



PROSPECTIVE DES BESOINS D'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

**Premier volet : détermination
du nombre de places
en 2010, 2015 et 2025**

Rapport de la mission
conduite par Stéphane Le Bouler

Juillet 2005

Sommaire

Introduction	5
1. La commande et le sens de l'exercice	9
1.1 Le contexte de la commande ministérielle	9
1.2 Le sens de l'exercice confié au Plan	14
1.3 La méthode de travail	22
2. La prospective quantitative des besoins en établissement	23
2.1 Les matériaux disponibles dans le contexte français	23
2.2 Les grands traits de la prise en charge en établissement	27
2.3 Les projections de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2030 : méthodes et hypothèses	32
2.4 Se donner des projections de cadrage du nombre de places en établissement	36
2.5 Éclairer les scénarios d'action publique	51
2.6 Les scénarios retenus par la mission	62
3. Les besoins et le parc existant	67
3.1 Le parc existant considéré au niveau national	67
3.2 L'approche des besoins sur le territoire : que peut-on dire aujourd'hui ?	71
3.3 Les disparités territoriales au sein du parc actuel	78
Conclusion	85
Annexes	87
Lettre de commande	89
Composition de la mission	91
Thématiques des réunions plénières	93

Introduction

Lettre de mission du 31 janvier 2005 (extrait)

« Sur le fondement d'un diagnostic concerté à partir des enquêtes existantes et en cours concernant l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité, les besoins de prise en charge globaux et déclinés par type (domicile, établissements, options intermédiaires), les capacités d'hébergement existantes et les taux d'occupation, les trois volets suivants seront successivement examinés :

- détermination du besoin en nombre de places nouvelles en EHPAD à l'horizon 2010-2015 et estimation à l'horizon 2025 ;
- répartition géographique des établissements sur le territoire et définition d'un modèle optimal de constitution d'un EHPAD (taille, rapport avec d'autres types d'hébergement, éléments de programme architecturaux) ;
- financement des opérations de construction en tenant compte des capacités financières et des contraintes résultant du statut des différents intervenants potentiels (secteur public, secteur privé associatif et secteur privé commercial). »

Catherine Vautrin, secrétaire d'État aux Personnes âgées

Pour aborder le problème du «vieillessement de la population», il convient de clairement distinguer le changement de structure par âge de la population qui entraîne des changements d'effectifs des différents groupes d'âge, en particulier celui des très âgés, et l'état de santé de cette population. Ce sont là deux transitions : la transition démographique et la transition épidémiologique. La seconde est souvent occultée or elle correspond au passage d'un régime où les maladies aiguës dominaient à une prédominance des états chroniques, dits souvent «invalidants» ou « handicapants ». Sans arrêt, il faut tenir les deux aspects, indissociables.

L'effet de surprise en matière de démographie n'existe pas, puisque les effectifs de la population âgée sont connus cinquante ans à l'avance avec une précision très importante. Seul le groupe des plus jeunes connaît une incertitude du fait du taux de fécondité.

Que sait-on ? Compte tenu de la démographie, les populations de très grand âge vont fortement progresser dans les années à venir. Ce fait est doublement exceptionnel : il l'est, dans nos sociétés, eu égard aux effectifs concernés ; il l'est aussi au regard de la situation en dehors des pays industrialisés.

Compte tenu des évolutions respectives de l'espérance de vie à 60 ou 75 ans et de l'espérance de vie sans incapacité, les effectifs de personnes requérant potentiellement une prise en charge pour cause de perte d'autonomie vont également progresser mais il existe des marges considérables à exploiter dans la prévention de la perte d'autonomie, ce qui peut retentir sur l'entrée en institution. Donner pour acquis les scénarios de plus forte prévalence future de la dépendance n'est donc pas forcément pertinent.

Le Commissariat général du Plan n'a pas hésité longtemps avant d'accepter la mission qu'entendait lui confier Catherine Vautrin, secrétaire d'État aux Personnes âgées, suite au rapport de préfiguration rédigé par Michel Laroque, inspecteur général des Affaires sociales. La prospective des besoins en établissement pour personnes âgées dépendantes s'insérait en effet parfaitement dans les nouvelles orientations du Plan sur le rôle de l'État stratège. Cette commande relevait en outre clairement du programme défini par le Premier ministre en octobre 2003, qui consacrait les questions de santé parmi les quatre priorités de l'institution. Elle prolongeait enfin le travail conduit par Sébastien Doutreligne et Daniel Lenoir, dans le cadre du groupe de projet *Geste*, sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie.

