoires de santé, Bien vieillir aux Etats-Unis : mobilités résidentielles et territoire en mouvement, *Ville en parallèle*, n° 44, 218p.

CABAUSSEL B. (2013) *PRIAC 2009-2013 de la région Poitou-Charentes*, 39p.

CALOT G., CHESNAIS J-C. Et al. (1997) *Le vieillissement démographique dans l'Union Européenne à l'horizon 2050: une étude d'impact*, DATAR, Comm. Plan, Paris, Ed. Futuribles international, 227p.

CAP RETRAITE (2014) *La France face à la pénurie de maisons de retraite, situation actuelle et à venir, à l'échelle régionale et départementale*, Observatoire national, 28p.

CARBONNELLE S. (2010) *Penser les vieillesse, regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Ed. Seli Arslan, 254 p.

CARBONNIER C. (2009) *Réduction et crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, conséquences incitatives et distributives*, INSEE, Economie et statistiques n°427-428, 67p.

CASTEL R. (1995) *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Ed. Fayard, 488p.

CASTEL-TALLET M-A., FONTAINE D. Et al. (2012) *La lettre de l'Observatoire : Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, Etat des lieux 2011 des dispositifs d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, n°24, 16p.

CHANTEL C., FALINOWER I. (2011) *L'activité en 2009 des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour personnes âgées*, DREES Solidarité santé n°22, 32p.

CHARDON O., ESTRADÉ M-A. (2007) Rapport du groupe « *Prospective des métiers et qualifications* » sur les métiers en 2015, Série « Qualification et prospective », DARES, CAS, Ed. La documentation française, 238p.

CHARPIN J-M (2011) *Les perspectives démographiques et financières de la dépendance*, Rapport remis au ministre des affaires sociales et de la santé, 60p.

CHARRAUD A., CHOCQUET O. (1984) L'inégalité devant les incapacités physiques, *Economie et Statistique*, n°170, 11p.

CHAUMET-RIFFAUD C. (2002) *Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, Ed. Papyrus, Montreuil-sous-Bois, 334p.

CHEVREUL K. (2009) *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - Le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France, Direction générale de l'action sociale, 86p.

CLAISSE C., DANIEL C., Et Al (2011) *Emploi des séniors : Synthèse des principales données sur l'emploi des séniors*, Document d'études DARES, n° 164, 101p.

CLEMENT E. (2012) *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2010*, DREES Série Statistique n° 169, 135p.

CNSA (2014) *Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes pathos*, Rapport CNSA, 29p.

CNSA, *Rapports d'activité de la CNSA*, 2011 et 2012

COMMISARIAT GENERAL DU PLAN (2005) *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie*, Ed. Commissariat général du plan, Coll. Les cahiers du plan, cahier n°1, Paris, 44p.

CONSTANZA T., LE DOARE H. (2001) La solidarité intergénérationnelle en Espagne, *Cahiers du Genre*, n° 31, p. 167-184

CORDIER A., CHENE G., Et al. (2013) *Un projet global pour la stratégie nationale de santé - 19 Recommandations du comité des sages*, Rapport ministériel, 147p.

COURS DES COMPTES (2005) *Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés sur les personnes âgées dépendantes*, 429p.

COUSSEAU F., MAURIN L. (2012) Dépendance : des besoins croissants, *Compas études*, n°3, Octobre 2012, 8p.

COUTEAUX J., REBELLIAU A. (1926) *La maison de retraite de La Rochefoucauld de l'Assistance Publique à Paris*, Ed. Solsona, 83p.

CRIBIER F., DIELEMAN F. (1993) La mobilité résidentielle des retraités en Europe occidentale, *Les migrations de personnes âgées en Europe*, Espace, populations, sociétés, 5p.

CRIBIER F., KYCH A. (1993) Les migrations de retraite des citoyens en France, *Les migrations de personnes âgées en Europe*, Espace, Populations Société, 12p.

DALLOZ A., DALLOZ E. *Jurisprudence générale années 1951*, Paris, Bureau de Jurisprudence de Paris

DAVEZIES L. (2008) *La République et ses territoires, la circulation invisible des richesses*, La république des idées, Ed. Seuil, 110p.

DE HARO A. (2002) *La nouvelle tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Ed. Les études hospitalières, Bordeaux, 67p.

DEBAFLE P. (1979) *L'administration de Paris (1789-1977) : actes du colloque tenu au Conseil d'Etat le 6 mai 1978*, Paris, Ed. Champion, 146p.

DEBONNEUIL M. (2008) *Services à la personne : bilan et perspectives*, Rapport de l'inspection générale des finances, 109p.

DELARUE J-M. (2013) *Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport d'activités 2012*, Paris, Ed. Dalloz, 400p.

DESPLANQUES G. (2005) Géographie de la population âgée en France, *Les nouvelles données démographiques*, Retraite et société, n° 45, p.23-41

DESTAIS N., RUOL V., THIERRY M. (2011) *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - évaluation de l'option tarifaire dite globale*, IGAS Octobre 2011, 210p.

Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement (Rapport), Madrid, du 8 au 12 avril 2002, Nations-Unies, 2002, 84p.

DEVICTOR B. (2014) *Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Rapport SPST-SPH, 209p.

DIAZ L. (2005) *L'attractivité migratoire du Poitou-Charentes n'enraye pas le vieillissement de la population*, INSEE Décimal n° 258- Juillet 2005, 4p.

DINH Q.C. (1995) *Projection de population totale pour la France métropolitaine : horizons 1990-2050*, Paris, INSEE Résultats, 140p.

DINH Q-C. (1994) La population de la France à l'horizon 2050, *Projections démographiques*, Economie et Statistiques, n°274, p.7-32

DREES (2011) *Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'allocation personnalisée d'autonomie auprès des conseils généraux*, Exploitation des données au 1^{er} juin 2011 n°2, DREES, 2p.

DUEE M., REBILLARD C. (2006) La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, *Santé et protection sociale*, Collection Données sociales - La société française, INSEE, p. 613-619

DUMONT G-F. Et al. (2006) *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe*, Paris, Ed. Ellipses, 416p.

DUMONT Y. (2009) *Près de 13 000 retraités britanniques ont choisi de vivre en Poitou-Charentes*, INSEE Décimal n°3 (visible sur le site Internet de l'INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=15729)

DUPUIS J-M., EL MOUDDEN C. (2002) 22^{ème} journée de l'association d'économie sociale, *Politiques sociales et croissances économiques*, Volume 2, 354p.

DURANCE P., (2005) *Démographie et vieillissements des territoires*, Séminaire Prospective info, DATAR, Paris, 21p.

DUTHEIL N. (2002) *L'action sociale des communes : premiers résultats*, DREES Etudes et résultats n°195, 4p.

DUTHEIL N. (2005) *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements*, DREES, études et résultats n°380, 8p.

DREES, *Enquête EHPA (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées) en France en 2003*, DREES

DREES, *Enquête EHPA (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées) en France en 2007*, DREES

DREES, *Enquête EHPA (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées) en France en 2011 : Premiers constats*, DREES

ENNUYER B. (2014) *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, 2^{ème} édition, Ed. Dunod, Paris, 310p.

ENNUYER B., *Les malentendus de la dépendance : de l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, 2002, 336p

ESCALERE B., sous la direction de LEDUC F. (2001) *L'aide à domicile : des publics, une histoire*, *Guide de l'aide à domicile*, Paris, Dunod, 350p.

ESPAGNOL P. (2008) *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007*, DREES études et résultats, n° 637, 8p.

FELLER E. (2005) *Histoire de la vieillesse en France (1900-1960), du vieillard au retraité*, Ed. Seli Arslan, Paris, 351p.

FIJALKOW Y. (2011) *Sociologie du logement*, Paris, Ed. La Découverte, Coll. Repères, 128 p.

FLEURY S., THOUÉZ J-P. (2007) *La géographie de la santé, un panorama*, Ed. Economica, Anthropos, Paris, 302p.

FORETTE F. (1997) *La révolution de la longévité*, Paris, Ed. Grasset, 222p.

FOUQUET A., TRAGOAT J.-J. (2011) *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, IGAS, 121p.

FRAGONARD B. (2011) *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, Annexes au rapport n° 4, 217p.

FRAPIER-SAAB M. (2013) *Adaptation des logements à la perte d'autonomie : des moyens renforcés pour 2013*, Dossier de presse de l'agence nationale de l'habitat, 10p.

GALLET C. (2009) *L'hébergement des personnes âgées et des personnes handicapées françaises en Belgique*, Rapport remis au ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité ainsi qu'à la secrétaire d'Etat à la solidarité, 91p.

GALLOIS F. (2011) *Tarifification et solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, Rapport IGAS, 94p.

GERVAIS P., HEBERT R., TOUSSIGNANT M. (2004) *Profil d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant dans les résidences privées d'hébergement en Estrie*, Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement, 88p.

GIMBERT V., MALOCHET G. (2011) *Les défis de l'accompagnement du grand âge Perspectives internationales*, Centre d'analyse stratégique, DREES, 186p.

GIRARDOT-BUFFARD P. (2009) *Le patrimoine des ménages retraités, Les revenus et le patrimoine des ménages*, INSEE références, 12p.

GIRAUD A. (2009) *156 000 personnes arrivées en Poitou-Charentes en 5 ans*, INSEE Décimal Poitou-Charentes, n°293, Juillet 2009, 6p.

GISSEROT H. (2007) *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*, Rapport IGAS, 188p.

GODET M., MOUSLI M. (2006) *Vieillissement, activités et territoires à l'horizon 2030*, Documentation française, Paris, 295p.

GROUPE « Société et vieillissement », Séance 3 Mesure de la dépendance, 2011, Fiche n°1 *Mesure de la dépendance – AGGIR – et éligibilité à l'APA (classement en GIR)*

GUERIN S. (2010) FONDATION AG2R LA MONDIALE Le mook autrement, série « Questions sociétales », Ed. Autrement, Paris, 95p.

GUERIN S. (2011) *La nouvelle société des séniors*, Ed. Michalon, Paris, 221p.

GUINCHARD-KUNSTLER P. (1999) *Vieillir en France: enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie : rapport à M. le Premier ministre*, Paris, Documentation Française, 169p.

HENRARD J-C, ANKRI J. (1999) *Grand âge et santé publique*, Rennes, Ed. ENSP, 230p.

HENRARD J-C, CLEMENT S., DERRIENNIC F. (1996) *Vieillissement, santé, société*, Paris, Ed. INSERM, 243p.

HENRARD J-C. (2002) *Les défis du vieillissement, la vieillesse n'est pas une maladie !*, Coll. Société et santé, Ed. La Découverte, Paris, 234p.

HENRY L., BLAYO Y., *La population de la France de 1740 à 1860*, Population, 30e année, n°1, 55p.

HERVY M-P. (2010) *Données sur l'accompagnement des personnes âgées*, Données ORS de 2000 (<http://www.apsp-paca.net/pdf-cr-mai-05/compte-rendu-Hervy.pdf>)

HYEST J-J., CABANEL G-P. (2000) Les détenus âgés : vers la prison-hospice, *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France* (Tome 1), Rapport remis au Président du Sénat, 223p.

INSEE (2012) *Accompagner la dépendance en région Poitou-Charentes*, INSEE Poitou-Charentes, n°315, Février 2012, 12p.

INSEE REFERENCES (2005) *Les personnes âgées*, Fiches thématiques

INSEE REFERENCES (2012) *Femmes et hommes, Regards sur la Parité*

INSEE, *Enquête Handicap-Invalidité-Dépendance (HID)*, 1998, INSEE

INSEE, *Enquête Handicap-Invalidité-Dépendance (HID)*, 2008, INSEE

INSEE, *Enquête Handicap-Santé 2008*, volet ménages, INSEE

INSEE, fiche thématique sur le patrimoine des ménages, édition 2013

JAEGER M. (2012) *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, 3^{ème} Ed., 224p.

JAEGER M. (2012) *Le continuum aidants informels – aidants professionnels*, Vie sociale, n°4, Ed. Eres, 208p.

JAEGER M. (2014) *Guide du secteur social et médico-social*, Dunod, 9^{ème} Ed., 272p.

JAMET F. (2003) De la CIH à la CIF, *La nouvelle revue de l'AIS*, n°22, 2^{ème} trimestre 2003, 9p.

JAUIJOU N., MINNAERT E., RIOT L. (2006) *L'EHPAD, pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique* (tome 1), centre d'analyse stratégique, Fondation Maison des Sciences de l'homme, 256 p.

JAEGER F. (2005) *L'APA : une analyse des disparités départementales en 2003*, DREES Etudes et Résultats, n°372

JOEL M-E. (2000) *La protection sociale des personnes âgées en France*, Que sais-je, PUF, 127 p.

JOEL M-E., WITTWER J. (2005) *Economie du vieillissement : Age et emploi*, TOME 1, Ed. L'Harmattan, 379 p.

JOEL M-E., WITTWER J. (2005) *Economie du vieillissement : Age et emploi*, TOME 2, Ed. L'Harmattan, 391 p.

JOURDAIN A. (2001) L'usage sélectif des évaluations des PED et PSD par le décideur : soutien aux innovations institutionnelles, réticence à payer le prix de la dépendance, *Gérontologie et société* 4 (n° 99), 15p.

KANNER P. (2012) Les services d'aides à domicile gérés par les CCAS et CIAS, *Enquêtes et observations sociales*, Les enquêtes de l'UNCCAS n°3, 24p.

LAROQUE M. (2004) *Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées*, Rapport de l'IGAS, n° 2004-133, Paris, 40p.

LAROQUE M., ZEGGAR H., AMGHAR Y-G. (2011) *Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement*, Rapport IGAS, 91p.

LAROQUE P. (1962) *Politique de la vieillesse*, Rapport issu des travaux de la commission d'étude des problèmes du vieillissement du Haut Comité consultatif de la population et de la famille

LE BIHAN B., MARTIN C., SCHEYER F-X. Et al. (2000) *La prestation spécifique dépendance à domicile en pratiques dans six départements*, DREES n°64, 8p.

LE BOULEUR S. (2005) *Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025*, Rapport du Commissariat général du plan, cahier n°11, Paris, 100p.

LEBATARD C. (1999) *Les perspectives démographiques à l'horizon 2020-2040*, Paris Ed. Journal Officiel, Avis et rapports du Conseil économique et social, 312p.

LECERF J-R. (2008) Projet de loi pénitentiaire, Rapport n° 143 (2008-2009), chapitre « le Handicap et les détenus », Disponible sur le site Senat.fr (dernière consultation le 1^{er} juillet 2014)

LÉCROART A. (2011) *Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060*, DREES, Série sources et méthode n° 23, 42p.

LÉCROART A., FROMENT O., MARBOT C. Et al. (2013) *Projections des populations âgées dépendantes deux méthodes d'estimation*, DREES Dossier Solidarité et Santé n°43, 28p.

LELOUP F., MOYART L., PECQUEUR B. (2005) La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ?, *Géographie, économie, société*, Volume 7, Ed. Lavoisier, 110p.

LE PEN C. (2006) L'économie du vieillissement conduit à s'interroger sur ce qu'est une personne âgée, *La lettre du Collège des Economistes de France*, n°4, 17^{ème} année, 8p.

LERIDON H., DUPAQUIER J. (1996) Histoire de la population française, *Population et sociétés*, INED, volume 51, n°6, 4p.

LEROUX G. (2002) Traduction de l'œuvre de PLATON *La République*, Ed. Flammarion, 801p.

LEROUX I. (2013) *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2011*, DREES Etudes et résultats n°835, 6p.

LEROY D. (2006) *L'installation des Britanniques en France et en Poitou-Charentes*, Comité régional du tourisme, Compte-rendu du 2 mars 2006, 8p.

LETARD V. (2008) *Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes*, Rapport au ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, 19p.

LOONES A., DAVID-ALBEROLA E., EUGENE S. (2005) *Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile*, CREDOC, Cahier de recherche n° 221, 105p.

MARBOT C., ROY D. (2012) *Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle « Destinie »*, Document de travail, INSEE, 64p.

MARCHAND P. (2002) *Déficiences motrices et situations de handicaps*, Ed. APF, 504p.

MARQUIER R. (2010) *Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008*, DREES études et résultats n° 728, 8p.

MARTIN C. (2003) *La dépendance des personnes âgées, quelles politiques en Europe ?*, Ed. Presses universitaires de Rennes/Ecole Nationale de Santé Publique, 368 p.

MARTIN C., LESEMANN F. (1993) *Les personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, notes et études documentaires, Les études de la documentation française, Collection Société n°4967-4968, Paris, 215p.

MARTIN J-M., NEPVEU G. (1970) *Pour une politique de la vieillesse*, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Ed. Publication gouvernementale, Quebec

MASSET C. (2002) *À quel âge mouraient nos ancêtres ?*, INED, Population et sociétés n°380, 4p.

MAYEN M. (1972) La population des hospices et des maisons de retraite, *Population*, 27e année, n°1, 14p.

MESRINE A. (2003) *Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001 et 2002*, DREES, Etudes et résultats n°263, 8p.

MEY P. (1978) Cadre historique et politique du développement de l'aide-ménagère à domicile, *Gérontologie et société* n°5, 9p.

MICHEL C. (2002) *La prise en charge des personnes dépendantes, âgées de 75 ans ou plus: de fortes disparités régionales*, INSEE, Données sociales, Paris, 13p.

Ministère du redressement productif et du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (2013) *France robot initiatives*, Rapport, 28p.

MINOIS G. (1987) *Histoire de la vieillesse : De l'Antiquité à la renaissance*, Ed Fayard, 398p.

MOREL A., VEBER O. (2011) *Société et vieillissement*, Rapport du groupe n°1, IGAS, 334p.

MORMICHE P., ROBINE J-M. *L'espérance de vie sans incapacité augmente*, INSEE, Série INSEE Première n°281, Octobre 1993, 4p.

MOUNIER C., WAQUET C. (2013) *Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*, Mise en œuvre des projets pilotes, Rapport IGAS, 85p.

NADER B., sous la direction de VIRIOT-DURANDAL J-P., PIHET C., CHAPON M-P. (2012) *Perception, appropriation et représentations des territoires de vie des 75 ans et plus dans le 15^{ème} arrondissement parisien : l'apport des cartes mentales, Les défis territoriaux face au vieillissement*, La documentation française, 183p.

OCDE (2005) *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, Le projet de l'OCDE sur la santé, Ed. OCDE, 158 p.

OCDE, *Panorama de la société 2011 Les indicateurs sociaux de l'OCDE: Les indicateurs sociaux de l'OCDE*, 2011, 104p.

OULD-YOUNES S. (2010) *Les services à la personne : une croissance vive en 2007, atténuée en 2008*, DARES n° 20, 10p.

PAILLAT P., PARANT A. (1983) *Conditions de vie et ressources des retraités agricoles*, Paris, Ed. PUF, 208p.

PAILLAT P., WIBAUX C. (1969) *Conditions de vie et besoins des personnes âgées en France, Tome 1: les citadins âgés*, Paris, Ed. PUF, 281p.

PALARD J., VEZINA J. (2007) *Vieillesse : santé et société, défis et perspectives, compte-rendu de la troisième édition des rencontres Champlain-Montaigne*, Québec, 4-6 mai 2005, Ed. Les Presses de l'université de Laval, Canada, 232p.

PENNEC S. (2012) Vieillesse et usage des TIC : analyse des réalisations et des logiques d'acteurs à l'échelle d'un territoire urbain, *Les défis territoriaux face au vieillissement*, La documentation française, 183p.

PERRIN-HAYNES J. (2010) *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007*, INSEE, Série statistiques n°142, 160p.

PICHERAL H. (1996) Mots et concepts de la géographie de la santé, *Cahiers GEOS n°2 Bis*, Université Paul Valéry, Montpellier 3, 80p.

PICHERAL H. (2001) *Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé*, Université de Montpellier III, 308p.

PICHERAL H., MACE J-M. (2008) L'hébergement des personnes âgées en France, sous la direction de BIGOT C., *Recherches sur le système de santé 2005-2007*, CIREN, 94p.

PIHET C. (2003) *Vieillir aux Etats-Unis une géographie sociale et régionale des personnes âgées*, Coll. Géographie sociale, Presses universitaires de Rennes, 253p.

PIHET C., sous la direction de BURGEL G. et MACE J-M. (2010) Bien vieillir aux Etats-Unis : mobilités résidentielles et territoire en mouvement, *Les territoires de la santé*, Ville en parallèle n° 44, p. 75-94

PINVILLE M. (2013) *Révéler le défi politique de l'avancée en âge, perspectives internationales*, Rapport remis au ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de la Dépendance (DELAUNAY M.) et au ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (TOURAINÉ M.), 81p.

PISON G. (2004) *France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans*, INED, population et sociétés n°410, Paris, 4p.

PLA A., BEAUMEL C. (2011) *Bilan démographique 2010 : la population française atteint 65 millions d'habitants*, INSEE Première n° 1332, 4p.

PREVOT J. (2009) *L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, DREES, Etudes et résultats n°689, 8p.

PREVOT J. (2009) *Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, DREES, Etudes et résultats n° 699, 8p.

RAHOLA A. (2011) *Synthèse du débat national sur la dépendance*, Rapporteur du Comité interministériel de la dépendance remis au Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 64p.

RAMOS-GORAND M. (2013) *Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux*, DREES, Dossier solidarité et santé n°36, 54p.

RAMOS-GORAND M., VOLANT S. (2014) *Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011*, DREES Etudes et résultats n°891, 6p.

RENOUX A., ROUSSEL R., ZAIDMAN C. (2014) *Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060*, DREES Dossiers Etudes et résultats n° 50, 44p.

ROBINE J-M, CAMBOIS E., BROUARD N. (1998) *Les espérances de vie appliquées à des statuts spécifiques. Historique des indicateurs et méthodes de calcul*. Population, 53^{ème} année, n°3, 30p.

ROBINE J-M, COLVEZ A., BUCQUET F. Et al. (1986) *L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) en France en 1982*, INED, Population 41^{ème} année, n°6, 18p.

ROBINE J-M, MORMICHE P., CAMBOIS E. (1999) *L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans*, Faits et chiffres, Médecine et sciences n°12, volume 15, 6p.

ROBINE J-M., CAMBOIS E. (2013) *Les espérance de vie en bonne santé des européens*, INED, Population et Société n° 499, 4p.

ROCHON J. (1988) *Les services de santé et les services sociaux : problématiques et enjeux*, Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 221p.

ROSSO-DEBORD V. (2010) *la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Rapport d'information de l'Assemblée Nationale, 128p.

ROY D., MARBOT C. (2013) *L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040*, INSEE Analyses n°11, 4 p.

SAFON M-O. (2011) *Historique des réformes hospitalières en France*, IRDES, Mise à jour en 2011, 32p.

SAINT-LAURENT A. (2010) *Action sociale AGIRC-ARCCO 2009-2013*, Dossier Garder le Cap, 1^{er} trimestre 2010, 20p.

SANCHEZ J-L., LATTY A. (2003) *Réussir l'observation gérontologique, vieillissement et cohésion sociale*, ODAS, Ed. Dunod, Paris, 128p.

SERMET C. (1998) *Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France 1970-1996*, *Bulletin d'information en économie de la santé*, Question d'économie de la santé n°12, CREDES, Paris, 6p.

SERRES J-F. (2013) *MONALISA Préconisation pour une mobilisation nationale contre l'isolement social des personnes âgées*, Rapport remis à la Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, 144p.

SIEURIN A., CAMBOIS E., ROBINE J-M. (2011) *Les espérances de vie sans incapacité en France – Une tendance moins favorable que dans le passé*, INED, Document de travail n°170, 30p.

SIMONNEAU C., MERLIERE S. (2011) *Les services de soins infirmiers à domicile en Poitou-Charentes*, ARS Poitou-Charentes, DRASS, Com'Stat n°8, 8p.

SIRVEN N. (2013) Fragilité et prévention de la perte d'autonomie, une approche en économie de la santé, *Bulletin d'information en économie de la santé*, Questions d'économie de la santé, n°184, IRDES, 6p.

SOULLIER N. (2012) *Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie*, DREES Etudes et résultats n° 799, 8p.

SOULLIER N., WEBER A. (2011) *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, DREES Etudes et résultats n° 771, 8p.

SOURNIA J-C. (1984) *Le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*, Ed. Franterm, Paris, 118p.

THOMAS P. (1996) Migrations et vieillissement des régions françaises à l'horizon 2020 [...] ou comment les phénomènes migratoires vont bouleverser le niveau de vieillissement d'une région, *La revue de gériatrie* n°10, Volume 23, 7p.

TIZON P. (2007) Décentralisation et organisation départementale de l'action gérontologique en France, *Vieillesse : santé et société - Défis et perspectives*, *Compte-rendu de la troisième édition des Rencontres Champlain-Montaigne*, Québec, Ed. Presses de l'Université Laval (Québec), Coll. Rencontres Champlain-Montaigne, 246p.

TOLLEMER A. (1856) De Beaurepaire Charles, *De quelques œuvres de miséricorde dans les premiers siècles du christianisme...*, n°1, volume 17, 5p.

TOURRAINE M., DELAUNAY M., Et al. (2013) *ONDAM et dépense nationale de santé, Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2013*, Annexe 7, 52p.

TOURRAINE M., DELAUNAY M., Et al. (2013) *Programmes de qualité et d'efficience - Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA, Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2013*, Annexe 1, 82p.

TRINCAZ J. (1998) Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale, *Revue l'Homme*, Tome 38, Volume 147, Ed. Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris, 23p.

TUGORES F. (2005) *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel*, DREES, études et résultats, n°379, 8p.

TUGORES F. (2006) *La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées*, DREES Etudes et résultats n°485, 8p.

UNA (2009) *Les aides fiscales, financières et sociales aux personnes âgées*, Mis à jour en février 2009, 6p.

UNCCAS (2011) *La dépendance : un enjeu de solidarité nationale*, UNCCAS, 48p.

UNCCAS (2012) *Les logements-foyers gérés par les CCAS et CIAS*, Enquêtes et observations sociales, les enquêtes de l'UNCCAS n°4, 24p.

VASSELLE A. (2008) *Prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque*, Rapport d'information n°447 fait au Sénat, Tome 1, 255p.

VASSELLE A. (2010) *La prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Rapport d'information n°263 fait au Sénat, 235p.

VILLEZ A. (2005) *Adapter les établissements pour personnes âgées, besoins, réglementation, tarification*, Ed. Dunod, Paris, 392p.

VIMONT C. (1967) *L'aide sociale et la lutte contre les maladies et les diverses formes d'inadaptation*, Droit social n°3, 12p.

VIRIOT-DURANDAL J-P., PIHET C., CHAPON M-P. (2012) *Les défis territoriaux face au vieillissement*, La documentation française, 183p.

VOLANT S. (2014) *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, DREES études et résultats n°877, 6p

VOLLET D., ROUSSEL V. (2007) Les retraités : Quel impact socio-économique sur les territoires ? Illustration à partir de la zone de Bourgneuf dans la Creuse, *Revue Région et développement* n°26, 16p.

THESE/MEMOIRES

AITA J.-P. (2003) *Personnes âgées, vieillissement démographique et maladies dans le quart Sud-Est de la France: étude géographique*. Thèse doctorat Géographie de la santé. Univ.Montpellier III, 316p.

GHEKIERE J-F (1996) *Les mécanismes spatiaux du vieillissement démographique dans la ville: le cas de Lille*. Thèse Doctorat Géographie Univ.Lille, 298p.

LABIE M. (2004) *Immigration britannique en Poitou-Charentes*, Mémoire de DEA, Maison des Sciences de l'homme, Poitiers, 274p.

MACE J-M. (2000) *Le bassin de santé hospitalier: un outil de planification sanitaire en Île-de-France*, Thèse Doctorat Géographie de la santé, Univ.Montpellier III

OUAD S. (2008) *Les populations âgées dépendantes à domicile : enjeux et dispositifs existants. L'exemple du département parisien*, Mémoire Master IUP, 78p.

PRESSE

CHEMIN A., APA : récupération sur succession, Article *Le Monde*, 9 juillet 2008

CHEREL R. (2013) Un dispositif pour réduire les flux aux urgences, Article journal « *Sud-Ouest* », 3 janvier 2013

DELMOTTE H. (2006) *Dix questions sur les centres locaux d'information et de coordination*, Disponible sur La gazette santé sociale.fr, Gériatologie, publication le 1^{er} octobre 2006 (dernière consultation le 22 février 2013)

DENIS A. (2014) *Les Babayagas, la silver solidarité au quotidien*, Disponible sur le site Internet Libération économie : http://www.liberation.fr/economie/2014/02/02/les-babayagas-la-silver-solidarite-au-quotidien_977239 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

DERVILLE B. (2012) Interview du PDG des « Sénioriales » *France Infos*, 25 novembre 2012
Disponible sur le lien suivant : <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2013/03/10/20002-20130310ARTFIG00157-dependance-vers-une-reforme-a-bas-cout.php?pagination=3>
(dernière consultation le 1^{er} juillet 2014)

GUICHARD G. (2013) Le gouvernement lance une petite réforme de la dépendance, Article le Figaro.fr, Publié le 10 mars 2013

LELOGEAS E. (2004) Région : l'effet Ryanair, *Les Echos* n° 19124, page 109

LE PEN C. (2011) Le vieillissement est surtout dans nos têtes ! *La tribune*, 5 janvier 2011, visible sur le site Internet de La Tribune : <http://www.latribune.fr/opinions/20110105trib000589039/le-vieillissement-est-surtout-dans-nos-tetes-.html> (dernière consultation le 31 août 2014)

LITZLER J-B. Vivre dans une résidence pour seniors, combien ça coûte ? Article *Figaro*, 21 mars 2013

MARQUET J. (2001) *Evolution et déterminants des modèles familiaux, qu'est ce qui a changé et pourquoi ?*, Communications dans le cadre des journées d'étude de l'ACRF (dernière consultation le 1^{er} juillet 2014) [en ligne] <http://sites.uclouvain.be/actualites/1marquet.pdf>

ROBINE J-M. (1999) Vivre au pays des 150 000 centenaires..., *Midi libre*, 14ème forum de l'an 2000, Le Corum Montpellier, 7p.

TREGUIER E. (2012) La retraite à l'étranger tente de plus en plus de retraités, *Nouvel Observateur*, 30 juillet 2012

UFC Que choisir (2010) *Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : pour un nouveau schéma de financement*, *Estimations*, 25p.

SITES INTERNET

Annuaire de l'action sociale - Note de bas de page 569 (dernière consultation le 30 juin 2014)
annuaire.action-sociale.org

Banque Mondiale - Note de bas de page 148 (dernière consultation le 31 juillet 2014)
<http://donnees.banquemondiale.org>

Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie – Note de bas de page 392, 403, 485, 574, 575 (dernière consultation le 31 juillet 2014)
<http://www.cnsa.fr>

CLEIRPPA – Note de bas de page 22 (dernière consultation le 31 juillet 2014)
<http://www.cleirppa.fr/UserFiles/File/Fiche-perde-d-autonomie-politique-et-lois.pdf>

Conseil d'Orientation des Retraite – Note de bas de page 347 (dernière consultation le 30 juin 2014)
<http://www.cor-retraites.fr>

Conservatoire Nationale des Arts et Métiers – Note de bas de page 491 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

<http://portail-formation.cnam.fr>

Famidac – Note de bas de page 604 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

<http://www.famidac.fr>

Fédération Française des maisons et pôles de santé – Note de bas de page 366 (dernière consultation le 1^{er} septembre 2014)

<http://www.ffmps.fr/index.php/la-federation>

Fédération Nationale des Observatoires de Santé (FNORS) - Notes de bas de page 126, 129 (dernière consultation le 15 mars 2014)

www.fnors.org

Frost and Sullivan – Note de bas de page 456 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

<http://www.frost.com/prod/servlet/press-release.pag?docid=223302636>

Gazette sociale - Note de bas de page 507 (dernière consultation le 20 août 2014)

www.gazette-sante-social.fr

Institut National des Etudes Démographiques – Notes de bas de page 147, 154 (dernière visite le 31 juillet 2014)

<http://www.ined.fr/>

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale – Notes de bas de page 154 (dernière consultation 30 juin 2014)

<http://www.inserm.fr>

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques – Notes de bas de page 3, 4, 52, 53, 149, 227, 413 (dernière consultation le 25 août 2014)

www.INSEE.fr

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Poitou-Charentes) – Notes de bas de pages 511, 512 (dernière consultation le 1^{er} août 2014)
www.INSEE.fr/fr/regions/poitou-charentes

Larousse – Note de bas de page 7, 13, 14, 55, 60, 493 (dernière consultation le 30 janvier 2014) <http://www.larousse.fr>

Legifrance - Note de bas de page 95 (dernière consultation le 25 février 2014)
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000000215460>

Le monde – Note de bas de page 241 (dernière consultation le 31 août 2014)
<http://www.lemonde.fr>

Logement des séniors - Note de bas de page 603 (dernière consultation le 1^{er} juillet 2014)
(<http://www.logement-seniors.com/articles-r%C3%A9sidences-seniors/le-cout-de-la-location-d-un-logement-en-residence-seniors.html>)

Mutualité Solidarité Agricole - Note de bas de page 400 (dernière consultation le 30 juin 2014)
<http://www.msa.fr>

Observatoire national de la fin de vie - Note de bas de page 402 (dernière consultation le 30 juin 2014)
<https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie//EHPAD>

Observatoire des territoires – Note de bas de page 414 (dernière consultation le 31 août 2014)
<http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr>

Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) – Notes de bas de page 141, 142 (dernière consultation le 30 juin 2014)
www.oecd.org

Portail de l'Argus – Note de bas de page 376 (dernière consultation le 31 juillet 2014)
<http://www.argusdelassurance.com>

Portail des impôts – Note de bas de page 292 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

<http://www.impots.gouv.fr>

Portail du gouvernement – Notes de bas de page 337, 339 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

<http://www.gouvernement.fr>

Portail du Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes - Notes de bas de page 1, 115, 258, 263, 264, 296, 444 (dernière consultation le 31 août 2014)

<http://www.social-sante.gouv.fr>

Portail du ministère de la santé - Notes de bas de pages 362 (dernières consultations le 15 août 2014)

www.sante.gouv.fr

Portail du Ministère de la santé et des solidarités - Note de bas de page 505, 506 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

<http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr> (onglet statistiques/fichier bilan CLIC par niveau de Label et Gestionnaire)

Portail du redressement productif - Notes de bas de page 455, 458 (dernière consultation le 25 août 2014)

www.redressement-productif.gouv.fr

Portail de la Sécurité Sociale – Note de bas de page 249 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

<http://www.securite-sociale.fr>

Portail du Sénat – Notes de bas de page 114, 257, 398 (dernière consultation le 1^{er} septembre 2014)

<http://www.senat.fr>

Portail de la Silver Economie - Notes de bas de page 454, 598 (dernière consultation le 31 août 2014)

<http://www.silvereco.fr/les-robots-de-compagnie-pour-personnes-agees/311016>

Portail du site francophone des acteurs du domaine gérontologique - Note de bas de page 35 (dernière consultation le 30 mai 2014)

<http://geronto.chez.tiscali.fr>

Portail du Syndicat Intercommunautaire du littoral (SIL) - Note de bas de page 522 (dernière consultation le 25 juin 2014)

<http://www.sil-dechets.fr/index.php/le-sil>

Portail de l'Union Nationale de l'Aide et des services à domicile - Notes de bas de page 250, 251, 252 (dernière consultation le 1^{er} juillet 2014)

www.una.fr

PRIAC (2009/2013) de l'ARS de Poitou-Charentes – Note de bas de page 581 (dernière consultation le 15 juillet 2014)

http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Qualite_et_performance/secteur_medico-social/priac_synthese_2009.pdf

Sénioriales - Note de bas de page 229 (dernière consultation le 20 mars 2014)

www.senioriales.com

Service public – Note de bas de page 303 (dernière consultation le 31 juillet 2014)

<http://vosdroits.service-public.fr>

TSA Quotidien - Notes de bas de page 338 (dernière consultation le 1^{er} septembre 2014)

<http://www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/articles/fiche-ressource-impression.html?RessourceID=234287>

GLOSSAIRE

ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ADF	Assemblée des Départements de France
ADL	Activities of Daily Living
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AFPA	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
AGGIR	Autonomie Gérontologique – Groupe Iso Ressources
AGIRC	Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres.
ALS	Allocation Logement à Caractère Social
AMD	Aide-Ménagère à Domicile
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAH	Agence Nationale de l'Habitat
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et des Services sociaux et Médico-sociaux
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL	Allocation Personnalisée au Logement
ARRCO	Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés
ARF	Association des Régions de France
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Aide Sociale à l'Hébergement
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
BEP	Brevet d'Etudes professionnelles
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAFAD	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CAPEB	Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment
CASA	Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

CDES	Commission Départementale de l'Education Spéciale
CESU	Chèque Emploi Service Universel
CESU	Chèque Emploi-Services Universel
CFE	Caisse des Français à l'Etranger
CHT	Communautés Hospitalières de Territoire
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement
CIH	Classification Internationale des Handicaps
CIM	Classification Internationale des Maladies
CLEIRPPA	Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Âgées
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNCG	Comité National de la Coordination Gériatrique
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOSS	Comité National de l'Organisation Sanitaire
CNRPA	Comité National des Retraités et des Personnes Agées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
COTOREP	Commission Technique d'OrientatIon et de Reclassement Professionnelle
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSA	Contribution Solidarité Autonomie
CSG	Contribution Sociale Généralisée
CTP	Convention Tripartite Pluriannuelle
CUS	Convention d'Utilité Sociale
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDASS	Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE	Direction départementale des équipements
DEAVS	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

DRASS	Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EN3S	Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale
ETP	Equivalents Temps Plein
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FESP	Fédération du Service aux Particuliers
FFAPA	Fonds de Financement de l’Allocation Personnalisée d’Autonomie
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FIR	Fonds d’Intervention Régional
FMAD	Fonds de Modernisation de l’Aide à Domicile
FMI	Fond Monétaire International
FSV	Fonds de Solidarité Vieillesse
GALAAD	Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l’Analyse et à la Décision
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GEPC	Gestion Prévisionnelle de l’Emploi et des Compétences
GIE	Groupement d’Intérêt Economique
GIR	Groupes Iso Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
GMPS	GIR Moyen Pondéré Soins
GRETA	Groupement d’Etablissements
GRSP	Groupements Régionaux de Santé Publique
HAD	Hospitalisation A Domicile
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HLM	Habitation à Loyer Modéré
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IGAS	Inspection Générale des Actions Sociales
INAMI	Institut National d’Assurance Maladie-Invalidité
INED	Institut National des Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IUT	Institut Universitaire Technique
UNASSAD	Union Nationale des Associations de Soins et de Services à Domicile

MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MAPAD	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
MAPID	Maisons d'Accueil pour Personnes Invalides Dépendantes
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MCC	Major Clinical Categories
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MTP	Majoration pour Tierce Personne
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMPHALE	Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logements et d'Elèves
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agrée
PACS	PActe Civil de Solidarité
PACT	Association de Protection, d'Amélioration, de Conservation et de Transformation de l'habitat
PAERPA	Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PARMED	Parcours d'Accès aux METiers de la Dépendance
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PAVE	Plan de mise en Accessibilité de la Voirie et des aménagements des Espaces publics
PCG	Président du Conseil Général
PCH	Prestations de Compensation du Handicap
PED	Prestation Expérimentale Dépendance
PEL	Plan d'Epargne Logement
PIB	Produit Intérieur Brut
PLFSS	Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PLH	Plan Local de l'Habitat
PLU	Plan Local d'Urbanisme
PMAB	Plan de Mise en Accessibilité des Bâtiments
PMAY	Plan de Mise en Accessibilité de la Voirie
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PMP	Pathos Moyen Pondéré

PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS	Plan Personnalisé de Santé
PRIAC	Programmes Interdépartementaux d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Plan Régional de Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
PUI	Pharmacie à Usage Interne
	RMI Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active
RUG	Resource Utilization Groups
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAE	Statistiques Annuelles des Etablissements de santé
SCOT	Schéma de Cohérence Territoriale
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SMTI	Soins Médicaux et Techniques Importants
SNIIRAM	Système National d'Information Intertégimes d'Assurance Maladie
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
SPTS	Service Public Territorial de Santé
SROMS	Schémas Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sociale
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
TPE	Très Petites Entreprises
TSCA	Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance
UNA	Union Nationale de l'Aide et des services à domicile
UNCAM	Union des Caisses d' Assurance Maladie
UNCCAS	Union Nationale des Centres Communaux d'Action sociale
UNEDIC	Union Nationale interprofessionnelle pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce
URCAM	Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
USLD	Unités de Soins de Longue Durée
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

Annexes

Annexe 1 – Questionnaire en ligne de l'enquête en région Poitou-Charentes et guide d'utilisation

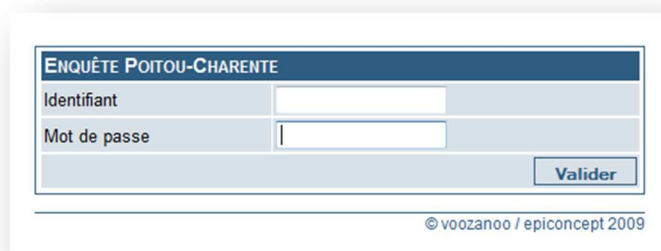
1- CONNEXION A VOTRE COMPTE

Se connecter à Internet.

Taper l'adresse suivante dans la barre de recherche Internet :

<https://voo123.voozanoo.net/enquete-poitou-charentes/>

Vous arrivez sur cette page



Entrer le Login et le mot de passe transmis par mails

Cliquer sur « Valider »



Cliquer sur « Nouvel enregistrement »

2- FICHE ETABLISSEMENT

La fiche « établissement » concerne des informations propres à la structure. Elle est donc à remplir une seule fois.