Ce rapport s'inscrit dans une longue chaîne de travaux, dont un rapport public particulier (à paraître) de la Cour des Comptes sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il sera prolongé par

d'autres, à commencer par l'étude ethnologique lancée par le Plan, à l'initiative du groupe *Geste*, dans trois établissements d'hébergement en parallèle à la mise en place de la mission.

Il vient surtout à un moment charnière.

Le plan «*Viellissement et solidarités*» lancé par le gouvernement à l'automne 2003, après le drame sanitaire de la canicule, déploie en effet les efforts des pouvoirs publics sur le court terme (2004-2007). La mission confiée au Plan consiste à examiner les étapes ultérieures, à moyen et long terme. Quand il faut fixer l'horizon d'un travail d'anticipation, il s'agit toujours d'arbitrer entre une échéance proche, qui restreint les possibles mais impose des choix rapides aux pouvoirs publics et une échéance plus lointaine, qui démultiplie les scénarios mais n'entraîne pas d'engagement. Les choix faits pour cette mission ont été de jalonner les vingt prochaines années, à travers trois échéances 2010, 2015, 2025, et d'articuler les travaux autour du triptyque analyse quantitative des besoins - définition d'un modèle optimal de prise en charge - dispositif de financement.

Il est essentiel d'apporter tous les éclairages disponibles aux acteurs au moment où ceux-ci développent, dans les départements, des efforts de programmation gérontologique ou élaborent, dans les régions, les schémas régionaux d'organisation sanitaire. En outre, on n'a sans doute jamais connu de période aussi dense d'intervention du législateur dans le champ du médico-social : de nouveaux acteurs sont apparus, de nouvelles règles, une nouvelle répartition des compétences. Les Conseils généraux ont aujourd'hui les cartes en mains pour structurer la prise en charge à domicile et en établissement et pour bâtir une organisation intermédiaire cohérente. Les Conseils régionaux ont consolidé leurs prérogatives en matière de formation professionnelle : c'est un élément de contexte majeur pour aborder les questions de personnels à mobiliser à domicile ou en établissement.

Face à la confusion des estimations colportées dans le débat public, le premier objet de cette mission est bien de bâtir un socle commun de références en matière démographique et épidémiologique et de construire en commun l'approche de la prise en charge en institution. Fallait-il rechercher le consensus sur un «chiffre magique» des besoins à un horizon de 5-10 ans et à un horizon de 20 ans ? Cela n'aurait pas eu grand sens.

La lettre de mission mentionne le «besoin en nombre de places nouvelles». Loin d'être spontanée, la détermination d'un tel «besoin» suppose toute une série d'opérations : évaluer la prévalence des déficiences au sein d'une population, passer des déficiences à l'expression d'un besoin d'aide et de soins, puis à l'expression d'une demande, laquelle rencontre une offre de prestation qui déterminera le niveau de consommation effective. Ces transformations sont insérées dans un contexte économique et social et dans un cadre institutionnel et légal. Elles dépendent par ailleurs largement des caractéristiques individuelles, de l'habitus des personnes âgées (rapport antérieur aux services sociaux et aux services domestiques, rapport à la famille et aux enfants, rapport à la santé et au corps, appartenance à la société locale, etc.).

Cet exercice est fortement contraint par la disponibilité des données d'enquête, malgré les progrès accomplis ces dernières années. La mission ira, par exemple, au bout des possibilités statistiques pour éclairer les enjeux de répartition territoriale (un des objets du deuxième volet de la commande ministérielle) mais, autant le dire d'emblée, elle ne saurait procéder à une estimation fine (au niveau départemental) des besoins à faire figurer dans les schémas gérontologiques. La mission rassemblera les éléments disponibles pour éclairer les acteurs territoriaux et portera un certain nombre de recommandations quant au système d'information.