La fiche établissement se présente sous la forme de la page ci-dessous.

The screenshot shows a web interface for the 'ENQUÊTE POITOU-CHARENTE ETABLISSEMENT'. At the top, there is a header with the 'ars' logo (Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes) and the title 'ENQUÊTE POITOU-CHARENTE ETABLISSEMENT'. Below the header, there are navigation links: 'Accueil | Déconnexion' and a dropdown menu 'Selectionner un groupe : EHPAD'. A tab labeled 'Etablissement' is selected. The main form area is titled 'ETABLISSEMENT' and contains a section 'Identification de l'établissement' with the following fields: 'Nom *', 'N° Finess *', 'Code postal *' (with a location icon), 'Commune', and 'Nombre de places installées' (with a location icon). Below these fields are 'Annuler' and 'Enregistrer' buttons. At the bottom of the form, there is a section 'INDIVIDU' with an 'Ajouter' button. The footer of the page includes 'EHPAD: scylla79' on the left and '© voozanoo / epiconcept 2009' on the right.

*ATTENTION au nombre de places ! Il s'agit du nombre de places installées et non autorisées.
De plus, si certains lits de la structure ne sont pas occupés pour cause de travaux ou de maintenance, ils ne doivent pas être comptabilisés.*

La page ci-dessous apparaît.

3- FICHE INDIVIDU



Cliquer sur « Listing »

Sélectionner « liste des établissements » dans le menu déroulant

Cliquer sur le bouton « Afficher listing »



Vous arrivez sur la page ci-dessous



Cliquer sur le « e » (éditer)

Vous arrivez sur la fiche établissement que vous avez déjà remplie.

ars
Agences Régionales de Santé
Poitou-Charentes

ENQUÊTE POITOU-CHARENTE
ÉTABLISSEMENT

Accueil | Déconnexion
Etablissement

ÉTABLISSEMENT

Identification de l'établissement

Nom * 1222

N° Finess * 1222

Code postal * 12000

Commune leeee

Nombre de places installées 25

Annuler Enregistrer

Ajouter

EHPAD: 100005987 © voozanoo / epiconcept 2009

Au bas de la fiche « établissement », vous avez « individu ».

Cliquer sur « Ajouter » en bas à droite de la page pour accéder aux fiches « individus »

La fiche « individu » apparaît (page ci-dessous)

Il faut maintenant cocher/saisir les différentes informations.

ATTENTION ! Chaque personne hébergée dans votre établissement entre le 01/01/2010 et le 31/12/2010 doit faire l'objet d'une fiche. Par exemple, si 30 personnes ont été hébergées dans votre structure au cours de l'année 2010, 30 fiches doivent être renseignées. Une seule personne par fiche.

ars ENQUÊTE POITOU-CHARENTE INDIVIDU

Accueil | Déconnexion

ETABLISSEMENT	Nom	122
Editer	N° Finess	122

Individu

Identification de l'individu

Sexe * ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance *

Code postal ou commune de l'origine géographique de la personne âgée AVANT hébergement

Degré de dépendance de l'individu

GIR de la personne âgée à son entrée en établissement *

Etablissement

Date d'entrée dans l'établissement *

Si l'entrée de la personne âgée est antérieure au 1er Janvier 2010, saisir "1er Janvier 2010" comme date d'entrée

La personne est-elle sortie de l'établissement ? * ☐ Oui ☐ Non

Motifs de sortie de l'établissement

☐ Décès ☐ Hospitalisation

☐ Retour domicile ☐ Changement de structure

☐ Autres ☐ (Annuler)

Aides

Bénéficiaire de l'APA * ☐ Oui ☐ Non

Département versant l'APA

[Annuler](#) [Enregistrer](#)

Ajouter d'autres enregistrements: Non

Pour le code postal ou la commune, un menu déroulant apparaît dès que les premiers chiffres du code postal ou les premières lettres de la ville sont saisies (image ci-dessous). Sélectionner le code postal ou la ville souhaitée.

Identification de l'individu

Sexe * ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance *

Code postal ou commune de l'origine géographique de la personne âgée AVANT hébergement

1710

17100 - BUSSAC-SUR-CHARENTE

17100 - COURCOURY

17100 - FONTCOUVERTE

17100 - LA CHAPELLE-DES-POTS

17100 - LE DOUHET

17100 - LES GONDS

17100 - SAINT-VAIZE

17100 - SAINTES

17100 - VENERAND

2010" comme

La personne est-elle sortie de l'établissement ? * ☐ Oui ☐ Non

Motifs de sortie de l'établissement

☐ Décès ☐ Hospitalisation

☐ Retour domicile ☐ Changement de structure

☐ Autres ☐ (Annuler)

Dans la partie « établissement », si une personne âgée n'est pas sortie de l'établissement au 31/12/2010, cocher « non ».

Pour la date de sortie, si une personne âgée est sortie de l'établissement avant le 31/12/2010, cocher « oui ». Comme le montre la page ci-dessous, une partie du questionnaire apparaît dans laquelle il faut noter la date et le motif de sortie.

Etablissement

Date d'entrée dans l'établissement * 02 03 2010

Si l'entrée de la personne âgée est antérieure au 1er Janvier 2010, saisir "1er Janvier 2010" comme date d'entrée

La personne est-elle sortie de l'établissement ? * ☒ Oui ☐ Non

Date de sortie de l'établissement *

Motifs de sortie de l'établissement

☐ Décès ☐ Hospitalisation
☐ Retour domicile ☐ Changement de structure
☐ Autres ☐ (Annuler)

Dans la partie « aide » préciser si la personne est bénéficiaire ou non de l'APA et préciser le département qui verse l'APA.

ATTENTION ! Pour saisir plusieurs fiches « individu » l'une après l'autre, vous avez au bas de la fiche « Ajouter d'autres enregistrements », cliquer sur « oui ». Cette manipulation vous évite de repasser par l'accueil et est plus rapide.

Aides

Bénéficiaire de l'APA * ☐ Oui ☐ Non

Département versant l'APA

Annuler Enregistrer

Ajouter d'autres enregistrements: Non

EHPAD:170020531 © voozanoo / epiconcept 2009

Cliquer sur « enregistrer »

Vous accédez directement à une autre fiche « individu »

Indications supplémentaires :

- Si votre établissement possède des lits d'hébergement temporaire, ne pas les compter dans la saisie. Ne saisir que les lits d'hébergement complet.
- Si votre structure évalue les GIR des personnes hébergées tous les mois, saisir le GIR de la personne au moment de son entrée en établissement.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'informations à l'adresse mail
hotline@epiconcept.fr

BONNE SAISIE

Sophie GUENNERY

Annexe 2 - Taux d'équipement en hébergement complet par région
en France en 1992, 2007 et 2011

Région	Taux d'équipement en hébergement complet en 1992*	Taux d'équipement en hébergement complet en 2007**	Taux d'équipement en hébergement complet en 2011***
Alsace	185	143	138
Aquitaine	161	123	124
Auvergne	173	140	138
Basse-Normandie	214	147	141
Bourgogne	183	148	147
Bretagne	203	149	145
Centre	165	134	129
Champagne-Ardenne	174	133	123
Corse	67	49	60
Franche-Comté	147	112	111
Haute-Normandie	241	160	153
Ile-de-France	144	119	119
Languedoc-Roussillon	129	102	100
Limousin	143	119	117
Lorraine	196	136	133
Midi-Pyrénées	147	123	122
Nord-Pas-De-Calais	164	117	116
Pays-de-Loire	229	172	166
Picardie	184	142	133
Poitou-Charentes	163	138	139
Provence-Alpes-Côte-D'azur	121	102	101
Rhône-Alpes	186	141	139
Taux France métropolitaine	170	130	127

Sources : Drees, Finess ; Insee, estimations de population 1992, 2007, 2011

Annexe 3 - Evolution démographique de 2001 à 2030 selon les pays de l'OCDE (en milliers)

Pays	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2020	2050
Allemagne	82 488	82 534	82 516	82 469	82 376	82 266	82 110	81 902	81 777	81 798	81 932	79 914	69 412
Australie	19 651	19 895	20 127	20 395	20 698	21 016	21 384	21 779	22 065	22 324	22 684	25 288	33 959
Autriche	8 082	8 121	8 172	8 228	8 269	8 301	8 337	8 365	8 390	8 406	8 430	8 724	9 360
Belgique	10 333	10 376	10 421	10 479	10 548	10 626	10 710	10 796	10 920	11 048	11 128	11 758	13 139
Canada	31 354	31 640	31 941	32 245	32 576	32 928	33 318	33 727	34 127	34 484	34 880	38 025	48 606
Chili	15 746	15 919	16 093	16 267	16 433	16 598	16 763	16 929	17 094	17 248	17 403	18 549	20 205
Corée	47 622	47 859	48 039	48 138	48 372	48 598	48 949	49 182	49 410	49 779	50 004	51 436	48 121
Danemark	5 376	5 391	5 405	5 419	5 437	5 461	5 494	5 523	5 548	5 571	5 592	5 582	5 621
Espagne	41 314	42 005	42 692	43 398	44 116	44 879	45 556	45 909	46 071	46 175	46 147	45 249	41 768
Estonie	1 368	1 362	1 356	1 351	1 346	1 342	1 340	1 338	1 337	1 335	1 329	1 328	1 250
États-Unis	287 625	290 108	292 805	295 517	298 380	301 231	304 094	306 772	309 326	311 588	313 914	333 896	399 803
Finlande	5 201	5 213	5 228	5 246	5 266	5 289	5 313	5 339	5 363	5 388	5 414	5 606	6 084
France	59 894	60 304	60 734	61 182	61 597	61 965	62 300	62 615	62 918	63 224	63 519	66 098	72 341
Grèce	10 988	11 024	11 062	11 104	11 148	11 193	11 237	11 283	11 214	11 123	11 093	11 426	10 605
Hongrie	10 159	10 130	10 107	10 087	10 071	10 056	10 038	10 023	10 000	9 959	9 920	9 856	8 718
Irlande	3 932	3 997	4 070	4 160	4 274	4 399	4 454	4 459	4 519	4 577	4 587	4 774	5 482
Islande	288	289	293	296	304	311	319	319	318	319	320	345	420
Israël	6 570	6 690	6 809	6 930	7 054	7 180	7 309	7 486	7 624	7 754	7 886	8 983	13 824
Italie	57 157	57 605	58 175	58 607	58 942	59 375	59 832	60 193	60 483	60 010	59 540	59 001	55 710
Japon	127 435	127 619	127 687	127 768	127 770	127 771	127 692	127 510	128 057	127 799	127 515	124 100	97 076
Luxembourg	446	452	458	465	473	480	489	498	507	518	531	523	644
Mexique	103 418	104 720	105 952	107 151	108 409	109 787	111 299	112 853	114 256	115 683	117 054	127 092	150 838
Norvège	4 538	4 565	4 592	4 623	4 661	4 709	4 768	4 829	4 889	4 953	5 019	5 061	5 854
Nouvelle-Zélande	3 949	4 027	4 088	4 134	4 185	4 228	4 269	4 316	4 368	4 405	4 433	4 565	5 046
Pays-Bas	16 149	16 225	16 282	16 320	16 346	16 382	16 446	16 530	16 615	16 693	16 755	17 240	17 343
Pologne	38 232	38 195	38 180	38 161	38 132	38 116	38 116	38 153	38 517	38 526	38 534	37 830	34 543
Portugal	10 420	10 459	10 484	10 503	10 522	10 543	10 558	10 568	10 573	10 558	10 515	10 832	10 674
République slovaque	5 377	5 373	5 372	5 373	5 373	5 375	5 379	5 386	5 391	5 398	5 408	5 417	4 880
République tchèque	10 201	10 202	10 207	10 234	10 267	10 323	10 430	10 491	10 517	10 497	10 509	10 797	10 842
Royaume-Uni	59 323	59 557	59 031	59 408	59 751	60 137	60 540	60 927	61 344	63 285	63 705	66 754	76 959
Slovénie	1 995	1 996	1 997	2 000	2 007	2 010	2 021	2 040	2 049	2 053	2 057	2 142	2 115
Suède	8 925	8 958	8 994	9 030	9 081	9 148	9 220	9 299	9 378	9 449	9 519	10 168	11 269
Suisse	7 285	7 339	7 390	7 437	7 484	7 551	7 648	7 744	7 828	7 912	7 955	8 379	8 981
Turquie	69 304	70 231	71 151	72 065	71 105	70 138	71 052	72 039	73 142	74 224	75 176	81 699	93 469
UE-28	485 721	487 739	489 917	492 026	494 005	496 045	497 980	499 523	501 079	501 928	502 403	514 913	523 804
OCDE	1 172 142	1 180 378	1 187 910	1 196 191	1 202 773	1 209 712	1 218 783	1 227 122	1 235 936	1 244 063	1 250 407	1 298 440	1 394 961
Afrique du Sud	46 188	46 869	47 553	48 235	48 919	49 603	50 267	50 890	51 452	51 949	52 386	55 131	63 405
Brésil	176 304	178 741	181 106	183 383	185 564	187 642	189 613	191 481	193 253	194 933	196 526	207 143	215 288
Chine	1 295 322	1 302 810	1 310 414	1 318 177	1 326 146	1 334 344	1 342 733	1 351 248	1 359 822	1 368 440	1 377 065	1 432 868	1 384 977
Fédération de Russie	145 306	144 649	144 067	143 519	143 050	142 805	142 742	142 785	142 849	142 961	143 207	143 860	120 896
Inde	1 076 706	1 093 787	1 110 626	1 127 144	1 143 289	1 159 095	1 174 662	1 190 138	1 205 625	1 221 156	1 236 687	1 353 305	1 620 051
Indonésie	215 038	218 146	221 294	224 481	227 710	230 973	234 244	237 487	240 677	243 802	246 864	269 414	321 377
Monde	6 280 854	6 357 992	6 435 706	6 514 095	6 593 228	6 673 106	6 753 649	6 834 722	6 916 184	6 997 999	7 080 073	7 716 749	9 550 945

Source : Panorama des statistiques de l'OCDE 2014

Annexe 4 - Dépenses publiques en faveur des personnes âgées et pensions de réversion dans
les pays de l'OCDE entre 1990 et 2007

	Dépenses publiques sous forme de prestations de retraite en espèces et de pensions de réversion									Total, dont prestations en nature (en % du PIB)
	Niveau (en % du PIB)					Variation (%)	Niveau (en % de l'ensemble des dépenses publiques)		Niveau en termes nets (en % du PIB)	
	1990	1995	2000	2005	2007		1990-2007	1990		
Australie	3,0	3,6	3,8	3,3	3,4	11,2	8,6	10,1	3,3	4,5
Autriche	11,4	12,3	12,3	12,5	12,3	7,8	22,1	25,3	10,6	12,7
Belgique	9,1	9,4	8,9	9,0	8,9	-2,9	17,4	18,3	8,0	9,0
Canada	4,2	4,7	4,3	4,2	4,2	-1,2	8,5	10,6	3,9	4,2
Chili		6,9	7,5	5,9	5,2					5,2
Rép. tchèque	6,1	6,3	7,5	7,3	7,4	21,8		17,5	7,4	7,7
Danemark	5,1	6,2	5,3	5,4	5,6	8,6	9,2	10,9	4,1	7,3
Estonie			6,0	5,3	5,2			15,2		5,3
Finlande	7,3	8,8	7,7	8,4	8,3	13,3	15,1	17,5	6,8	9,2
France	10,6	12,0	11,8	12,3	12,5	17,5	21,5	23,9	11,7	12,8
Allemagne	9,0	10,7	11,2	11,5	10,7	19,1		24,5	10,4	10,7
Grèce	9,9	9,6	10,7	11,7	11,9	20,9		26,3		12,0
Hongrie			7,4	8,6	9,1			18,3		9,6
Islande	2,2	2,4	2,2	2,0	1,9	-14,7		4,5	1,8	2,3
Irlande	3,9	3,5	3,1	3,4	3,6	-7,7	9,0	9,7	3,4	3,9
Israël		4,7	4,9	5,1	4,8			10,7		5,0
Italie	10,1	11,3	13,6	14,0	14,1	38,9	19,1	29,4	12,4	14,1
Japon	4,9	6,1	7,4	8,7	8,8	80,5		27,0	8,4	10,1
Corée	0,7	1,2	1,4	1,5	1,7	130,5	3,7	5,7	1,7	1,9
Luxembourg	8,2	8,8	7,5	7,2	6,5	-19,8	21,6	18,1	5,9	6,6
Mexique	0,5	0,7	0,9	1,2	1,4	202,0		7,2	1,4	1,4
Pays-Bas	6,7	5,8	5,0	5,0	4,7	-29,8	12,2	10,4	4,1	5,5
Nlle-Zélande	7,4	5,7	5,0	4,3	4,3	-41,8	14,0	10,9	3,5	4,3
Norvège	5,6	5,5	4,8	4,8	4,7	-16,6		11,4	3,8	6,5
Pologne	5,1	9,4	10,5	11,4	10,6	107,0		25,2	9,7	10,7
Portugal	4,9	7,2	7,9	10,3	10,8	119,8			10,2	10,8
Rép. slovaque		6,3	6,3	6,2	5,8			17,0	5,8	6,2
La Slovénie			10,6	9,9	9,6			22,7		9,7
Espagne	7,9	9,0	8,6	8,1	8,0	1,5		20,5	7,4	8,5
Suède	7,7	8,2	7,2	7,6	7,2	-6,8		14,1	5,3	9,5
Suisse	5,6	6,7	6,6	6,8	6,4	14,2	18,6	19,9		6,7
Turquie	2,4	2,7	4,9	5,9	6,1	159,2				6,2
Royaume-Uni	4,8	5,4	5,3	5,6	5,4	11,0	11,6	12,0	5,1	5,9
Etats-Unis	6,1	6,3	5,9	5,9	6,0	-1,5	16,4	16,3	5,6	6,0
OCDE34	6,1	6,7	6,9	7,1	7,0	14,5		16,5	6,2	7,4

Source : Base de données des dépenses sociales de l'OCDE (SOCX) ; OCDE, base de données des principaux indicateurs économiques.

Note : Pour plus d'informations sur les données, les sources et la méthodologie, voir Adema, W. et M. Ladaïque (2009), « How Expensive is the Welfare State? Gross and Net Indicators in the OECD Social Expenditure Database (SOCX) », Documents de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations, n° 92, Éditions OCDE, Paris.

Annexe 5 - Dépenses sociales publiques liées à la vieillesse dans les pays de l'OCDE
entre 2002 et 2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australie	4,3	4,4	4,5	4,3	4,7	4,7	4,9	4,9
Autriche	10,7	10,9	10,8	10,8	10,7	10,7	11,0	12,0
Belgique	7,0	7,1	7,1	7,1	7,2	7,1	7,5	8,1
Canada	3,9	3,9	3,8	3,7	3,7	3,7	3,8	4,1
Chili	6,3	6,0	5,4	5,0	4,5	4,3	2,6	2,8
République tchèque	6,9	6,7	6,4	6,6	6,5	6,6	7,0	7,8
Danemark	7,1	7,2	7,1	7,3	7,4	7,3	7,4	8,2
Estonie	5,4	5,4	5,5	5,3	5,3	5,1	6,2	7,9
Finlande	8,0	8,3	8,4	8,5	8,6	8,4	8,6	10,2
France	10,5	10,6	10,8	10,9	11,0	11,1	11,5	12,3
Allemagne	9,0	9,2	9,1	9,1	8,8	8,5	8,5	9,1
Grèce	10,6	10,4	10,5	11,1	10,0	10,1	10,4	10,9
Hongrie	7,5	7,5	7,5	7,8	8,0	8,4	8,8	9,1
Islande	3,8	4,0	4,0	3,8	3,6	2,3	2,3	2,2
Irlande	2,7	2,8	2,9	2,9	2,9	3,1	3,6	4,5
Israël (1)	4,8	5,0	4,8	4,6	4,4	4,4	4,3	4,4
Italie	11,2	11,3	11,4	11,5	11,6	11,7	12,2	13,0
Japon	7,7	8,0	8,3	8,6	8,7	8,8	9,3	10,4
Corée	1,0	1,1	1,4	1,5	1,6	1,6	1,9	2,1
Luxembourg	5,1	5,2	5,2	5,2	5,0	4,8	5,0	5,8
Mexique	0,7	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2	1,4
Pays-Bas	5,3	5,4	5,6	5,5	5,4	5,3	5,4	5,8
Nouvelle-Zélande	4,5	4,3	4,1	4,1	4,2	4,2	4,3	4,5
Norvège	6,8	7,0	6,7	6,3	6,0	6,1	6,1	7,1
Pologne	9,5	9,7	9,5	9,3	9,4	8,7	8,9	9,8
Portugal	7,6	8,0	8,4	8,9	9,1	9,2	9,7	10,6
République slovaque	5,8	5,9	5,7	5,7	5,6	5,4	5,2	6,4
Slovénie	10,6	10,0	9,8	9,5	8,4	8,2	8,0	9,2
Espagne	6,6	6,6	6,5	6,5	6,5	6,5	6,9	7,7
Suède	9,2	9,8	9,6	9,4	9,1	9,0	9,4	10,2
Suisse	6,6	6,8	6,6	6,7	6,4	6,3	6,2	..
Turquie	.. (m)	.. (m)	.. (m)	4,8	4,8	5,0	4,5	5,8
Royaume-Uni	5,7	5,7	5,9	5,9	5,7	5,7	6,2	6,7
Etats-Unis	5,3	5,3	5,3	5,3	5,2	5,3	5,5	6,1
OCDE - Total (2)	6,5	6,6	6,6	6,6	6,5	6,4	6,6	7,3

Source : Dépenses sociales: données agrégées, Statistiques de l'OCDE sur les dépenses sociales (base de données)

.. Non disponible

1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation

2. Moyenne non-pondérée des 33 pays de l'OCDE plus l'Estonie

m) Dépenses non disponibles

Annexe 6 – Origine géographique des résidents pour trouver une réponse d'hébergement
en France en 2007

Départements	Origine même département	Origine département limitrophe	Origine département non limitrophe	Départements	Origine même département	Origine département limitrophe	Origine département non limitrophe
01 Ain	73,7	21,8	4,5	50 Manche	93,8	2,4	3,9
02 Aisne	83,2	7,8	8,9	51 Marne	90,4	4,8	4,8
03 Allier	90,7	5	4,3	52 Haute Marne	91	5,3	3,7
04 Alpes de Haute Provence	73,7	12,5	13,8	53 Mayenne	87,8	8,4	3,7
05 Hautes Alpes	83,6	5	11,5	54 Meurthe et Moselle	89,9	6,4	3,7
06 Alpes Maritimes	92,2	1,2	6,5	55 Meuse	83,5	12,8	3,7
07 Ardèche	76,3	15,7	8	56 Morbihan	88	6,2	5,8
08 Ardennes	91,5	3,2	5,3	57 Moselle	93	3,9	3,2
09 Ariège	80,9	14,5	4,6	58 Nièvre	88,5	5,2	6,3
10 Aube	90,5	3,9	5,6	59 Nord	93,3	4,2	2,5
11 Aude	87,2	8,3	4,6	60 Oise	74,7	9,8	15,4
12 Aveyron	90,3	5,3	4,4	61 Orne	83,8	9,7	6,5
13 Bouches du Rhône	88,3	5	6,7	62 Pas de Calais	92,9	4,5	2,6
14 Calvados	86,7	6,5	6,8	63 Puy de Dôme	89,6	5,6	4,7
15 Cantal	87,9	6,6	5,4	64 Pyrénées Atlantiques	87,3	4,5	8,2
16 Charente	89,6	6,5	3,9	65 Haute Pyrénées	85,8	9,7	4,5
17 Charente Maritime	88,1	4,7	7,3	66 Pyrénées Orientales	92,3	1,2	6,4
18 Cher	89,9	6,1	4	67 Bas Rhin	95	3	1,9
19 Corrèze	88,1	7,2	4,7	68 Haut Rhin	95,3	2,5	2,1
21 Côte d'Or	87	6,8	6,2	69 Rhône	90,2	4,8	4,9
22 Côte d'Armor	94	2,7	3,3	70 Haute Sône	82,1	13,1	4,8
23 Creuse	81	13,2	5,8	71 Saône et Loire	90,6	6,1	3,3
24 Dordogne	81,7	12,7	5,5	72 Sarthe	90,8	4	5,1
25 Doubs	90,5	4,9	4,6	73 Savoie	90,5	4,2	5,3
26 Drôme	81,3	10,1	8,6	74 Haute Savoie	90	1,9	8,1
27 Eure	74,5	14	11,6	75 Paris	79,8	8,8	11,4
28 Eure et Loir	81,1	8,2	10,8	76 Seine Maritime	92,7	3,3	4
29 Finistère	94	2,4	3,6	77 Seine et Marne	61,1	22,2	16,7
30 Gard	85,2	9,1	5,8	78 Yvelines	67,1	11,6	21,3
31 Haute Garonne	83,1	6	10,9	79 Deux Sèvres	90	6,5	3,4
32 Gers	83,4	10,9	5,7	80 Somme	84,4	10	5,6
33 Gironde	90,9	3,2	5,8	81 Tarn	89,3	6,5	4,1
34 Hérault	87,4	4,3	8,3	82 Tarn et Garonne	83,6	10,9	5,5
35 Ille et Vilaine	91,1	5,4	3,5	83 Var	80,4	8,6	11
36 Indre	81,1	10,9	8	84 Vaucluse	81,9	9,5	8,6
37 Indre et Loire	84,9	5,7	9,3	85 Vendée	89,1	6,1	4,8
38 Isère	88,1	7,4	4,6	86 Vienne	90	4,4	5,6
39 Jura	89,2	6,3	4,5	87 Haute Vienne	92,6	4,4	3
40 Landes	87,6	7,2	5,1	88 Vosges	91,8	4,9	3,2
41 Loir et Cher	83,9	8,4	7,6	89 Yonne	78,1	8,2	13,7
42 Loire	89,2	7,9	2,9	90 Territoire de Belfort	72,4	21,8	5,9
43 Haute Loire	84,6	11,5	4	91 Essonne	63	15,9	21,2
44 Loire Atlantique	92,2	3,4	4,4	92 Hauts de Seine	64,2	27,3	8,5
45 Loiret	85,3	6,4	8,3	93 Seine Saint Denis	73,1	19,1	7,9
46 Lot	80,6	8,5	10,9	94 Val de Marne	65,7	24,8	9,5
47 Lot et Garonne	88,1	6,6	5,3	95 Val d'Oise	66,8	15,5	17,7
48 Lozère	74,2	15,1	10,7	2A Corse du Sud	94,4	1,1	4,5
49 Maine et Loire	87,8	7,6	4,7	2B Haute Corse	86,3	7,8	5,8

Sources : DREES, enquête EHPA 2007

Annexe 7 – Ratio entre le revenu moyen des retraités
et le tarif d'un hébergement en EHPAD en 2012

Départements	Tarif hébergement mensuel moyen en EHPAD	Revenu moyen des retraités et pensions	Ratio revenus moyen / tarif Ehpad	Ecart revenu moyen / tarif Ehpad	Départements	Tarif hébergement mensuel moyen en EHPAD	Revenu moyen des retraités et pensions	Ratio revenus moyen / tarif Ehpad	Ecart revenu moyen / tarif Ehpad
01 Ain	1769	1684	1,05	-85	50 Manche	1647	1509	1,09	-138
02 Aisne	1830	1505	1,22	-325	51 Marne	1830	1617	1,13	-213
03 Allier	1586	1522	1,04	-64	52 Haute Marne	1525	1479	1,03	-46
04 Alpes de Haute Provence	1708	1603	1,07	-105	53 Mayenne	1525	1463	1,04	-62
05 Hautes Alpes	1708	1611	1,06	-97	54 Meurthe et Moselle	1586	1610	0,99	24
06 Alpes Maritimes	2257	1701	1,33	-556	55 Meuse	1342	1471	0,91	129
07 Ardèche	1525	1550	0,98	25	56 Morbihan	1586	1626	0,98	40
08 Ardennes	1586	1459	1,09	-127	57 Moselle	1647	1533	1,07	-114
09 Ariège	1647	1513	1,09	-134	58 Nièvre	1647	1573	1,05	-74
10 Aube	1708	1555	1,10	-153	59 Nord	1830	1475	1,24	-355
11 Aude	1586	1522	1,04	-64	60 Oise	1891	1671	1,13	-220
12 Aveyron	1403	1446	0,97	43	61 Orne	1586	1489	1,06	-97
13 Bouches du Rhône	2135	1625	1,31	-510	62 Pas de Calais	1769	1435	1,23	-334
14 Calvados	1891	1639	1,15	-252	63 Puy de Dôme	1647	1615	1,02	-32
15 Cantal	1403	1375	1,02	-28	64 Pyrénées Atlantiques	1708	1689	1,01	-19
16 Charente	1586	1525	1,04	-61	65 Haute Pyrénées	1586	1534	1,03	-52
17 Charente Maritime	1891	1673	1,13	-218	66 Pyrénées Orientales	1769	1601	1,10	-168
18 Cher	1647	1605	1,03	-42	67 Bas Rhin	1586	1680	0,94	94
19 Corrèze	1647	1552	1,06	-95	68 Haut Rhin	1708	1691	1,01	-17
21 Côte d'Or	1830	1696	1,08	-134	69 Rhône	2013	1794	1,12	-219
22 Côte d'Armor	1525	1580	0,96	55	70 Haute Sône	1525	1483	1,03	-42
23 Creuse	1586	1390	1,14	-196	71 Saône et Loire	1586	1561	1,02	-25
24 Dordogne	1708	1542	1,11	-166	72 Sarthe	1647	1612	1,02	-35
25 Doubs	1769	1601	1,10	-168	73 Savoie	1708	1669	1,02	-39
26 Drôme	1769	1605	1,10	-164	74 Haute Savoie	1891	1717	1,10	-174
27 Eure	1891	1653	1,14	-238	75 Paris	3294	2227	1,48	-1 067
28 Eure et Loir	1769	1669	1,06	-100	76 Seine Maritime	1769	1633	1,08	-136
29 Finistère	1464	1600	0,92	136	77 Seine et Marne	2257	1823	1,24	-434
30 Gard	1708	1573	1,09	-135	78 Yvelines	2562	2273	1,13	-289
31 Haute Garonne	1586	1434	1,11	-152	79 Deux Sèvres	1464	1496	0,98	32
32 Gers	1891	1714	1,10	-177	80 Somme	1525	1515	1,01	-10
33 Gironde	1891	1689	1,12	-202	81 Tarn	1769	1505	1,18	-264
34 Hérault	1891	1666	1,14	-225	82 Tarn et Garonne	1647	1453	1,13	-194
35 Ille et Vilaine	1708	1606	1,06	-102	83 Var	2013	1754	1,15	-259
36 Indre	1525	1515	1,01	-10	84 Vaucluse	1891	1552	1,22	-339
37 Indre et Loire	1830	1693	1,08	-137	85 Vendée	1342	1579	0,85	237
38 Isère	1769	1683	1,05	-86	86 Vienne	1830	1565	1,17	-265
39 Jura	1586	1575	1,01	-11	87 Haute Vienne	1586	1617	0,98	31
40 Landes	1403	1620	0,87	217	88 Vosges	1403	1521	0,92	118
41 Loir et Cher	1708	1670	1,02	-38	89 Yonne	1647	1617	1,02	-30
42 Loire	1464	1561	0,94	97	90 Territoire de Belfort	1830	1626	1,13	-204
43 Haute Loire	1464	1432	1,02	-32	91 Essonne	2257	2080	1,09	-177
44 Loire Atlantique	1586	1679	0,94	93	92 Hauts de Seine	2806	2242	1,25	-564
45 Loiret	1830	1744	1,05	-86	93 Seine Saint Denis	2440	1582	1,54	-858
46 Lot	1464	1607	0,91	143	94 Val de Marne	2318	1929	1,20	-389
47 Lot et Garonne	1708	1475	1,16	-233	95 Val d'Oise	2318	1861	1,25	-457
48 Lozère	1403	1424	0,99	21	Moyenne France métropolitaine	1 734	1 600	1,07	-123
49 Maine et Loire	1586	1565	1,01	-21					

Sources : Chiffres de 2012 l'observatoire Cap Retraite (2014)

Annexe 8 - Enquête sur le « point de bascule » entre l'hébergement à domicile et l'hébergement en établissement dans le département du Val-de-Marne en 2009

Introduction

L'allongement de la vie et la baisse de la fécondité sont des phénomènes connus. Le vieillissement est désormais une tendance que l'on peut envisager et préparer. Le vieillissement de la population oblige à repenser et à innover l'organisation du système de prise en charge de la dépendance, de protection sociale et de santé des personnes âgées.

Le contexte institutionnel actuel fait que les pouvoirs publics rencontrent des difficultés pour mettre en place de nouvelles expérimentations et pour financer les projets sociaux. Les financements publics tendent à la baisse ce qui favorise davantage les arrangements entre acteurs plutôt que les expérimentations.

Aujourd'hui, les pouvoirs publics favorisent le maintien à domicile des personnes âgées. Face à ces besoins, les équipements à domicile se sont développés afin de sécuriser la personne, lui permettre de bénéficier de soins à domicile... Néanmoins, la multiplicité des acteurs et des interlocuteurs, des prestations et des aides font que les personnes âgées rencontrent des difficultés pour trouver les informations dont elles ont besoin.

Aujourd'hui, on ne connaît pas réellement les raisons d'entrée en établissement d'une personne âgée dépendante. On sait qu'une augmentation de la dépendance et une hospitalisation engendrent une institutionnalisation. Néanmoins, on ne connaît pas assez le contexte de vie à domicile de la personne âgée pour prévenir les risques et éviter un hébergement hâtif. On sait qu'une chute peut entraîner une hospitalisation puis une entrée en établissement. Par contre, on ne connaît pas les causes de cette chute (sanitaires non adaptés, rampe d'escaliers manquante, sol glissant, etc).

Le Conseil Général du Val-de-Marne a réalisé une enquête sur le « point de bascule » des personnes âgées entre l'hébergement à domicile et l'hébergement en établissement. L'objectif de cette étude est de connaître les raisons d'entrée en institution des personnes âgées. Qu'est ce qui fait qu'à un instant « T » une personne âgée ne peut plus résider à domicile et doit intégrer une structure. Cette enquête s'inscrit directement dans le cadre du renouvellement du schéma gérontologique 2011-2014. Les résultats doivent permettre aux acteurs de connaître la réalité du terrain afin d'adapter l'offre à la demande et d'orienter les mesures politiques des prochaines années.

A travers ce développement, nous expliquerons la méthodologie retenue et la mise en place de cette enquête. Nous analyserons ensuite les résultats de cette étude au travers des données générales sur les résidents ainsi que des motifs d'entrée et de sortie des établissements des personnes âgées dépendantes.

Réalisation et mise en place de l'enquête

Pour la réalisation de cette enquête, un questionnaire a été élaboré en concertation avec l'équipe de direction du service « personnes âgées - personnes handicapées » du Conseil Général. La méthode du questionnaire papier a été retenue (voir annexe). L'enquête concerne les entrées en établissement des personnes âgées dépendantes du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009 pour le département du Val-de-Marne. 38 établissements ont répondu à cette enquête.

Ce questionnaire comprend deux parties :

La première partie est générale et est composée de données telles que le sexe, la date de naissance, le code postal de résidence avant hébergement, les dates d'entrée et de sortie de l'établissement ainsi que les motifs de sortie de la personne, si la personne est bénéficiaire de l'APA et/ou de l'aide sociale.

La seconde partie concerne les raisons d'entrée en établissement. Elle est composée de divers items spécifiques au sujet de l'enquête tels que les problèmes rencontrés par la famille, au sein du logement, relatifs aux aides à domicile, le coût du lieu de résidence (institution ou domicile) ainsi que les problèmes d'isolement et de sécurité.

Plusieurs réunions ont été organisées, notamment avec certains directeurs d'établissements pour discuter de la mise en place et de la réalisation de cette étude. Il a été décidé que ce questionnaire serait adressé aux directeurs d'établissements et qu'il pourrait être renseigné par le directeur de la structure ou un membre de son équipe, par le référent de la personne âgée ou par la personne âgée elle-même. La solution idéale aurait été de s'entretenir directement avec les personnes âgées pour connaître réellement les raisons qui les ont orientées vers une institutionnalisation. Des contraintes de temps et de moyens ne nous ont pas permis d'opter pour cette solution.

Un courrier et une note explicative accompagnent le questionnaire. Le premier précise les objectifs de l'enquête et la seconde explique les différents champs du questionnaire afin de guider les établissements dans leur démarche.

Les coordonnées des établissements ont été fournies par le personnel administratif du conseil général. La mise sous pli et l'envoi ont été réalisés au sein du conseil général.

Le questionnaire a été testé auprès de l'établissement « Les bords de Marne » situé à Joinville-le-Pont. J'ai pu déceler les difficultés rencontrées par le personnel pour ensuite adapter au mieux le questionnaire.

Plusieurs établissements ont eu besoin d'aide pour remplir les questionnaires. En effet, beaucoup de structures n'ont pas le personnel ou le temps nécessaire pour réaliser une telle tâche. Je me suis donc déplacée au sein de quelques structures afin de saisir les questionnaires en collaboration avec un membre du personnel administratif de l'établissement.

Lors de ces déplacements, j'ai pu remarquer les difficultés rencontrées par les acteurs. De manière générale, les établissements possèdent un logiciel centralisant les données générales des personnes hébergées telles que la date de naissance, le degré de dépendance, la date d'entrée.... Pour des informations complémentaires telles que les bénéficiaires de l'aide sociale, la personne référente pour l'entrée en établissement..., certains établissements se réfèrent au dossier papier de chaque résident ou à des documents informatiques. Ces recherches représentent une perte de temps importante et un frein au bon déroulement de l'enquête.

Il ressort de cette expérience que, dans la plupart des cas, les établissements ne connaissent pas réellement les motifs d'entrée en établissement de leurs résidents. Certes, la personne âgée elle-même ou sa famille sont les mieux placées pour connaître ces informations mais les établissements ne prennent pas systématiquement connaissance de ses informations ou ne les archivent pas.

A titre d'exemple, on sait qu'une hospitalisation reste une raison valable pour une institutionnalisation mais elle n'en représente pas le facteur déclenchant. En revanche, l'inadaptation d'un sanitaire à domicile provoquant une chute constitue le point de rupture et engendre une entrée en établissement.

Les établissements et les taux de réponses

Ce questionnaire a été renseigné pour chaque nouvelle entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du Val-de-Marne pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009.

Sur les 55 établissements qui ont reçu le questionnaire, 38 ont répondu à l'enquête ce qui correspond à un taux de réponse de 69 % (carte ci-dessous). Deux relances ont été effectuées et ont permis d'avoir quelques retours supplémentaires pour atteindre ce taux de réponse. Une fois l'enquête terminée, Madame CONIN (directrice du service personnes âgées – personnes handicapées du Conseil Général du Val-de-Marne) a souhaité effectuer une dernière relance pour sensibiliser les établissements non

répondants. Quatre établissements ont répondu mais ces données ne figurent pas dans les résultats de cette enquête.

Si l'on garde les questionnaires renseignés correctement et intégralement pour les données sur le point de bascule entre le domicile et l'établissement, nous avons 1 080 entrées pour les 38 établissements pour l'année 2009.

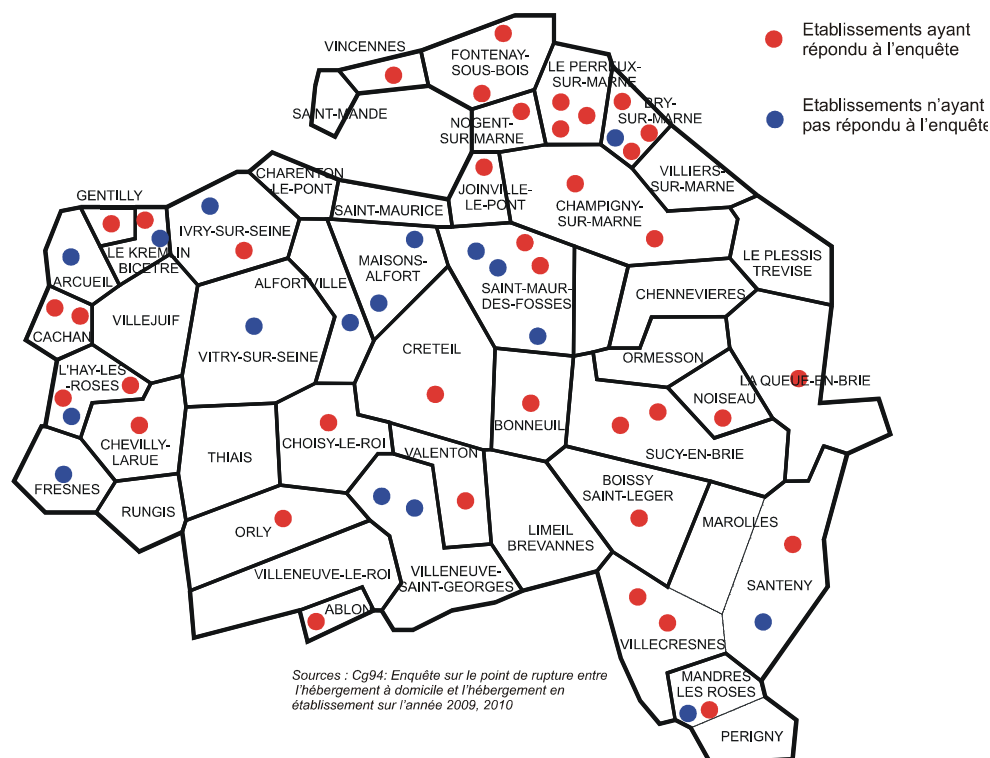
Une précision doit être apportée. Les 1 080 entrées intègrent les hébergements temporaires, qui même s'ils ne sont pas nombreux, représentent des entrées à part entière. Ces questionnaires concernent donc une même personne mais pour des périodes différentes.