L'ouverture prospective permise par le deuxième volet de la commande (sur «le modèle optimal de constitution d'un EHPAD») est une opportunité rare. À condition de ne pas se tromper de cible : il ne s'agit nullement de prescrire le modèle d'établissement de demain, pas même de fixer des cibles à atteindre mais de dégager, dans un registre substantiel, des référentiels diversifiés de prise en charge et, dans un registre procédural, une méthode de construction de la prise en charge sur le territoire.

Sous ces réserves, qui ne sont pas de forme, si l'on tient pour acquis la progression des effectifs dans les décennies à venir, même dans les scénarios les plus optimistes, il est légitime de renforcer l'offre correspondante de prise en charge en établissement et hors établissement. Croisées avec l'état actuel du

parc et de son utilisation, les données démographiques et épidémiologiques et les données relatives à la construction d'un taux de prise en charge en institution sont censées permettre de dégager un nombre de places cible dans une gamme de prise en charge définie.

À partir de là, le troisième volet de la commande permettra d'éclairer la montée en charge des investissements en traitant de questions très concrètes de programmation, en analysant les contraintes auxquelles les différents opérateurs font face, la soutenabilité des engagements (en termes de finances publiques et de financement des structures, en termes de ressources humaines) et la recevabilité de l'offre (eu égard notamment aux capacités contributives des personnes hébergées ou de leur entourage) mais aussi la réversibilité des choix publics. Dans ce type d'exercice, la responsabilité de l'institution en charge est avant tout de borner les anticipations même lointaines et de révéler les engagements... et les pièges de telle ou telle option d'action publique. Le besoin de planification stratégique est là : comment éclairer les engagements de la collectivité sans préempter le futur en bloquant des évolutions possibles ou souhaitables ?

Ce premier rapport s'efforce donc tout d'abord de situer l'ensemble de la démarche à travers toute une série d'éclairages : démographique, épidémiologique, institutionnel, international.

La prospective des besoins en établissement est construite ensuite de façon aussi méthodique que possible : après avoir restitué les matériaux d'enquête disponibles et présenté deux scénarios d'évolution de la population âgée dépendante, le rapport présente des projections de cadrage du nombre de places en établissement à partir de quelques hypothèses sans doute un peu frustes mais robustes, pour aboutir à des fourchettes du nombre de places en établissement aux différentes échéances. Ces éléments chiffrés sont éclairés par des analyses qualitatives des déterminants de l'entrée en établissement et par la comparaison internationale. La mission explicite ensuite les scénarios qu'elle a choisi de retenir.

Enfin, dans une troisième partie, le rapport synthétise les informations disponibles sur l'état du parc actuel et les disparités territoriales, façon d'apporter un éclairage aussi précis que possible des écarts entre les ressources actuellement disponibles et les besoins actuels, émergents ou futurs.

La mission, installée le 14 mars 2005 par Catherine Vautrin, a mobilisé lors de ses séances plénières les compétences présentes dans le groupe, qui se sont volontiers prêtées à cet exercice de construction collective.

La volonté d'éclairer le débat public par la mise à disposition d'éléments robustes conduit naturellement à un certain nombre de renoncements ou de regrets : plutôt que de construire des scénarios quelque peu mécanistes, il aurait sans doute été séduisant de modéliser la fonction de demande d'entrée en institution ou les réponses à un développement de l'offre ; livrer pour chaque échéance un chiffre unique, plutôt que des fourchettes entourées d'un luxe de précautions, serait sans doute apparu plus « carré ». Par ailleurs, dans le strict respect de la commande ministérielle, la mission n'a pas procédé à ce stade à l'évaluation budgétaire des différents scénarios présentés (cette évaluation sera faite dans le troisième volet de la commande ministérielle). Surtout, il ne lui revenait pas de prescrire tel ou tel mode exclusif de prise en charge : parmi les hypothèses de construction des scénarios, certaines ont été écartées pour leur faible plausibilité, non en fonction de leur opportunité.