De manière générale, on constate que les structures ne connaissent pas réellement les raisons d'entrée en établissement des personnes âgées. La note explicative accompagnant le questionnaire précisait de ne cocher qu'une à trois réponses afin d'établir un réel diagnostic. Le Conseil Général connaît les principales raisons qui font qu'une personne âgée entre en établissement. Cette étude est destinée à identifier « le réel facteur déclenchant » de ce changement de lieu de résidence. Malheureusement, la plupart des structures ont pointé plus de cinq motifs. Il en ressort une situation générale de la personne âgée et non un facteur particulier.

Les questionnaires pouvaient être remplis par le directeur de la structure d'hébergement ou un membre de son équipe, le référent de la personne âgée ou par la personne âgée elle-même.

Ce sont les établissements qui ont majoritairement renseigné cette enquête puisque 910 questionnaires ont été remplis par ces derniers ou un membre de leur équipe. Les référents de la personne âgée arrivent ensuite et sont 9 à avoir rempli les questionnaires mais toujours conjointement avec le directeur de la structure. Une personne âgée a rempli elle-même le questionnaire et 169 questionnaires ont ce champ non renseigné. Le référent de la personne âgée ou la personne âgée elle-même ont rarement été sollicités pour renseigner ces informations, probablement par manque de temps et/ou de personnel.

Pour le département du Val-de-Marne et pour les 38 établissements qui ont participé à cette enquête, le tarif mensuel moyen d'hébergement de base est de 1 906 euros. Si l'on ajoute le tarif dépendance moyen (moyenne des GIR 1 à 6), le montant d'un hébergement dans le Val-de-Marne est de 2 249 euros pour l'année 2009.



Données générales sur les résidents du Val-de-Marne

Parmi les 1 080 entrées en établissement (EHPAD) saisies pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009, les femmes sont majoritaires puisqu'elles sont 773 à être entrées en établissement contre 306 hommes. Un questionnaire n'a pas répondu à cet item.

Le code postal d'origine avant hébergement permet de connaître l'origine géographique des résidents. Cette donnée permet de visualiser l'attractivité du Val-de-Marne et de savoir si beaucoup de personnes viennent de l'extérieur du département ou non pour y être hébergées.

Comme le montre le tableau ci-dessous, 427 personnes viennent du département du Val-de-Marne et 150 d'un département francilien, dont 75 de Paris intramuros. 31 personnes hébergées proviennent d'un département extérieur à l'Ile-de-France et 472 questionnaires n'ont pas renseigné cet item.

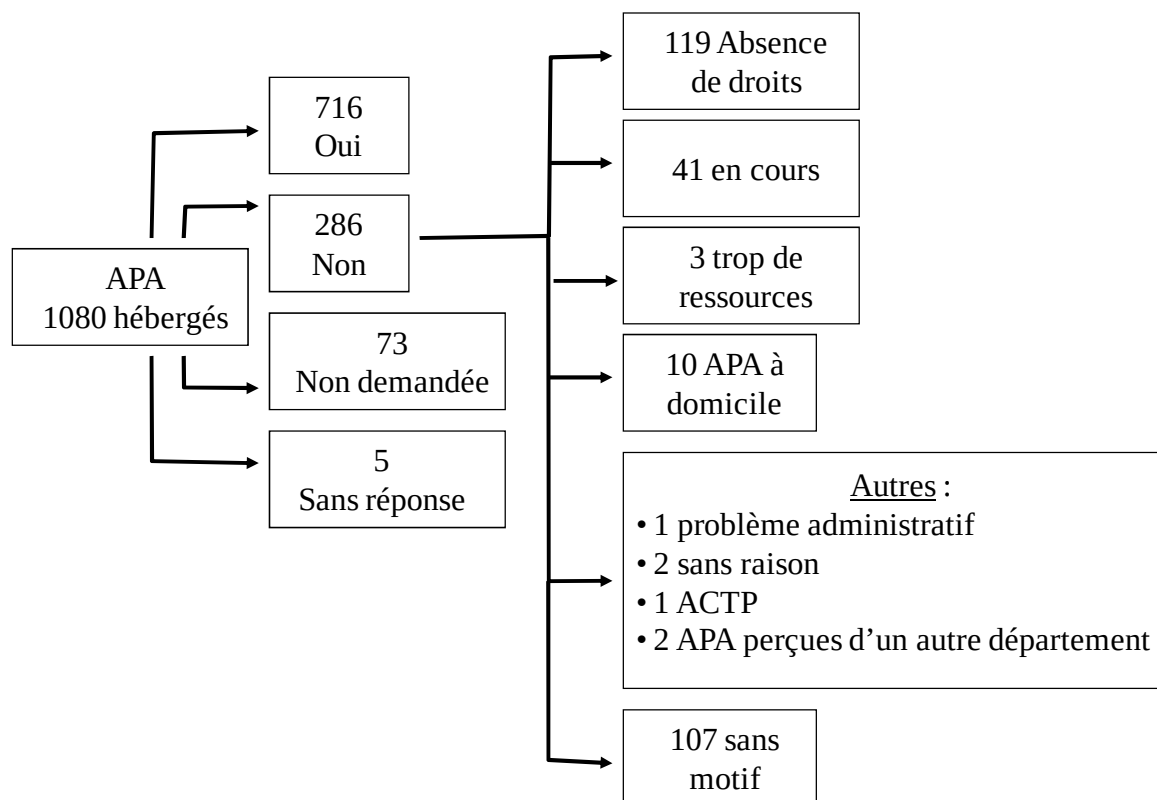
En fonction des questionnaires renseignés, on peut dire que le Val-de-Marne est un département assez attractif puisque 16.76 % des personnes hébergées viennent d'un autre département.

Origine géographique des personnes hébergées dans les EHPAD du Val-de-Marne

Origine géographique des personnes hébergées		
	Chiffres bruts	%
Val-de-Marne	427	39,54
Ile-de-France	150	13,89
Autre département	31	2,87
Sans réponse	472	43,70
Total	1080	100

Sources : CG94 - Enquête sur le point de bascule domicile-établissement en 2009, 2010

Répartition des bénéficiaires et non bénéficiaires de l'APA



Selon les entrées de 2009 dans les établissements (EHPAD) du Val-de-Marne, 716 entrées perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie, 286 n'en bénéficient pas, 73 n'en ont pas fait la demande et 5 questionnaires n'ont pas précisé de réponse.

Dans la plupart des cas, le principal motif de non perception de l'allocation personnalisée d'autonomie est une absence de droits. 107 questionnaires n'ont pas notifié de raison particulière, 41 allocations sont en cours de demande et 10 questionnaires perçoivent déjà une allocation à domicile ce qui ne permet pas de bénéficier de cette prestation en établissement.

Sur les 1 080 questionnaires, 121 perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ainsi que l'aide sociale. Parmi les réponses, 25 personnes hébergées ne bénéficient que de l'aide sociale.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, la famille est la plus influente dans le processus d'entrée en institution des personnes âgées avec 68.06 %. Ce sont principalement les enfants qui se chargent des démarches. Certains établissements ont apporté cette précision sur le questionnaire et cette information m'a également été spécifiée lors de mes déplacements au sein de certaines structures.

La personne âgée arrive en deuxième position avec 14.17 %. Enfin, les médecins traitants et les aidants autres que la famille interviennent dans respectivement 8.33 % et 5.28 % des cas. Pour cette enquête, les aidants professionnels n'interviennent pas dans l'institutionnalisation des personnes âgées.

Le référent dans l'entrée en établissement

Influence de l'entourage pour l'entrée en établissement		
	Chiffres bruts	%
Famille	735	68,06
Personne âgée elle-même	153	14,17
Médecin traitant	90	8,33
Aidants autres que la famille	57	5,28
Autres	43	3,98
Sans réponse	2	0,19
Aidants professionnels	0	0,00
Total	1080	100,00

Sources : CG94 - Enquête sur le point de bascule domicile-établissement en 2009, 2010

Les périodes d'attente pour bénéficier d'une place en institution sont de l'ordre de six mois. Néanmoins, cette information n'est pas réellement exploitable car les établissements se réfèrent aux dates de constitution de dossier des personnes âgées et aux dates d'entrée de ces dernières au sein de l'établissement.

Motifs de sorties en établissement des personnes âgées

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2009, 69.26 % des personnes âgées hébergées sont restées dans le même établissement d'hébergement. Les décès représentent le principal motif de sortie avec 15.65 %. Les retours à domicile ne sont pas négligeables et représentent 12.78 %. Ce sont les transferts vers une autre structure et les hospitalisations qui sont les raisons les moins courantes avec respectivement 1.76 % et 0.56 %.

Motifs de sortie des personnes âgées hébergées

Motifs de sortie des EHPAD	Chiffres bruts	%
Toujours présent	748	69,26
Décès	169	15,65
Retour à domicile	138	12,78
Vers un autre établissement	19	1,76
Hospitalisation	6	0,56
Total	1080	100

Sources : CG94 - Enquête sur le point de bascule domicile-établissement en 2009, 2010

Pour les établissements interrogés, les personnes en GIR 2 représentent le principal public hébergé avec 37.5 % de l'ensemble des entrées de 2009. Ce sont ensuite les personnes en GIR 4 avec 21.4 % et les personnes en GIR 3 avec 18.6 % qui sont les plus présentes en établissement. Les personnes de GIR 6, 5 et 1 sont les moins nombreuses avec respectivement 7.7, 7.5 et 7.3 %. Ces chiffres montrent que les places sont occupées par des personnes de dépendance moyenne puisque les GIR 3 et 4 occupent 40 % des places, même si les personnes de GIR 2 arrivent juste derrière avec 37.5 % des places occupées.

Répartition par GIR des personnes âgées hébergées dans le Val-de-Marne

Personnes âgées en établissements selon leur GIR		
Degré de dépendance	Nombre de personnes	%
GIR 1	79	7,3
GIR 2	405	37,5
GIR 3	201	18,6
GIR 4	231	21,4
GIR 5	81	7,5
GIR 6	83	7,7
TOTAL	1080	100

Sources : CG94 - Enquête sur le point de bascule
domicile-établissement en 2009, 2010

Sur les 1 080 entrées réalisées entre le 1er janvier et le 31 décembre 2009, 98 personnes ont vu leur degré de dépendance s'améliorer et 76 personnes ont subi une dégradation de leur état de santé. Pour les 906 autres personnes, leur GIR est resté stable pour cette même période.

Motifs d'entrée en établissements (EHPAD)

Comme l'indique le tableau ci-dessous sur les motifs d'entrée en établissements selon le degré de dépendance, nous pouvons observer 3 912 items renseignés pour les 1 080 questionnaires.

Si l'on observe ce tableau par GIR, les chiffres bleus indiquent les motifs les moins discriminants et les chiffres rouges, les motifs les plus influents pour l'entrée en établissement.

Le GIR 1 est le degré de dépendance le plus élevé. Les principales causes d'entrée en établissement pour ce GIR sont la dégradation de l'état de santé ainsi qu'une prise en charge difficile de la personne âgée par sa famille. Les facteurs les moins discriminants pour un changement d'hébergement sont que le conjoint réside lui-même en établissement et que la famille entretient de mauvaises relations avec les intervenants à domicile pour les soins.

Pour les autres GIR (2, 3, 4, 5 et 6), les facteurs favorisant une entrée en établissement sont identiques. Ce sont la dégradation de l'état de santé et la recherche de plus de sécurité qui sont les facteurs les plus cités. En revanche, les mauvaises relations familiales entre la famille et les intervenants pour les soins à domicile ainsi que le coût élevé de l'hébergement sont les réponses les moins mentionnées.

Si l'on met de côté les raisons les plus évidentes dans l'institutionnalisation d'une personne âgée que sont une dégradation de l'état de santé, une difficile prise en charge de la personne par la famille ou une hospitalisation, il est alors intéressant d'observer les autres facteurs qui influencent l'entrée en établissement.

Tous GIR confondus, le besoin de plus de sécurité (497 réponses) apparaît à la première position, l'insécurité à domicile (313 réponses) à la deuxième position et le veuvage (250 réponses) à la troisième place, parmi les facteurs les plus importants motivant l'entrée en institution. Viennent ensuite, la notion de logement et/ou des matériels à domicile inadaptés. Tous ces éléments rendent compte de la situation générale des personnes âgées dépendantes à domicile. L'isolement et le manque d'adaptabilité du logement font peur aux personnes âgées et les influencent dans leur entrée en établissement.

Motifs d'entrée en établissement selon le degré de dépendance (chiffres bruts)

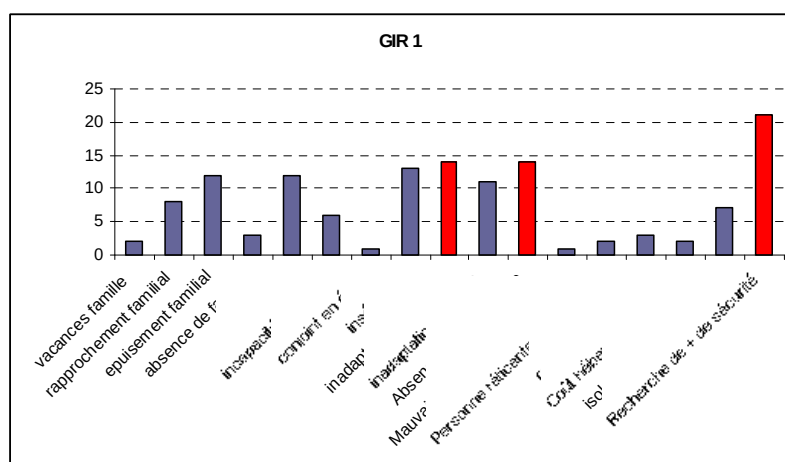
MOTIFS D'ENTREE EN INSTITUTION	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	TOTAL
Départ en vacances de la famille	2	14	11	21	8	5	61
Rapprochement familial	8	58	28	46	2	13	155
Prise en charge difficile de la famille	24	138	55	89	22	20	348
Epuisement familial	12	75	27	32	5	12	163
Absence de famille	3	24	16	42	14	9	108
Veuvage	12	87	45	75	14	17	250
Incapacité du conjoint	6	37	14	11	4	5	77
Conjoint lui-même en établissement	1	14	7	9	3	6	40
Insécurité à domicile	13	105	51	105	18	21	313
Inadaptation du logement	14	75	40	58	10	11	208
Inadaptation des matériels à domicile	11	63	21	34	7	8	144
Absence de soins à domicile	14	80	30	43	11	12	190
Mauvaises relations familles/personne prodiguant les soins à domicile	1	2	1	5	0	1	10
Personne réticente aux soins à domicile	2	38	10	30	6	2	88
Dégradation de l'état de santé de la personne âgée	43	252	104	157	34	35	625
Hospitalisation de la personne âgée	18	122	50	74	14	15	293
Coût de l'hébergement à domicile élevé	3	47	10	26	5	4	95
Coût de l'hébergement institutionnel élevé	2	2	3	4	1	1	13
Isolement de la personne	7	71	33	80	19	24	234
Besoin de plus de sécurité	21	186	67	150	34	39	497
TOTAL	217	1490	623	1091	231	260	3912

Sources : Enquête CG94 sur le point de bascule entre le domicile et l'établissement, données 2009

Il est important de préciser que le facteur « coût d'hébergement » est difficile à appréhender. En effet, les établissements précisent que les personnes âgées et leur famille n'évoquent pas ce facteur. Même si le coût d'un hébergement en établissement reste toujours élevé, les familles prennent les dispositions nécessaires pour permettre l'institutionnalisation de leurs aînés.

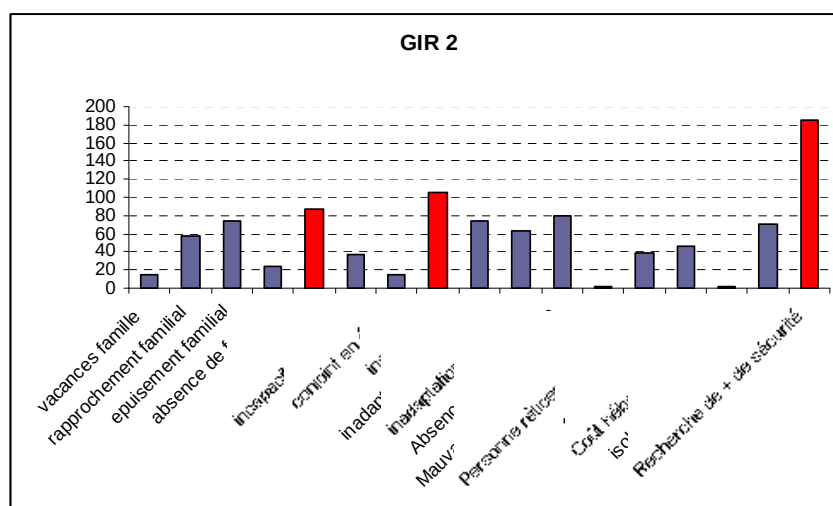
Les graphiques ci-dessous illustrent la répartition des motifs d'entrée en établissement selon le GIR.

Motifs d'entrée en établissement pour les personnes âgées en GIR 1

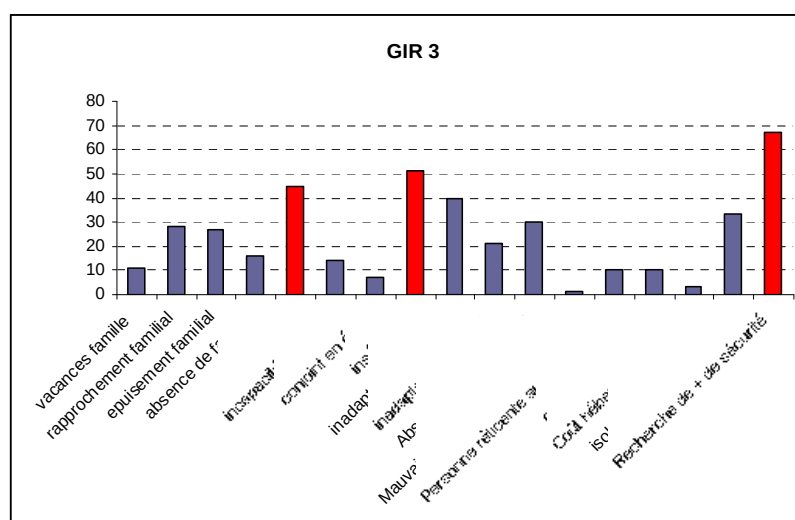


Les personnes les plus dépendantes (GIR 1) entrent en établissement pour des motifs d'inadaptation du logement, d'absence de soins à domicile et pour être plus en sécurité. L'épuisement familial, le veuvage, et l'inadaptation des matériels à domicile restent également influents pour ces changements de situation. En revanche, la résistance de la personne âgée aux soins, ou le fait que le conjoint soit déjà en établissement n'influencent pas une institutionnalisation.

Motifs d'entrée en établissement pour les personnes âgées en GIR 2

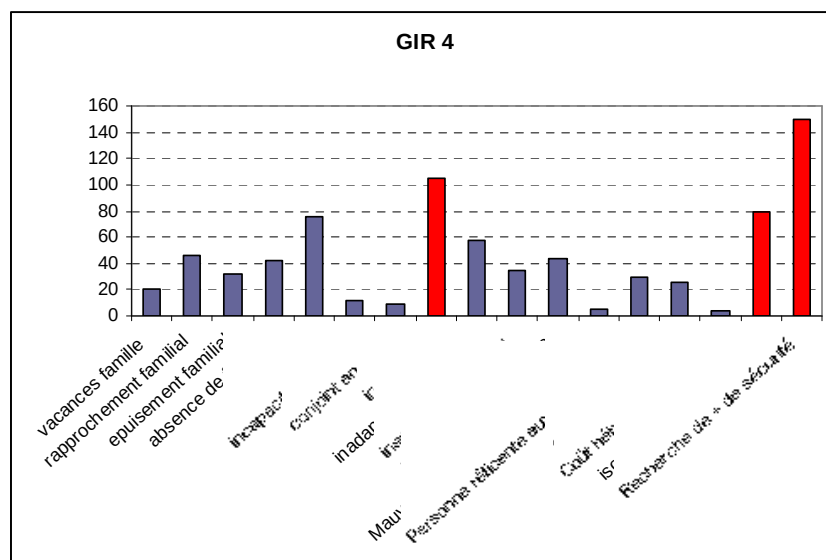


Motifs d'entrée en établissement pour les personnes âgées en GIR 2

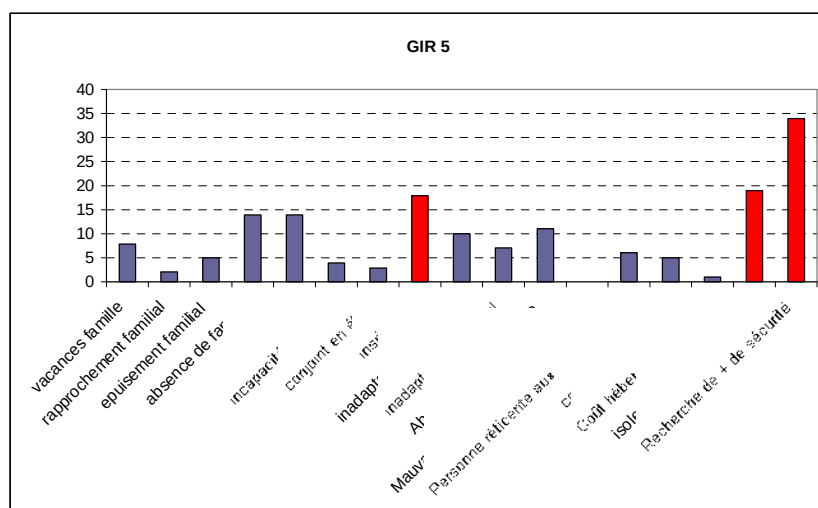


Les personnes de GIR 2 et 3 entrent également en établissement pour se sentir plus en sécurité ou parce qu'elles sont veuves. Ce sont ensuite l'inadaptation du logement, l'absence de soins à domicile, l'isolement de la personne ou l'épuisement familial qui entraînent une institutionnalisation. La dégradation des relations familiales avec les intervenants à domicile ou le coût de l'hébergement élevé à domicile ne semblent pas être une raison courante.

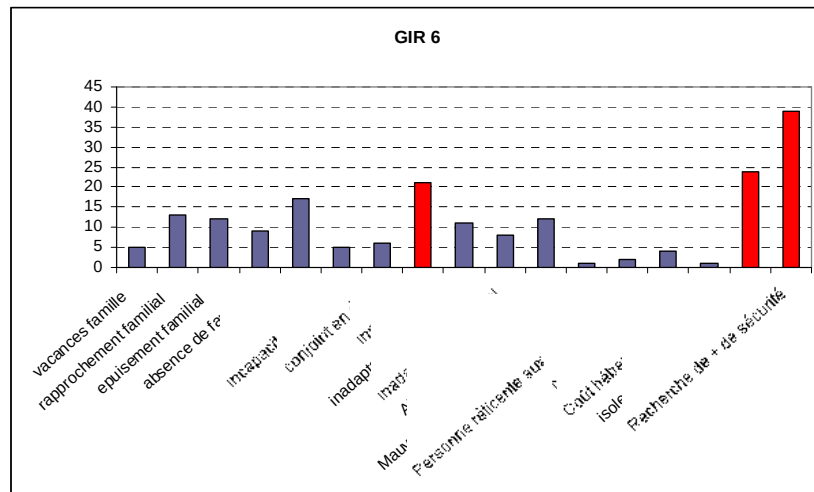
Motifs d'entrée en établissement pour les personnes âgées en GIR 4



Motifs d'entrée en établissement pour les personnes âgées en GIR 5



Motifs d'entrée en établissement pour les personnes âgées en GIR 6



Les personnes moyennement et faiblement dépendantes de GIR 4 à 6 optent pour un hébergement pour des raisons identiques que pour les autres GIR. Comme nous l'indiquent les graphiques suivants, ces personnes recherchent plus de sécurité et moins d'isolement. Le veuvage, l'inadaptation du logement, le manque de soins à domicile et le rapprochement familial semblent également être des facteurs importants dans ce processus. Comme pour les degrés de dépendance plus élevés, le coût élevé de l'hébergement en établissement et les mauvaises relations familiales avec l'intervenant à domicile pour les soins ne sont pas discriminants.

Conclusion

Il existe des solutions intermédiaires entre le domicile et l'institution qui sont appelées à se développer (accueil temporaire, accueil de jour, services de soins à domicile...) pour répondre aux véritables besoins de la population âgée. Dans l'urgence et par manque d'anticipation, une personne âgée qui présente des difficultés médicales est fréquemment hospitalisée, puis institutionnalisée. Les acteurs prennent conscience de ce phénomène même s'ils rencontrent toujours des difficultés dans l'appréhension et dans l'organisation du parcours de la personne âgée.

A l'exception des raisons connues comme la dégradation de l'état de santé, une hospitalisation, ou une charge trop importante pour la famille, cette enquête montre que les personnes entrent principalement en institution pour cause d'insécurité, puis pour cause d'isolement à domicile ou encore pour une inadaptation de leur logement.

Si l'on souhaite privilégier le domicile plutôt que l'institution, le département doit intervenir sur plusieurs points :

Sensibiliser les équipes médico-sociales intervenant à domicile et les établissements sur cette charnière domicile-établissement afin de connaître le contexte de vie des personnes âgées

Adapter le logement et l'espace de vie extérieur (résidence, trottoirs, transports...) de ce public

Il existe diverses initiatives sur la construction de nouveaux logements adaptés aux personnes âgées et sur l'aménagement urbain qui fonctionnent et qui méritent une attention particulière.

- Par exemple, la ville de Paris a lancé une charte de cohabitation intergénérationnelle qui représente une réponse au double problème de logement des jeunes et de l'isolement des seniors. Des binômes sont créés entre une personne âgée qui possède un logement et un jeune en recherche d'appartement. Un « carnet de voyage intergénérationnel » est mis en place pour chaque binôme (sources : www.senioractu.com).

- Comme autre exemple, nous pouvons signaler la commune de Saint Apollinaire dans l'agglomération de Dijon qui a mis en place une organisation prenant en compte trois institutions : la fédération qui gère les services à domicile et l'accueil en établissement des personnes âgées, la commune de Saint Apollinaire ainsi que l'office public d'aménagement et de construction de la ville de Dijon.

Cette initiative est née à partir de trois besoins : le besoin en logement sociaux, le besoin de structure d'accueil pour les personnes âgées et les prestations pour la petite enfance.

Ainsi en 2002, un ensemble d'habitat a été créé intégrant un habitat individuel, un habitat collectif social et un habitat privé. 76 logements ont été construits à destination des personnes âgées et des jeunes couples avec enfants.

Une charte est signée par les habitants qui s'engagent à rendre service et à contribuer à la vie de ce quartier. L'ensemble des logements est adapté à la mobilité de chacun avec des rampes d'accès, ascenseurs, portes larges...

Parallèlement, la commune a réorganisé les services petite enfance en créant des structures multi-accueil, un relais d'assistance maternelle... De plus, deux petites unités de vie pour personnes âgées ont été créées, une pour personnes âgées dépendantes et une pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies associées. Un service d'écoute et de renseignements a été mis en place par la commune pour lutter contre l'isolement. (Sources : www.fedosad.fr, www.seniorplus.fr).

- Enfin en Val-de-Marne, des travaux ont débuté dans un quartier de Chevilly Larue en 2009. Le projet prévoit la construction de 280 logements dont 18 réservés aux seniors. Cette mixité intergénérationnelle évite une « ghettoïsation des personnes âgées ». Ces logements bénéficieront d'une appellation « haute qualité de vieillissement » car ils seront soumis à une conception particulière et à des normes très précises. De plus, ces appartements « test » bénéficient d'innovations tels que des équipements de communication avec l'extérieur, l'élargissement des portes ou encore l'adaptation des salles de bain... Cette résidence est à proximité de deux espaces verts, les trottoirs sont élargis et la zone environnante est limitée à 30km/h. Un établissement EHPAD se trouve à proximité, ce qui permettra aux personnes âgées d'être suivies si elles le souhaitent (portage des repas...). Une demande d'hébergement peut ensuite être effectuée par la personne âgée. Le but de cette démarche est de créer une continuité entre le domicile et l'établissement. (Sources : Le Parisien, 16 Juillet 2010).

De manière générale, il faut considérer le domicile et ne pas se limiter au logement individuel ou collectif. Il est nécessaire d'intégrer l'environnement dans lequel évolue la personne âgée. Les lieux dotés de commerces, services, transports en commun et de services publics adaptés sont favorables au maintien à domicile des plus âgés dans de bonnes conditions. Ces lieux correspondent aux centres-bourgs et aux quartiers urbains à la différence des milieux ruraux où la dimension d'accessibilité est différente.

Les projets d'urbanismes intègrent désormais la question du vieillissement mais de manière insuffisante pour répondre correctement aux besoins de résidence des personnes âgées. L'implantation d'un établissement d'hébergement est trop souvent le résultat d'une opportunité foncière. Même si le Plan local de l'habitat intègre ces mesures, la place des personnes âgées et de leurs besoins reste modeste. Un des enjeux est donc de faire évoluer cette situation.

Il faut développer le parc immobilier et rester en lien avec les espaces publics, les transports en commun, les commerces et les services. Les Plans de Mise en Accessibilité de la Voirie (PMAV) et des Plans de Mise en Accessibilité des Bâtiments (PMAB) devront adapter leur contenu, définir les zones prioritaires à équiper et prévoir des plans d'actions pour les années à venir.

Les projets urbains se multiplient même s'il existe toujours un réel manque de logements adaptés. Néanmoins, ces actions restent insuffisantes dans la prise en charge globale à domicile. En amont, l'identification des raisons qui poussent une personne âgée à entrer en établissement reste donc primordiale.

La fragilité des personnes âgées dépendantes ainsi que leur environnement extérieur, représentent le principal frein pour envisager la continuité d'une vie à domicile lorsque leur dépendance augmente. C'est sur ce point qu'il faut sensibiliser non seulement les équipes d'intervention à domicile mais également le personnel de direction des établissements d'hébergement.

La communication doit être privilégiée autour de la personne âgée. L'idée d'un référent professionnel pourrait être développée. Ce rôle peut centraliser et communiquer les informations des intervenants à domicile afin d'améliorer le suivi et la prise en charge d'une personne âgée. La mise en place de ce type d'action peut être développée dans le cadre des formations professionnelles.

Si le Conseil Général arrive à centraliser les données sur ce « point de rupture » entre l'hébergement à domicile et l'hébergement en établissement, il devient alors possible d'orienter les politiques en faveur du domicile. Parallèlement il faut continuer à construire ou aménager des logements adaptés. Il reste cependant un paramètre important à prendre en compte, la question du financement de ces diverses mesures.

Sophie GUENNERY

(Questionnaire à remplir par le directeur d'établissement)

L'établissement

N° Questionnaire : (ne pas remplir) _____

N° FINESS de l'établissement : _____

Nom de l'établissement : _____

Nombre d'entrées du 01/01/09 au 31/12/09 : _____

Tarifs mensuels moyens de base de l'hébergement en 2009 : _____

Tarifs mensuels moyens avec tarifs dépendance en 2009 : _____

Enquête sur le point de rupture entre l'hébergement à domicile et l'hébergement en établissement des personnes âgées dans le département du Val-de-Marne

QUESTIONNAIRE SUR LE RESIDENT ET SON ENTREE EN ETABLISSEMENT

N° du questionnaire : (ne pas remplir) _____

Partie 2 - Le Résident :

(Partie à remplir par le directeur d'établissement)

1) Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

2) Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ____/____/____

3) Code Postal du domicile avant hébergement : _____

4) Profession ou catégorie socioprofessionnelle de la personne âgée : _____

5) GIR de la personne à son entrée en établissement :

☐ GIR1 ☐ GIR2

☐ GIR3 ☐ GIR4

☐ GIR5 ☐ GIR6

6) Dernier GIR disponible de la personne (Evolution du GIR en cours d'hébergement) au 31/12/2009 :

☐ GIR1 ☐ GIR2

- ☐ GIR3 ☐ GIR4
☐ GIR5 ☐ GIR6

7) Date d'entrée dans l'établissement (jj/mm/aaaa) : ____/____/____

8) Date de sortie de l'établissement (jj/mm/aaaa) : ____/____/____

☐ Personne toujours présente dans l'établissement au 31/12/2009

9) Raisons qui ont motivé la sortie de la personne âgée :

- ☐ Décès
☐ Hospitalisation
☐ Retour domicile
☐ Autres : _____

10) Bénéficiaire de l'APA : ☐ Oui ☐ Non

Si non : ☐ Non demandée ☐ Absence de droit ☐ Autres _____

11) Bénéficiaire de l'Aide Sociale (pour l'hébergement) ☐ Oui ☐ Non

12) Quelle est la personne qui a influencé l'entrée en établissement de la personne âgée :

- ☐ Famille
☐ Aidant(s) autre que la famille (voisins, amis...)
☐ Aidant(s) professionnel(s) (soins à domicile...)
☐ Médecin traitant
☐ La personne âgée elle-même
☐ Autres : _____

13) Délais d'attente avant l'obtention d'une place en établissement

- ☐ Moins de 6 mois
☐ De 6 à 12 mois
☐ Entre 1 et 2 ans
☐ Plus de 2 ans

14) Le résident a-t-il pensé à l'hébergement en logement foyer ?

- ☐ Oui
☐ Non

Partie 3 - Eléments déterminants dans l'entrée en établissement de la personne âgée

(Partie à remplir par le directeur d'établissement ou la personne âgée ou le référent de la personne âgée)

Personne ayant répondu à cette partie du questionnaire :

- ☐ Directeur d'établissement
☐ Référent de la personne âgée
☐ La personne âgée elle-même

Quelles raisons ont amené la personne âgée à quitter son domicile et à entrer en établissement ?
(2 à 3 réponses possibles)

15) Famille, référent :

- ☐ Période de vacances
☐ Rapprochement familial
☐ Prise en charge difficile de l'entourage proche
☐ Epuisement familial

16) Isolement de la personne âgée :

- ☐ Absence de famille
☐ Veuvage
☐ Incapacité du conjoint

☐ Conjoint lui-même en établissement

17) Logement de la personne âgée :

☐ Insécurité

☐ Inadaptation du logement lui-même (absence d'ascenseur, de rampe d'accès...)

☐ Inadaptation des matériels à domicile (lits, sanitaires...)

18) Soins à domicile

☐ Absence, insuffisance de personnels professionnels

☐ Mauvaises relations des professionnels avec la famille

☐ Résistance de la personne âgée aux aides extérieures

19) Santé

☐ Dégradation de l'état de santé

☐ Suite à une hospitalisation

20) L'hébergement

☐ Coût trop élevé de l'hébergement à domicile

☐ Recul de l'entrée en établissement car coût de l'hébergement en établissement trop élevé

21) Souhait de la personne de vivre en milieu semi collectif

☐ Rompre l'isolement

☐ Besoin de plus de sécurité

Merci de nous retourner les questionnaires remplis par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Président du Conseil général

Hôtel du Département

Direction des Services aux Personnes âgées et aux Personnes handicapées

Service Projets et Structures

A l'attention du Docteur Freddy LEROY

94054 CRETEIL CEDEX

Annexe 9 - Emplois à domicile (personnes âgées et personnes handicapées)

en Poitou-Charentes en 1993

DEPARTEMENT	NOM COMMUNE	Emplois à domicile en 1993	DEPARTEMENT	NOM COMMUNE	Emplois à domicile en 1993	DEPARTEMENT	NOM COMMUNE	Emplois à domicile en 1993
16	Aignes-et-Puypéroux	19	17	Pons	19	86	Jaunay-Clan	5
16	Angeduc	145	17	Rioux	14	86	Lathus-Saint-Rémy	27
16	Asnières-sur-Nouère	15	17	Rochefort	25	86	Lauthiers	6
16	Barbezières	16	17	Romegoux	3	86	Leigné-les-Bois	35
16	Barro	6	17	Saint-Agnant	11	86	Lésigny	1
16	Brigueuil	15	17	Saint-Dizant-du-Bois	1	86	Lizant	9
16	Brillac	7	17	Saint-Félix	1	86	Maillé	14
16	Chadurie	12	17	Saint-Martial-sur-Né	7	86	Marigny-Brizay	12
16	Champagne-Vigny	17	17	Saint-Palais-de-Phiolin	1	86	Marigny-Chemereau	8
16	Champmillon	7	17	Saint-Sauvant	4	86	Maulay	9
16	Charras	22	17	Saint-Sauveur-d'Aunis	1	86	Mazeuil	16
16	Châteaubernard	7	17	Saint-Vivien	1	86	Mignaloux-Beauvoir	14
16	Cherves-Châtelars	17	17	Saint-Xandre	21	86	Migné-Auxances	41
16	Claix	4	17	Tonnay-Boutonne	2	86	Millac	11
16	Condéon	27	79	Argenton-l'Église	1	86	Montreuil-Bonnin	42
16	Courlac	13	79	Bessines	6	86	Moussac	14
16	Gardes-le-Pontaroux	2	79	Bougon	1	86	Mouterre-sur-Blourde	30
16	Gurat	23	79	Champdeniers-Saint-Denis	8	86	Ouzilly	10
16	L'Isle-d'Espagnac	33	79	Chérigné	9	86	Oyré	32
16	Lonnes	25	79	Épannes	4	86	Paizay-le-Sec	6
16	Manot	45	79	Fenioux	11	86	Payroux	8
16	Montboyer	22	79	Mairé-Levescault	70	86	Persac	16
16	Montjean	9	79	Mazières-sur-Béronne	6	86	Pindray	23
16	Moulidars	8	79	Melle	19	86	La Puye	13
16	Rivières	19	79	Montravers	30	86	Queaux	36
16	Rougnac	34	79	Reffannes	19	86	Quinçay	2
16	Rouillac	10	79	Le Retail	1	86	Roches-Prémarie-Andillé	19
16	Saint-Amant	26	79	Saint-Martin-de-Mâcon	44	86	Romagne	8
16	Saint-Ciers-sur-Bonnieure	22	79	Sainte-Néomaye	27	86	Saint-Christophe	5
16	Sauvignac	19	79	Saint-Paul-en-Gâtine	19	86	Saint-Georges-lès-Baillargeaux	19
16	Souvigné	44	79	Saint-Romans-des-Champs	89	86	Saint-Germain	6
16	Vilhonneur	22	79	Sainte-Verge	23	86	Saint-Gervais-les-Trois-Clochers	12
17	Aigrefeuille-d'Aunis	2	79	Secondigné-sur-Belle	59	86	Saint-Jean-de-Sauves	1
17	Anais	4	79	Secondigny	9	86	Saint-Léger-de-Montbrillais	6
17	Angliers	31	79	Viennay	3	86	Saint-Léomer	9
17	Arthenac	7	86	Angliers	11	86	Saint-Macoux	18
17	La Chapelle-des-Pots	11	86	Antigny	10	86	Valdivienne	10
17	Courcerac	34	86	Asnières-sur-Blour	6	86	Saint-Martin-l'Ars	20
17	Courçon	4	86	Availles-en-Châtellerault	12	86	Saint-Pierre-de-Maillé	27
17	Crazannes	1	86	Béruges	37	86	Saint-Rémy-sur-Creuse	21
17	Doeuil-sur-le-Mignon	2	86	Charrais	19	86	Saint-Romain	13
17	Épargnes	15	86	Château-Garnier	40	86	Saint-Sauveur	5
17	La Gripperie-Saint-Symphorien	2	86	Château-Larcher	9	86	Sanxay	11
17	Le Gua	3	86	Cloué	25	86	Sérigny	17
17	La Jarrie-Audouin	7	86	Couhé	45	86	Sommières-du-Clain	7
17	Lonzac	1	86	Coussay	1	86	Thollet	24
17	Lorignac	2	86	Curzay-sur-Vonne	18	86	La Trimouille	21
17	Marans	15	86	Doussay	25	86	Usson-du-Poitou	27
17	Messac	11	86	La Ferrière-Airoux	17	86	Varennes	17
17	Migron	14	86	Fleuré	3	86	Vellèches	10
17	Montils	6	86	Haims	6	86	Verrue	7
17	Polignac	10	86	Ingrandes	14	86	Voulême	1
17	Pommiers-Moulons	32	86	L'Isle-Jourdain	13	86	Vouzailles	5
TOTAL REGION : 2 592								
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE : 48 584								

Sources : Données UNEDIC 1993

Emplois à domicile (personnes âgées et personnes handicapées)
en Poitou-Charentes en 2000