Une dernière précision enfin, qui a son importance : traiter en propre des établissements ne signifie pas privilégier cette option. En la matière, l'enjeu n'est pas de substituer à une politique « du tout établissement » une politique « du tout domicile » (ou réciproquement) mais d'établir un équilibre entre les deux et de favoriser l'exercice d'un choix éclairé entre diverses formules pouvant s'intégrer à des plates-formes de services diversifiés, au sein desquelles l'EHPAD ne constitue qu'une des composantes. Ces questions seront au centre du deuxième volet de la commande ministérielle.

Aux acteurs intéressés ensuite de s'approprier ces éléments, aux pouvoirs publics d'en tirer les conséquences, à la mission enfin de poursuivre, méthodiquement et en cohérence avec ce premier volume, les autres volets de la commande.

1 La commande et le sens de l'exercice

1.1 Le contexte de la commande ministérielle

1.1.1 Les travaux existants

Depuis les travaux de la Commission présidée par Pierre Laroque en 1960-62, il n'a certes pas manqué d'études et de rapports sur la prise en charge de la dépendance et les conditions du maintien à domicile, sur la réforme des modes de gouvernance ou l'évolution du parc. De la prestation expérimentale dépendance (PED) à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), en passant par la prestation spécifique dépendance (PSD), une intense activité d'expertise et d'évaluation a été conduite aussi bien par l'exécutif que par le Parlement mais aussi par les acteurs intéressés, notamment au niveau départemental. La réforme de la tarification a elle aussi été l'occasion de mettre en place des moyens d'appui et d'analyse conséquents, notamment à travers la mission *MARTHE*. Le secteur des personnes âgées bénéficie, en outre, en permanence des efforts d'analyse déployés en vue du développement des services à la personne. Les travaux parlementaires d'enquête sur la canicule ont, de leur côté, symbolisé une prise de conscience collective. Le deuxième acte de la décentralisation a renforcé la collectivité départementale ; la constitution d'un opérateur national dédié à la prise en charge de la perte d'autonomie bâtit un bloc de compétences autour du handicap et de la dépendance des personnes âgées. Ces évolutions en matière de gouvernance sont l'occasion de réfléchir à la question des frontières d'âge, aux passerelles à construire entre les outils de planification, aux situations comparées des publics handicapés et âgés-dépendants voire aux utilisations conjointes des structures, notamment pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.

La réforme de la tarification

La réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a été introduite par la loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001 et modifiée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003. Cette réforme avait pour objectif d'homogénéiser et d'améliorer la qualité des prises en charge des résidents. L'un des principes de la réforme est la mise en œuvre de conventions tripartites entre l'établissement, l'État et le Conseil général. Une date-butoir a été fixée au 31 décembre 2005 (31 décembre 2006 pour les logements-foyers) : au-delà de cette date, l'établissement non signataire n'aura plus la possibilité d'accueillir des personnes dépendantes.

La lente construction institutionnelle de la prise en charge de la dépendance trouve son pendant dans la mobilisation tardive des ressources de la connaissance. S'il reste encore beaucoup de points aveugles, un certain nombre d'enquêtes ont permis de progresser dans la connaissance des caractéristiques des populations présentant des déficiences, mais aussi dans la connaissance des aidants familiaux ou de proximité et de l'offre professionnelle : les enquêtes *HID* à domicile et en établissement, l'enquête *EHPA*, les remontées d'information de l'allocation personnalisée d'autonomie, le *benchmarking* européen et les études de l'OCDE informent aujourd'hui le débat et autorisent des exercices de modélisation micro-économique¹. Tous ces éléments de connaissance seront restitués dans les développements qui suivent.

Cet effort de connaissance se décline obligatoirement aujourd'hui à l'échelle du territoire de planification qu'est le département. Les schémas gérontologiques sont ici un support privilégié. Au fil des initiatives législatives, l'objet évolue. Plus important, il se « bonifie » peu à peu. La concertation avec les professionnels et les usagers (avec difficulté en l'espèce), l'effort d'appréciation des besoins et des caractéristiques de l'offre, voire les tentatives de construction des territoires de prise en charge se font plus ambitieux. Comme l'explique Alain Colvez (membre de la mission), les schémas départementaux permettent de rassembler un ensemble de faits gérontologiques (ce qui pose des questions de disponibilité des données, de culture gérontologique sur le territoire). Ils sont aussi l'occasion d'élaborer un diagnostic partagé à l'échelle du département, sachant qu'un des enjeux est sans doute la capacité à construire les territoires et les pratiques de recours à un niveau infradépartemental pertinent. Les schémas sont enfin – et seront encore plus demain – un élément clé du partage des responsabilités avec l'État, en

¹ Voir le numéro spécial de la *Revue française des affaires sociales* consacré à l'enquête *HID*, n°1-2, janvier-juin 2003.

vue de la planification des équipements, de la péréquation et en vue de dresser des passerelles avec les autres schémas d'organisation (en matière de handicap ou d'organisation sanitaire notamment).

Il demeure bien des disparités et des efforts à réaliser mais on voit s'esquisser là un des attributs modernes de la répartition des compétences : des efforts parallèles – de l'État central et des collectivités – pour construire la connaissance. Un des objets de la mission (en particulier dans son deuxième volet) est précisément d'aider à l'élaboration des ressources partagées : référentiels de bonnes pratiques, mutualisation des efforts de modélisation, articulation des échelles territoriales...

1.1.2 Le plan *Vieillesse et solidarités*

Le rapprochement en cours entre les domaines du handicap et des personnes âgées s'est retrouvé dans l'élaboration du plan « *Vieillesse et solidarités* ».

Ce plan interministériel a été annoncé par le Premier ministre le 6 novembre 2003. Il s'agissait tout à la fois de marquer la mobilisation des pouvoirs publics auprès des populations éprouvées par la canicule et de concrétiser l'engagement présidentiel en faveur des personnes handicapées (qui continuera de se déployer notamment à travers la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées).

Ce programme d'action sur la période 2004-2007 visait à répondre, par une prise de conscience nationale, au vieillissement démographique et aux besoins d'assistance et de prise en charge qu'il génère.

➤ **Les objectifs annoncés de ce programme étaient les suivants :**

- pour les personnes âgées :
 - accentuer l'effort en faveur de la vie à domicile ;
 - renforcer la médicalisation des établissements pour personnes âgées par la création de 10.000 places supplémentaires d'ici 2007 dans les établissements existants et augmenter le taux d'encadrement en personnel soignant ;
 - consolider le financement de la perte d'autonomie par la création d'une contribution affectée notamment à la prise en charge des personnes âgées, qui pérennise la participation de l'État au financement de l'APA ;
 - rénover les orientations de la politique en faveur des personnes âgées par la simplification de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes avec l'objectif de mettre un terme au copilotage entre l'autorité départementale et le préfet ;
 - organiser l'alerte en cas d'événement imprévu, en confiant au préfet de département le déclenchement et la gestion de crise, en vue de la coordination des acteurs publics et des initiatives associatives ;
- pour les personnes en situation de handicap :
 - créer un droit à compensation du handicap pour prendre en charge de façon personnalisée les surcoûts de toutes natures liés au handicap ;
 - renforcer l'intégration dans la cité, en développant l'accompagnement et la personnalisation des aides pour généraliser et rendre effectif l'accès à l'école, à l'université, aux transports, aux bâtiments, à l'emploi...
 - simplifier l'accès aux droits, en créant dans chaque département des « maisons des personnes handicapées ».

Une récente communication en Conseil des ministres (25 mai 2005) a fait le point de la montée en charge du dispositif sur le volet personnes âgées.

**Communication en Conseil des ministres du 25 mai 2005
relative à la mise en œuvre du plan "Vieillesse et solidarité" et du plan gériatrie (extrait)**

Ont été ou seront financés en 2004 et 2005, la création de 10 250 places de services de soins infirmiers à domicile, de 2 250 places d'hébergement temporaire et de 4 250 places d'accueil de jour destinées, notamment, à la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer, la rénovation et la mise aux normes de 124 établissements vétustes, la médicalisation de 2 750 établissements existants permettant la création de 20 000 emplois de personnel soignant et la médicalisation de près de 160 nouveaux établissements, soit 8 600 places d'accueil supplémentaires. Parallèlement, le plan «gériatrie», adopté en octobre 2003, organise un meilleur accueil des personnes âgées à l'hôpital. Ainsi, a été déjà financée la création de 1 410 lits de court séjour gériatrique, de 75 équipes mobiles, de 877 lits supplémentaires et de 46 emplois médicaux. De plus, depuis fin 2004, tous les centres hospitaliers universitaires disposent d'un service de court séjour gériatrique ; 108 des 207 établissements hospitaliers dotés d'un service d'accueil des urgences sont pourvus d'un service de court séjour gériatrique. Ces mesures permettront la création d'au moins 34 000 emplois nouveaux d'ici 2007. Parallèlement, les contrats d'apprentissage et plus de 10 000 contrats d'avenir seront déployés dans ce secteur.