DEPARTEMENT	NOM COMMUNE	Emplois à domicile en 2000	DEPARTEMENT	NOM COMMUNE	Emplois à domicile en 2000
16	Agris	1	79	Celles-sur-Belle	14
16	Angeduc	211	79	Prissé-la-Charrière	37
16	Asnières-sur-Nouère	25	79	Chauray	58
16	Barbezières	29	79	Chizé	12
16	Cellettes	47	79	Coulon	30
16	Chadurie	29	79	Coulonges-Thouarsais	13
16	Champagne-Vigny	30	79	Doux	28
16	Champmillon	52	79	Neuvy-Bouin	85
16	Charras	42	79	Niort	25
16	Cherves-Châtelars	38	79	Pers	9
16	Condéon	69	79	Saint-Paul-en-Gâtine	5
16	Gardes-le-Pontaroux	3	79	Saurais	2
16	Gurat	43	79	Xaintray	84
16	L'Isle-d'Espagnac	38	86	Basses	3
16	Lonnes	27	86	Beuxes	88
16	Montboyer	79	86	Bonnes	17
16	Pillac	3	86	Charroux	14
16	Rougnac	39	86	Chatain	26
16	Saint-Amant	32	86	La Chaussée	5
16	Saint-Vallier	47	86	Civaux	30
16	Sauvignac	34	86	Colombiers	40
16	Souvigné	204	86	Curzay-sur-Vonne	4
16	Villebois-Lavalette	28	86	Frozes	22
17	Anais	5	86	Genouillé	22
17	Angliers	36	86	Jardres	14
17	Arthenac	9	86	Lathus-Saint-Rémy	22
17	Bougneau	5	86	Leigné-sur-Usseau	17
17	La Chapelle-des-Pots	31	86	Liglet	17
17	Chartuzac	41	86	Lizant	28
17	Courcerac	31	86	Luchapt	27
17	La Gripperie-Saint-Symphorien	3	86	Lusignan	54
17	La Jarrie-Audouin	7	86	Mignaloux-Beauvoir	18
17	Migron	70	86	Migné-Auxances	19
17	Mons	18	86	Mirebeau	21
17	Montils	32	86	Mondion	18
17	Montlieu-la-Garde	1	86	Monthoiron	30
17	Moragne	1	86	Montreuil-Bonnin	32
17	Pommiers-Moulons	66	86	Mouterre-Silly	20
17	Pons	27	86	Payré	18
17	Rioux	23	86	Pleumartin	91
17	Rochefort	68	86	Rouillé	22
17	Saint-Xandre	12	86	Saint-Jean-de-Sauves	18
17	Salles-sur-Mer	2	86	Saint-Sauveur	33
17	Sousmoulins	16	86	Saulgé	9
17	Tonnay-Boutonne	1	86	Thuré	19
17	Varzay	5	86	Usseau	15
79	L'Absie	7	86	Vellèches	10
79	Beaussais	34	86	Vernon	8
79	Boussais	6	86	Villiers	31
79	La Crèche	3	86	Vivonne	37
TOTAL REGION		3 031			
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE		74 402			

Sources : Données UNEDIC 2000

Emplois à domicile (personnes âgées et personnes handicapées)

en Poitou-Charentes en 2010

DEPARTEMENT	NOM COMMUNE	Emplois à domicile en 2010	DEPARTEMENT	NOM COMMUNE	Emplois à domicile en 2010	DEPARTEMENT	NOM COMMUNE	Emplois à domicile en 2010
16	Aignes-et-Pupérourx	36	17	Saint-Pierre-du-Palais	24	86	Béruges	24
16	Angeduc	263	17	Saint-Sauveur-d'Aunis	42	86	Chalais	2
16	Asnières-sur-Nouère	21	17	Saint-Xandre	31	86	Chapelle-Viviers	1
16	Aussac-Vadalle	14	17	Salles-sur-Mer	65	86	Château-Garnier	67
16	Barbezières	46	17	Sousmoulins	118	86	Château-Larcher	104
16	Birac	23	17	Thors	18	86	La Chaussée	20
16	Le Bouchage	10	17	Le Thou	30	86	Cloué	20
16	Brillac	7	17	Varzay	3	86	Couhé	58
16	Cellettes	57	17	Yves	65	86	Coulombiers	5
16	Chadurie	26	79	Argenton-les-Vallées	39	86	Coulonges	24
16	Champagne-Vigny	19	79	Aubigné	8	86	Cuhon	13
16	Champmillon	35	79	Beaussais	4	86	Curzay-sur-Vonne	16
16	Charras	39	79	Le Beugnon	20	86	Doussay	45
16	Châteaubernard	29	79	Boismé	6	86	La Ferrière-Airoux	35
16	Cherves-Châtelars	31	79	Bouillé-Saint-Paul	8	86	Fleix	20
16	Claix	120	79	Bressuire	58	86	Fleuré	3
16	Condéon	77	79	Brie	30	86	Gençay	14
16	Courlac	46	79	Cerizay	1	86	Glénouze	6
16	Gondeville	5	79	Champdeniers-Saint-Denis	38	86	Iteuil	36
16	Houlette	29	79	La Chapelle-Bâton	5	86	Jouhet	13
16	L'Isle-d'Espagnac	54	79	Chiché	1	86	Journet	22
16	Lignières-Sonneville	1	79	Clavé	2	86	Lathus-Saint-Rémy	46
16	Lonnes	32	79	Échiré	3	86	Lavoux	68
16	Manot	47	79	Fomperron	9	86	Leigné-les-Bois	72
16	Montboyer	57	79	Germond-Rouvre	19	86	Lésigny	49
16	Montchaude	41	79	Luché-sur-Brioux	11	86	Lizant	40
16	Montjean	24	79	Lusseray	4	86	Loudun	1
16	Moulidars	16	79	Luzay	10	86	Maillé	20
16	Nancars	17	79	Mairé-Levescault	4	86	Marigny-Brizay	35
16	Rivières	55	79	Mauzé-sur-le-Mignon	98	86	Marigny-Chemereau	21
16	Rougnac	40	79	Mazières-sur-Béronne	83	86	Maulay	10
16	Ruelle-sur-Touvre	33	79	Melle	1	86	Mignaloux-Beauvoir	26
16	Saint-Amant	40	79	Missé	6	86	Millac	101
16	Saint-Ciers-sur-Bonnieure	27	79	Moncoutant	1	86	Montreuil-Bonnin	40
16	Saint-Romain	49	79	Moutiers-sous-Chantemerle	82	86	Moulsimes	16
16	Saint-Vallier	128	79	Oroux	22	86	Moutterre-sur-Blourde	23
16	Sauvignac	32	79	Paizay-le-Chapt	9	86	Les Ormes	28
16	Souviigné	306	79	Pompaire	6	86	Oyré	92
16	Verrières	24	79	Praillies	39	86	Paizay-le-Sec	49
16	Vilhonneur	26	79	Reffannes	19	86	Persac	32
16	Villebois-Lavalette	30	79	Saint-Clémentin	38	86	Pindray	48
17	Agudelle	6	79	Saint-Génard	1	86	Port-de-Piles	2
17	Arces	27	79	Saint-Laurs	91	86	Quinçay	12
17	Beaugeay	33	79	Saint-Marc-la-Lande	46	86	Le Rochereau	18
17	La Benâte	4	79	Saint-Martin-de-Mâcon	116	86	Roches-Prémarie-Andillé	19
17	Breuil-la-Réorte	33	79	Saint-Martin-de-Saint-Maixent	150	86	Romagne	41
17	La Brousse	3	79	Saint-Médard	22	86	Saint-Cyr	1
17	Chervettes	12	79	Saint-Paul-en-Gâtine	44	86	Saint-Georges-lès-Baillargeaux	23
17	Courcerac	43	79	Sainte-Radegonde	64	86	Saint-Germain	9
17	Les Essards	24	79	Saint-Romans-des-Champs	42	86	Saint-Gervais-les-Trois-Clochers	18
17	Le Fouilloux	55	79	Saint-Symphorien	78	86	Saint-Jean-de-Sauves	9
17	Geay	5	79	Sainte-Verge	11	86	Saint-Léger-de-Montbrillais	16
17	Jazennes	68	79	Scillé	9	86	Saint-Léomer	17
17	Jussas	1	79	Secondigny	60	86	Saint-Macoux	53
17	Lorignac	41	79	Séigné	10	86	Saint-Martin-l'Ars	32
17	Macqueville	31	79	Soudan	145	86	Saint-Pierre-de-Maillé	18
17	Massac	53	79	Soutiers	32	86	Saint-Rémy-sur-Creuse	26
17	Migron	79	79	Le Tallud	34	86	Saint-Romain	36
17	Mons	51	79	Thorigny-sur-le-Mignon	11	86	Saint-Sauveur	1
17	Montendre	54	79	Usseau	49	86	Saint-Savin	46
17	Nieul-le-Virouil	8	79	Vançais	35	86	Saint-Secondin	33
17	Pommiers-Moulons	61	79	Vasles	69	86	Saires	30
17	Pons	37	79	Villemain	67	86	Sanxay	60
17	Poursay-Garnaud	7	86	Antigny	40	86	Scorbé-Clairvaux	20
17	Rioux	83	86	Antran	7	86	Sommières-du-Clain	14
17	Rochefort	293	86	Asnières-sur-Blour	6	86	Thuré	20
17	Rouffignac	85	86	Asnois	56	86	La Trimouille	223
17	Sablanceaux	2	86	Aulnay	1	86	Usson-du-Poitou	97
17	Sainte-Gemme	67	86	Availles-en-Châtellerault	63	86	Varennes	23
17	Saint-Hippolyte	159	86	Ayron	253	86	Voulême	125
17	Saint-Julien-de-l'Escap	5	86	Basses	1	86	Vouzailles	13
17	Saint-Martin-de-Juillers	29						
TOTAL REGION :		8 584						
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE :		204 146						

Sources : Données UNEDIC 2010

Annexe 11 – Lettre de Monsieur BLANC, Directeur de l'ARS Poitou-Charentes, à destination des directeurs d'établissements



Objet : Etude personnes âgées en EHPAD

**A l'attention des Directeurs
d'établissements d'hébergement pour
personnes âgées dépendantes**

Poitiers, le 7 juillet 2011

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

Afin d'éclairer les acteurs de terrain, l'Agence régionale de Santé a sollicité une équipe de recherche universitaire afin de réaliser une étude régionale au sein des structures hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Cette étude, basée sur une enquête, permettra de disposer d'une photographie exacte de la situation et des besoins, pour anticiper et adapter la politique d'organisation de l'offre et faire face à un défi national, auquel la région Poitou-Charentes est particulièrement confrontée, celui du vieillissement. En effet la planification de l'hébergement médico-social pour les personnes âgées reste une réelle problématique dans la mesure où il n'existe pas de base recensant le code postal de résidence de la personne avant son entrée en institution.

Aussi, le recueil d'informations portera sur quelques variables stratégiques auprès de chaque établissement et concernant chaque résident. Il s'effectuera en ligne par internet via un site sécurisé (<https>) de la mi-juillet à fin septembre 2011. M. Jean-Marc Macé, professeur au Cnam et Sophie Guennery, Doctorante à l'Université d'Angers se tiendront à votre disposition pour toute question relative à cette étude.

Comme la loi sur l'informatique et les libertés en fait la plus stricte obligation, toutes les informations communiquées dans le cadre de cette enquête resteront anonymes et confidentielles. Par ailleurs, je vous informe que la CNIL a donné son accord pour la réalisation de cette enquête.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à cette enquête, je vous prie de croire, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, en l'expression de ma parfaite considération.

Le Directeur Général

François-Emmanuel BLANC

Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes
4 rue Micheline Ostermeyer – B. P. 20570 - 86021 POITIERS CEDEX
Téléphone : 05 49 42 30 00
ars-pch-contact@ars.sante.fr - <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr>



Récépissé de déclaration normale

Numéro de déclaration
1475089 v 0

MACE - Jean Marc - CONSERVATOIRE
NATIONAL DES ARTS ET METIERS -
URBANISME ET ENVIRONNEMENT
292 RUE SAINT MARTIN
75003 PARIS

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en août 2004,

CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET METIERS
292 RUE SAINT MARTIN 75003 PARIS
Tél : Fax :
Messagerie :

A déclaré à la Commission Nationale de l'informatique et des libertés un traitement de données personnelles dont la finalité principale est :

ETUDE SUR L'HEBERGEMENT DE PERSONNES AGEES ET INSTITUTION - MISE EN PLACE DE TERRITOIRES
VECUS DE GERONTOLOGIE - EVALUATION DU NOMBRE DE LITS ET PLACES NECESSAIRE EN REGION POITOU
CHARENTES

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : leur information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL :
« www.cnil.fr »

Fait à Paris, le 4 janvier 2011

Par délégation de la commission

Alex Turk

8, rue Vivienne - CS30223 - 75083 Paris Cedex 02 Tél : 0153732222 Fax : 0153732200 Site : <http://www.cnil.fr>
REPUBLIQUE FRANCAISE

Annexe 13 - Enquête ARS Poitou-Charentes 2011 sur l'exercice 2010,

Données détaillées des quatre départements : LA CHARENTE

FINESS	ETABLISSEMENT	CODE POSTAL	VILLE	Journées observées	Lits ARS	Journées disponibles	Taux d'occupation
160007456	CENTRE DE GERONTOLOGIE DE COGNAC	16108	COGNAC	14 003	37	13 505	103,7
160011953	LE FIL D'ARGENT	16260	CHASSENEUIL SUR BONNIEURE	22 175	60	21 900	101,3
160009916	LES JARDINS DE LA GARENNE	16022	ANGOULEME	29 479	80	29 200	101,0
160004149	DOMAINE DES THIBAUDIERES	16250	CHADURIE	1 460	4	1 460	100,0
160000428	EHPAD HABRIOUX	16140	AIGRE	32 091	88	32 120	99,9
160002127	EHPAD LA PROVIDENCE	16160	GOND PONTouvre	72 447	199	72 635	99,7
160014403	EHPAD FONT DOUCE	16470	ST MICHEL	32 698	90	32 850	99,5
160006961	EHPAD GIRAC	16470	ST MICHEL	22 871	63	22 995	99,5
160002119	EHPAD TALLEYRAND	16210	CHALAIS	32 806	91	33 215	98,8
160006987	EHPAD BEAULIEU	16000	ANGOULEME	68 493	190	69 350	98,8
160008264	LES ALINS DU MARECHAL	16730	TROIS PALIS	18 744	52	18 980	98,8
160013538	ASSOCIATION APAR	16700	NANTEUIL EN VALLEE	5 765	16	5 840	98,7
160008330	EHPAD ABBAYE	16330	ST AMANT DE BOIXE	28 817	80	29 200	98,7
160004503	MAISON DE RETRAITE GUY GAUTHIER	16100	COGNAC	24 416	68	24 820	98,4
160004669	EHPAD LES SOURCES	16500	CONFOLENS	43 365	122	44 530	97,4
160005435	LES HYADES	16170	ROUILLAC	17 772	50	18 250	97,4
160003695	RESIDENCE FELIX GAILLARD	16120	CHATEAUNEUF SUR CHARENTE	25 153	71	25 915	97,1
160003752	EHPAD BERGERON GRENIER	16230	MANSLE	20 901	59	21 535	97,1
160009643	EHPAD LA COURONNE NERSAC ROULLET	16400	LA COURONNE	24 580	70	25 550	96,2
160009627	RESIDENCE AREPAS LE BOIS DOUCET	16200	JARNAC	22 406	64	23 360	95,9
160007472	LA ROSERAIE	16360	CHANTILLAC	4 189	12	4 380	95,6
160004412	RESIDENCE LES ECUREUILS	16340	L ISLE D ESPAGNAC	32 393	93	33 945	95,4
160009924	RESIDENCE ORPEA LES CHARENTES	16000	ANGOULEME	32 631	94	34 310	95,1
160003745	CIAS HORTE ET LAVALLETTE EHPAD GAMBY	16320	VILLEBOIS LAVALLETTE	26 939	78	28 470	94,6
160008298	LA PICAUDRIE	16290	HIERSAC	12 049	35	12 775	94,3
160007092	EHPAD LES BOUTONS D'OR	16700	RUFFEC	10 311	30	10 950	94,2
160011706	SARL ROUMA GERONT - RESIDENCE LES CHARMILLES	16270	ROUMAZIERES LOUBERT	21 943	64	23 360	93,9
160007803	MAISON DE RETRAITE BORIS BORDES	16300	BARBEZIEUX ST HILAIRE	34 268	100	36 500	93,9
160002242	EHPAD RABY BARBOTEAU	16130	SEGONZAC	20 424	60	21 900	93,3
160003760	HOTEL DE RETRAITE	16600	RUELLE SUR TOUVRE	32 516	96	35 040	92,8
160008280	MAISON DE RETRAITE DU NOBLET	16130	SALLES D ANGES	8 088	24	8 760	92,3
160002143	RESIDENCE CLAIREBOIS	16410	DIRAC	26 685	80	29 200	91,4
160007027	LES AURES	16150	CHABANAIS	23 327	72	26 280	88,8
160009882	LA CROIX DU MARECHAL	16800	SOYAUX	26 042	82	29 930	87,0
160003703	EHPAD LA COMMANDERIE	16500	CONFOLENS	26 725	85	31 025	86,1
160004123	MAISON SAINTE MARIE	16150	ETAGNAC	24 063	77	28 105	85,6
160000527	EHPAD DE MONTBRON	16220	MONTBRON	29 202	101	36 865	79,2
160011656	EHPAD LE VILLARD	16350	CHAMPAGNE MOUTON	16 083	59	21 535	74,7
160011979	EHPAD LES HESPERIDES	16230	LUXE	11 034	41	14 965	73,7
160007511	EHPAD LES MAISONS DE MARTHE	79150	ARGENTON	22 306	83	30 295	73,6
160007779	CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUNEUF	16120	CHATEAUNEUF SUR CHARENTE	17 535	66	24 090	72,8
160007653	RESIDENCE MEDICO SOCIALE	16200	JANRNAC	28 477	123	44 895	63,4
160010732	THEMIS LES LIS	16710	ST YRIEIX SUR CHARENTE	11 359	57	20 805	54,6
160004396	SARL LES TROIS PILIERS	16230	MANSLE	7 677	76	27 740	27,7
160009007	CHÂTEAU DE CRESSE	16200	BOURG CHARENTE	3 684	64	23 360	15,8
TOTAL				1 070 392	3 306	1 206 690	88,6