➤ **Des enjeux financiers considérables**

À titre liminaire, il convient de rappeler l'incertitude qui pèse sur les chiffres globaux de dépenses publiques consacrées à la dépendance et au handicap du fait des difficultés à comptabiliser avec précision les publics et les populations. S'y ajoutent des incertitudes liées aux différences de périmètres de comptabilisation. Il existe cependant un certain nombre de sources concordantes qui présentent des chiffrages globaux permettant d'avoir une approche des dépenses consacrées à ce domaine.

- Pour les personnes âgées

Concernant la prise en charge de la dépendance, il n'existe pas à ce jour de chiffrage global du secteur, mais comme le souligne le *Rapport de la mission de préfiguration de la CNSA conduite par MM. Raoul Briet et Pierre Jamet* (mai 2004), il est possible d'en reconstituer les enjeux financiers à partir des grands postes de dépenses, en millions d'euros :

Poste de dépenses « dépendance »	Montant
Forfaits soins aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	2 789
SSIAD	838
APA	3 560
Total	7 187

Source : *Rapport Briet/Jamet*

- Pour les personnes handicapées

Dans son rapport 2003 « *La vie avec un handicap* », la Cour des Comptes évalue la dépense en faveur des personnes handicapées en y incluant à la fois les dépenses de prestations sociales et celles dites d'action sociale. Au niveau global, l'effort consenti par les trois acteurs principaux (Etat, départements, assurance maladie) est estimé à 26,2 milliards d'euros.

1.1.3 Le contexte législatif récent

1.1.3.1 La création d'un nouvel opérateur (la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) et d'une nouvelle contribution de solidarité pour l'autonomie

La loi n° 2004-626 du 30 Juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, a permis de traduire en termes organisationnels certains des objectifs du plan «*Vieillesse et solidarité*» à travers la création de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Ce nouvel opérateur, en cours d'installation au moment de la mise en place de la mission du Plan, a naturellement été associé à ses travaux². Il lui reviendra sans doute demain de les prolonger, aux côtés des administrations d'études, en vue d'exercer les prérogatives que lui a confiées le législateur.

Chargée de financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées et de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire, la CNSA rassemble les moyens de l'Etat et de l'assurance maladie, soit les crédits d'assurance maladie destinés aux personnes âgées (5,7 milliards) et handicapées (6,6 milliards) ainsi que les nouvelles ressources constituées par la *Journée de solidarité* (2 milliards) et une affectation de 0,1% de la CSG (0,9 milliard)³.

Les recettes supplémentaires prévues sont destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Elles sont réparties à hauteur de :

- 850 M€ destinés aux personnes âgées ;
- 400 M€ destinés au financement de l'APA. L'année 2004 a dû néanmoins prendre en compte le remboursement de l'emprunt contracté en 2003 pour le financement de l'APA, soit un solde disponible en 2004 de 180 M€ ;
- 850 M€ aux personnes handicapées : la CNSA a vocation, selon les termes de la loi n° 2005-102 du 11 Février 2005, à financer des actions en faveur des personnes handicapées. Il s'agit principalement du financement de la prestation de compensation – PCH (500 M€) et des maisons des personnes handicapées (50 M€) et d'une contribution au financement des créations de places d'établissements et services annoncées en janvier 2004.

La CNSA répartit entre les départements une partie des ressources collectées globalement : pour financer l'APA (1,4 milliard €) et les mesures nouvelles en faveur des personnes handicapées (550 M€). Le reste des crédits est destiné aux établissements et services médico-sociaux, accompagnant ou accueillant des personnes âgées (6,5 milliards €) et des personnes handicapées (6,8 milliards €)⁴.