Sources : Enquête ARS 2011 sur exercice 2010

Enquête ARS Poitou-Charentes 2011 sur l'exercice 2010,

Données détaillées de la Charente-Maritime

FINESSE	ETABLISSEMENTS	CODE POSTAL	VILLE	Journées Observées	Lits ARS	journée dsponibles	Taux d'occupation
170791180	HOPITAL LOCAL	17310	ST PIERRE D OLERON	36 638	25	9 125	401,5
170801401	SAS LE CLOS D'ARVERT EHPAD BEAUSEJOUR	17530	ARVERT	15 634	40	14 600	107,1
170802235	LA RESIDENCE DU PARC-ORCHIDEES	17520	ARCHIAC	4 097	11	4 015	102,0
170016307	EHPAD L'OCEANE D'OLERON	17370	LE GRAND VILLAGE PLAGE	27 789	75	27 375	101,5
170802227	RESIDENCE LE CLOS DES FONTAINES	17300	ROCHEFORT	26 175	71	25 915	101,0
170784326	EHPAD / USLD SITE LES ARENES	17108	SAINTES CEDEX	40 183	109	39 785	101,0
170803779	LA TONNELLE	17740	STE MARIE DE RE	12 880	35	12 775	100,8
170804041	RESIDENCE LA GUYARDERIE	17100	SAINTES	4 380	12	4 380	100,0
170015929	FOYER LES TOURNESOLS	17780	SOUBISE	2 900	8	2 920	99,3
170783567	CH DE SAINTONGE - EHPAS LA CHAPELLE DES POTS	17100	LA CHAPELLE DES POTS	15 950	44	16 060	99,3
170780217	EHPAD d'Aligre	17230	MARANS	52 336	145	52 925	98,9
170783575	EHPAD SAINT GERVAIS	17503	JONZAC	19 096	53	19 345	98,7
170009542	LE LOGIS DE MONTIGNAC	17100	FONTCOUVERTE	19 799	55	20 075	98,6
170780340	EHPAD NOTRE DAME	17480	LE CHATEAU D OLERON	26 978	75	27 375	98,5
170781140	E.H.P.A.D.	17160	MATHA	23 359	65	23 725	98,5
170021638	E.H.P.A.D. SPECIALISE	17160	MATHA	5 385	15	5 475	98,4
170784870	LA DECHANDERIE	17150	ST SORLIN DE CONAC	7 175	20	7 300	98,3
170803951	ARCHE HARMONIE	17920	BREUILLET	15 777	44	16 060	98,2
170009880	EHPAD LES DEUX CÈDRES	17770	ST HILAIRE DE VILLEFRANCHE	3 944	11	4 015	98,2
170805477	ASSOCIATION LA PROVIDENCE DE SAINTES	17100	SAINTES	21 058	59	21 535	97,8
170803068	PETITES SOEURS DES PAUVRES	17100	SAINTES	31 042	87	31 755	97,8
170791289	CENTRE HOSPITALIER EHPAD VAL DE BOUTONNE	17415	ST JEAN D ANGELY CEDEX	29 579	83	30 295	97,6
170800809	SAS AUBE	17170	ST CYR DU DORET	29 221	82	29 930	97,6
170804363	LE DOMAINE DU GRAND PRE	17600	CORME ROYAL	19 593	55	20 075	97,6
170805865	DOMAINE DES HAUTES VARENNES	17138	ST XANDRE	17 793	50	18 250	97,5
170780183	EHPAD	17410	ST MARTIN DE RE	56 845	160	58 400	97,3
170801906	SARL KHEOPS	17160	LES TOUCHES DE PERIGNY	18 427	52	18 980	97,1
170781132	EHPAD DU BOIS D'HURE	17140	LAGORD	35 347	100	36 500	96,8
170022966	CENTRE HOSPITALIER EHPAD LES COLLINES	17415	ST JEAN D ANGELY CEDEX	31 812	90	32 850	96,8
170802631	EHPAD LES MARRONNIERS	17290	AIGREFEUILLE D AUNIS	22 222	63	22 995	96,6
170791263	CENTRE HOSPITALIER	17360	BOSCAMNANT	34 194	97	35 405	96,6
170803274	EURL LA ROSERAIE	17300	ROCHEFORT	25 026	71	25 915	96,6
170785703	EHPAD MASSIOU	17000	LA ROCHELLE	16 915	48	17 520	96,5
170788848	EHPAD JOVINIUS	17500	ST MARTIAL DE VITATERNE	36 945	105	38 325	96,4
170021075	EHPAD LES JARDINS DU GO	17137	NIEUL SUR MER	24 554	70	25 550	96,1
170799811	EHPAD BEAUSEJOUR	17170	COURCON	10 167	29	10 585	96,1
170783559	CENTRE HOSPITALIER EHPAD SAINT LOUIS	17400	ST JEAN D ANGELY	16 475	47	17 155	96,0
170803118	EHPAD LE LOUVOIS	17560	BOURCEFRANC LE CHAPUS	20 986	60	21 900	95,8
170020812	EHPAD LES JARDINS DE VOLTANIA	17380	TONNAY-BOUTONNE	27 265	78	28 470	95,8
170781033	EHPAD LE ROCH	17210	MONTLIEU LA GARDE	42 529	122	44 530	95,5
170009831	SARL MONTIGNY	17770	BURIE	3 804	11	4 015	94,7
170783526	RESIDENCE LES COULEURS DU TEMPS	17350	ST SAVINIEN	20 743	60	21 900	94,7
170791297	CH ROCHEFORT	17306	ROCHEFORT CEDEX	26 557	77	28 105	94,5
170805667	EHPAD LES JARDINS DE SAINTONGE	17240	ST GENIS DE SAINTONGE	10 902	32	11 680	93,3
170782387	AGFPA EHPAD LE CHATEAU DE CHARRON	17230	CHARRON	18 346	54	19 710	93,1
170805857	KORIAN LE RAYON D'OR	17140	LAGORD	34 579	102	37 230	92,9
170791198	HOPITAL DE MARENNES	17320	MARENNES	63 270	188	68 620	92,2
170804298	EHPAD LA MIRAMBELLE	17150	MIRAMBEAU	14 760	44	16 060	91,9
170782841	LES JARDINS D'EPARGNES	17120	EPARGNES	20 111	60	21 900	91,8
170782932	SARL MRC	17430	CABARIOT	16 507	50	18 250	90,4
170803647	VITEAL OLERON	17310	ST PIERRE D OLERON	14 509	44	16 060	90,3
170805758	LA RESIDENCE DU PARC	17520	ARCHIAC	9 877	30	10 950	90,2
170795355	LES PERVENCHES	17260	GEMOZAC	18 068	55	20 075	90,0
170801195	EHPAD LES JARDINS DE LOULAY	17330	LOULAY	30 215	92	33 580	90,0
170782403	KORIAN LES ISSAMBRES	17208	ROYAN CEDEX	31 475	98	35 770	88,0
170794994	MEDICA FRANCE RESIDENCE MARIE D ALBRET	17800	PONS	20 774	65	23 725	87,6
170804595	EHPAD DU CLERGE	17100	SAINTES	6 040	19	6 935	87,1
170020531	EHPAD SPECIALISEE L'ORANGERIE	17130	MONTENDRE	6 935	22	8 030	86,4
170804413	RESIDENCE DE LA PRESQU'ILE	17450	FOURAS	28 293	90	32 850	86,1
170792337	SARL SAINT AGNAN - RESIDENCE BONSEJOUR	17300	ROCHEFORT	14 437	48	17 520	82,4
170791321	EHPAD LE PLESSIS	17000	La Rochelle	21 459	73	26 645	80,5
170803787	KORIAN LES AJONCS	17170	BENON	19 404	67	24 455	79,3
170805568	RESIDENCE D'AUTOMNE	17110	ST GEORGES DE DIDONNE	25 730	89	32 485	79,2
170802961	EHPAD ADMR de Bernay St Martin	17330	BERNAY ST MARTIN	12 601	45	16 425	76,7
170805501	EHPAD OEILLET DES PINS	17110	ST GEORGES DE DIDONNE	18 023	70	25 550	70,5
170781017	EHPAD LES VACANCES DE LA VIE	17130	MONTENDRE	14 593	60	21 900	66,6
170801625	MARPA DES BORDERIES	17610	CHERAC	4 842	20	7 300	66,3
170803605	KORIAN LES BEGONIAS	17300	ROCHEFORT	15 888	75	27 375	58,0
170803886	LE MOLE D'ANGOULINS	17690	ANGOULINS	7 427	76	27 740	26,8
170021810	L'ESCALE	17000	LA ROCHELLE	1 544	19	6 935	22,3
170784169	SARL LES TILLEULS	17250	TRIZAY	2 822	68	24 820	11,4
170022784	MAISON DE RETRAITE MARLONGES	17290	CHAMBRON	357	11	4 015	8,9
TOTAL				1 483 362	4 435	1 618 775	91,6

Sources : Enquête ARS 2011 sur exercice 2010

Enquête ARS Poitou-Charentes 2011 sur l'exercice 2010,
Données détaillées des Deux-Sèvres

FINESS	ETABLISSEMENTS	CODE POSTAL	VILLE	Journées Observées	Lits ARS	journée dsponibles	Taux d'occupation
790007231	MARPA	79110	COUTURE D ARGENSON	8 744	14	5 110	171,1
790018196	EHPAD LA MAISONNEE	79300	BRESSUIRE	7 714	20	7 300	105,7
790012538	Les CHARMILLES	79500	MELLE	17 856	48	17 520	101,9
790000418	RESIDENCE AU BON ACCUEIL	79430	LA CHAPELLE ST LAURENT	22 148	60	21 900	101,1
790014542	ASSOCIATION BERENGERE	79160	BECELEUF	4 742	13	4 745	99,9
790002042	CCAS EHPADLES CHANTERELLES	79370	CELLES SUR BELLE	33 884	93	33 945	99,8
790003693	RESIDENCE CLODOMIR ARNAUD	79270	LA ROCHENARD	27 138	75	27 375	99,1
790000384	EHPAD ST LOUP	79600	ST LOUP LAMAIRE	18 090	50	18 250	99,1
790000277	EHPAD DU VAL D'OR	79600	AIRVAULT	48 453	134	48 910	99,1
790013288	EHPAD RESIDENCE NICOLAS SEVILEANO	79140	CERIZAY	9 394	26	9 490	99,0
790012553	EHPAD SAINTE FAMILLE	79250	NUEIL LES AUBIERS	19 840	55	20 075	98,8
790008791	EHPAD LES BLEUETS	79320	MONCOUTANT	11 901	33	12 045	98,8
790006100	HOPITAL DE MELLE	79500	MELLE	40 545	113	41 245	98,3
790000368	EHPAD LES FONTAINES	79800	LA MOTHE ST HERAY	18 969	53	19 345	98,1
790000350	EHPAD LES MAGNOLIAS	79320	MONCOUTANT	31 395	88	32 120	97,7
790006092	EHPAD SAINT MAIXENT L'ECOLE	79400	ST MAIXENT L ECOLE	63 763	179	65 335	97,6
790000392	EHPAD LA CASTELBOURDINOISE	79310	ST PARDOUX	27 732	78	28 470	97,4
790003578	RESIDENCE DES TROIS ROIX	79270	FRONTENAY ROHAN ROHAN	22 361	63	22 995	97,2
790000400	EHPAD GATEBOURSE	79340	VASLES	28 741	81	29 565	97,2
790014724	CCAS EHPAD LES FEUILLANTINES	79200	LE TALLUD	15 232	43	15 695	97,1
790000509	RESIDENCE DU LAC	79150	ARGENTON LES VALLEES	55 111	156	56 940	96,8
790012850	ASSOCIATION DU SACRE COEUR SITE DE NIORT	79000	NIORT	22 201	63	22 995	96,5
790003552	EHPAD LES COTEAUX DE RIBRAY	79000	NIORT	31 686	90	32 850	96,5
790013452	EHPAD ALLONEAU	79300	BRESSUIRE	38 022	108	39 420	96,5
790000426	EHPAD LES 3 CIGOGNES	79170	BRIOUX SUR BOUTONNE	23 895	68	24 820	96,3
790003628	RESIDENCE MOLIERE	79100	THOUARS	44 026	126	45 990	95,7
790014708	EHPAD - RESIDENCE LES ROCS	79200	LA PEYRATTE	18 835	54	19 710	95,6
790016034	RESIDENCE LES ABIES	79240	L ABSIE	19 167	55	20 075	95,5
790003610	FOYER NOTRE DAME DE PUYPEAU	79220	CHAMPDENIERS ST DENIS	31 362	90	32 850	95,5
790006746	CCAS - EHPAD ALIENOR D'AQUITAINE	79160	COULONGES SUR L AUTIZE	35 506	102	37 230	95,4
790006084	EHPAD LES CAMELIAS	79200	PARTHENAY	18 367	53	19 345	94,9
790000475	RESIDENCE LA VERGNE ET MANGA	79130	SECONDIGNY	29 486	86	31 390	93,9
790000293	EHPAD LES QUATRE SAISONS	79110	CHEF BOUTONNE	31 840	93	33 945	93,8
790000376	RESIDENCE L'OREE DES BOIS	79100	OIRON	48 951	143	52 195	93,8
790018188	EHPAD LES ORANGERS	79205	PARTHENAY CEDEX	20 804	61	22 265	93,4
790003768	RESIDENCE BETHANIE	79250	NUEIL LES AUBIERS	27 873	82	29 930	93,1
790000335	EHPAD LA MENARDIERE	79310	MAZIERES EN GATINE	28 182	83	30 295	93,0
790015861	LE DOYENNE DE LA VENISE VERTE	79000	NIORT	28 995	86	31 390	92,4
790000541	FONDATION BROTHIER	79190	LIMALONGES	20 592	62	22 630	91,0
790007058	RESIDENCE LE CANTOU	79430	LA CHAPELLE ST LAURENT	6 257	19	6 935	90,2
790016737	EHPAD LES CHARMES DE FLEURY	79103	THOUARS CEDEX	9 859	30	10 950	90,0
790013874	L'AGE D'OR	79210	ARCAIS	6 566	20	7 300	89,9
790014757	HOME EBAUPIN	79510	COULON	10 780	33	12 045	89,5
790006068	EHPAD LE GRAND CEDRE	79000	NIORT	36 212	111	40 515	89,4
790013387	MARPA	79170	PERIGNE	6 186	19	6 935	89,2
790003651	NOTRE MAISON	79800	LA MOTHE ST HERAY	25 289	78	28 470	88,8
790006118	EHPAD HOPITAL DE MAULEON	79700	MAULEON	33 181	103	37 595	88,3
790007348	EHPAD LES AVELINES	79000	NIORT	20 723	65	23 725	87,3
790009864	ASSOCIATION DU SACRE COEUR SITE DE CHERVEUX	79410	CHERVEUX	15 588	51	18 615	83,7
790014534	RESIDENCE DU PARC	79160	VILLIERS EN PLAINE	13 743	45	16 425	83,7
790003719	CHATEAU DE CHAILLE	79500	ST MARTIN LES MELLE	33 619	112	40 880	82,2
790014294	EHPAD NOTRE DAME DES NEIGES	79290	ST MARTIN DE SANZAY	18 425	72	26 280	70,1
790016588	LES JARDINS DU CHATEAU D'AIFRES	79230	AIFRES	10 746	42	15 330	70,1
790000442	EHPAD LA RESIDENCE DU PARC	79220	CHAMPDENIERS ST DENIS	4 214	84	30 660	13,7
790012595	RESIDENCE POMPAIRAIN	79200	CHATILLON SUR THOUET	7 020	146	53 290	13,2
TOTAL				1 311 951	4 010	1 463 650	89,6

Sources : Enquête ARS 2011 sur exercice 2010

Enquête ARS Poitou-Charentes 2011 sur l'exercice 2010,
Données détaillées de la Vienne

FINESS	ETABLISSEMENTS	CODE POSTAL	VILLE	Journees Observées	Lits ARS	journée dsponibles	Taux d'occupation
860006469	LE CLOS DES MYOSOTIS	86550	MIGNALOUX BEAUVOIR	59 443	80	29 200	203,6
860790625	EHPAD LES RESIDENCES DU VAL DE BENAIZE	86290	LA TRIMOUILLE	23 575	36	13 140	179,4
860012103	CHU PASTEUR POITIERS	86000	POITIERS	38 274	68	24 820	154,2
860010479	LES JARDINS DE MONTPLAISIR	86240	LIGUGE	30 275	80	29 200	103,7
860785591	EHPAD RENAUDOT	86200	LOUDUN	24 608	66	24 090	102,2
860789320	RESIDENCE BELLEVUE	86320	LUSSAC LES CHATEAUX	24 909	67	24 455	101,9
860780766	FCES LA GRAND MAISON DES SACRES COEURS	86035	POITIERS CEDEX	15 942	43	15 695	101,6
860786102	ASSOCIATION LARNAY SAGESSE - E.H.P.A.D.	86580	BIARD	20 301	55	20 075	101,1
860780741	MAISON DE RETRAITE SAINTE ELISABETH	86260	LA PUYE	31 521	86	31 390	100,4
860008358	EHPAD SAINTE ANNE	86440	MIGNE AUXANCES	3 664	10	3 650	100,4
860010339	EHPA FOYER OMER PERRET	86000	POITIERS	1 825	5	1 825	100,0
860780501	EHPAD LES CAPUCINES	86400	CIVRAY	43 745	120	43 800	99,9
860011022	EHPAD LES TILLEULS	86370	VIVONNE	20 003	55	20 075	99,6
860781996	EHPAD DU CH DE MONTMORILLON	86501	MONTMORILLON	49 422	136	49 640	99,6
860780493	EHPAD LES MARRONNIERS	86300	CHAUVIGNY	48 467	134	48 910	99,1
860784487	EHPAD RESIDENCE LES CEDRES	86350	PAYROUX	21 660	60	21 900	98,9
860780717	EHPAD LA BRUNETTERIE	86800	SEVRES ANXAUMONT	29 222	81	29 565	98,8
860789981	EHPAD LA CHEZE D'OR	86190	LATILLE	22 292	62	22 630	98,5
860009943	EHPAD L'OREE DU VERGER	86410	VERRIERES	12 909	36	13 140	98,2
860780725	MAISON DE RETRAITE SAINT ANDRE	86260	ST PIERRE DE MAILLE	25 705	72	26 280	97,8
860789767	EHPAD LES GRILLONS	86340	NOUAILE MAUPERTUIS	25 323	71	25 915	97,7
860007038	EHPAD LES JARDINS DE CAMILLE	86280	ST BENOIT	28 412	80	29 200	97,3
860791128	EHPAD LES ROUSSELIERS	86450	PLEUMARTIN	16 999	48	17 520	97,0
860784917	EHPAD THEODORE ARNAULT	86110	MIREBEAU	43 133	122	44 530	96,9
860780675	EHPAD ARC EN CIEL	86170	NEUVILLE DE POITOU	23 654	67	24 455	96,7
860790005	EHPAD LA PETITE SUISE	86430	MOUTERRE SUR BLOURDE	13 342	38	13 870	96,2
860785120	KORIAN LES TILLEULS	86100	CHATELLERAULT	29 245	84	30 660	95,4
860789403	EHPAD LA REVERIE	86350	CHATEAU GARNIER	27 744	80	29 200	95,0
860789734	SAS MAISON DE RETRAITE DE L'ECHENEAU	86230	ST GERVAIS TROIS CLOCHERS	19 720	57	20 805	94,8
860011683	RESIDENCE GERARD GIRAULT	86130	JAUNAY CLAN	24 550	72	26 280	93,4
860008499	LE LOGIS DU VAL DE BOIVRE	86580	VOUNEUIL SUS BIARD	33 577	99	36 135	92,9
860789916	EHPAD de CHAUNAY	86510	CHAUNAY	15 810	47	17 155	92,2
860789932	RESIDENCE DU LAC	86330	MONCONTOUR	13 421	40	14 600	91,9
860010388	EHPAD LOUIS ARAGON	86530	NAINTRE	14 224	43	15 695	90,6
860790260	EHPAD LES FOUGERES	86440	MIGNE AUXANCES	14 645	45	16 425	89,2
860780659	MAISON DE RETRAITE SACERDOTALE	86034	POITIERS CEDEX	8 392	26	9 490	88,4
860789965	LES SCEVOLLES	86420	MONTs SUR GUESNES	26 816	86	31 390	85,4
860011113	RESIDENCE LE CLOS DES CHENES	86240	SMARVES	21 340	71	25 915	82,3
860789726	LES TAMISIERS	86360	MONTAMISE	16 178	54	19 710	82,1
860009919	LA PIERRE MEULIERE	86210	VOUNEUIL SUR VIENNE	19 221	65	23 725	81,0
860791037	RESIDENCE AGAPANTHE	86000	POITIERS	23 602	86	31 390	75,2
860011170	EHPAD ST THIBAUT	86340	FLEURE	9 123	37	13 505	67,6
860780063	CH CAMILLE GUERIN	86106	CHATELLERAULT	86 034	366	133 590	64,4
860790187	RESIDENCE LA NOUGERAIE	86350	USSON DU POITOU	21 487	100	36 500	58,9
860780733	EHPAD SAINTE ELISABETH	86310	BETHINES	10 635	50	18 250	58,3
860006428	EHPAD SANTA MONICA	86400	CIVRAY	10 965	59	21 535	50,9
860007848	FOYER RESIDENCE LES GRANDS CHENES	86150	L ISLE JOURDAIN	4 447	37	13 505	32,9
860008168	RESIDENCE RICHELOT-LASSE	86430	LUCHAPT	5 114	47	17 155	29,8
860010628	EHPAD LES TOURNESOLS	86220	DANGE ST ROMAIN	2 708	34	12 410	21,8
860789742	AREPA RESIDENCE PORTE DU MARTRAY	86200	LOUDUN	3 837	88	32 120	11,9
860789718	RESIDENCE D'OR	86500	MONTMORILLON	5 043	124	45 260	11,1
860011378	RESIDENCE PIERRE PERICARD	86320	CIVAUX	439	45	16 425	2,7
TOTAL				1 166 942	3 720	1 357 800	85,9

Sources : Enquête ARS 2011 sur exercice 2010

L'hébergement de la personne âgée dépendante

Modélisation prospective : Exemple de la région Poitou- Charentes

Résumé

Face au vieillissement démographique, l'adéquation de l'offre et de la demande de la prise en charge de la dépendance est au cœur des politiques de santé publique. L'objectif de ce travail est d'estimer la consommation d'hébergement des personnes âgées dépendantes pour un horizon de 5 à 10 ans en intégrant l'origine géographique des résidents. En effet, ces derniers ne cherchent pas nécessairement une réponse d'hébergement à proximité de leur lieu de résidence. On peut ainsi bâtir un « scénario moyen » pour mesurer la consommation d'hébergement actuelle, construire des bassins gérontologiques et envisager des projections d'hébergement les plus précises possibles, selon le postulat « toute chose égale par ailleurs ». Cette recherche menée en Poitou-Charentes en 2010 permet une analyse prospective qui annonce un déficit du nombre de places d'hébergement dès 2017 et qui devrait s'amplifier au cours des années suivantes. Ces résultats trouvent toute leur légitimité pour aider la planification gérontologique et adapter l'offre à la demande à différentes échelles. De plus, ils rendent possible l'appréhension du volume d'emplois non « délocalisables ».

Mots clés : médico-social, personne âgée, dépendance, planification, institutionnalisation, consommation d'hébergement, bassin gérontologique, adéquation, Poitou-Charentes, géographie

Résumé en anglais

In view of demographic ageing, the adequacy between supply and demand of older population needs is placed in the heart of the public health policy. The aim of this work is to estimate the housing consumption of dependent older people for the time horizon from 5 to 10 years by integrating the geographical origins of residents. In fact, these latter don't necessarily look for an accommodation close to their place of residence. Thus a 'medium scenario' can be proposed to measure the current consumption, build gerontological basins and plan the most accurate possible senior housing projections according to 'all else being equal' principle. This research conducted in Poitou-Charentes in 2010 allows to do a prospective analysis which reveals a deficit in the number of housing places from 2017 and this deficit is expected to increase over the following years. These results have all legitimacy to help gerontological planning and adapt supply to demand at different scales. Moreover, they make possible the estimation of the volume of 'non relocatable' jobs.

Keywords: medico-social, dependence, planning, institutionalisation, housing consumption, gerontological basin, adequacy, Poitou-Charentes, geography