La CNSA assume en outre un rôle d'expertise. Il lui revient d'élaborer les outils d'éligibilité et d'allocation de la future prestation de compensation des handicaps, la difficulté étant que le secteur du handicap ne dispose pas, à la différence du secteur de la gérontologie, d'une grille évaluative comme AGGIR.

Aucune intervention régionale n'est prévue à ce niveau. En revanche, au plan départemental, à l'instar de l'APA, le président du Conseil général alloue la PCH et reçoit des dotations paramétrées de la part de la CNSA, tant pour compléter le financement de l'APA que celui de la PCH. Ces paramètres font intervenir un ensemble de données sociales et financières.

En termes d'organisation de l'offre des établissements et services médico-sociaux, la CNSA reçoit de l'État délégation pour déterminer, comme « ordonnateur secondaire », les « droits de tirage » respectifs des différentes régions dans le cadre de la circulaire budgétaire. Pour autant, elle ne maniera pas de fonds. L'ACOSS (Agence centrale des organismes de sécurité sociale) est chargée de la collecte des ressources finançant l'APA (soit une fraction de la CSG) et de la contribution de solidarité pour l'autonomie. Le réseau des caisses primaires demeure le « circuit de financement » traditionnel des établissements et services.

En revanche, une des plus fortes innovations de ce schéma concerne le niveau régional puisque le préfet de région (DRASS) reçoit une enveloppe de financement de la CNSA et détermine un programme interdépartemental pluriannuel. Ce schéma est :

- opposable aux autorisations (délivrées par le président du Conseil général pour le handicap et la gérontologie) ;

² Installée le 2 mai 2005, la CNSA est un établissement public administratif, qui établira une convention d'objectifs et de gestion avec l'État.

³ Ces chiffres pour 2005 sont donnés en anticipant la montée en charge de l'organisme.

⁴ Idem.

- actualisé chaque année ;
- organisé en vue d'une harmonisation interdépartementale des équipements ;
- et de leur coordination pour les implantations limitrophes ou à vocation régionale (handicaps rares, par exemple).

Le préfet de région délègue cette enveloppe au préfet de département (DDASS).

Au niveau départemental, le préfet de département :

- reçoit les enveloppes pour les soins dans les établissements et services ;
- tarife les soins, d'où le maintien d'une tarification et d'un conventionnement tripartites ;
- peut déléguer sous une forme expérimentale, après définition d'un cahier des charges, la gestion de cette enveloppe ;
- fait connaître au président de Conseil général les orientations que les schémas départementaux de la gérontologie et du handicap doivent prendre en compte (alinéa 2 de la Loi du 13 août 2004 sur les libertés locales).

Le président du Conseil général, quant à lui :

- arrête les schémas départementaux (il est mis fin au mécanisme de codécision même si l'élaboration requiert toujours la coopération *cf. infra*) ;
- est compétent au titre de l'aide sociale et de la prise en compte de l'APA et de la PCH dans les ressources des établissements ;
- gère la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), dont la commission (CDA) qui oriente les personnes handicapées vers les établissements et services.

1.1.3.2 La place croissante des Conseils généraux dans la coordination gérontologique

Les premières lois de décentralisation (1983) avaient rendu obligatoire dans chaque département l'élaboration de schémas portant sur les établissements et services sociaux. Les lois de 1986 avaient précisé le contenu de ce schéma et la procédure associant l'État. En effet, le schéma était arrêté conjointement par le président du Conseil général et le représentant de l'État dans le département. Le schéma prévoyait notamment la nature des besoins sociaux et les modalités de collaboration ou de coordination susceptibles d'être établies ou recherchées avec d'autres collectivités afin de satisfaire tout ou partie des besoins recensés.

La loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA avait précisé la fonction de coordination gérontologique : « *les départements assurent la coordination de l'action gérontologique dans le cadre d'un schéma arrêté conjointement par le président du Conseil général et le représentant de l'Etat dans le département. Le schéma définit les territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité et établit les modalités d'information du public et de coordination des prestations en s'appuyant notamment sur les CLIC.* »

**Rapport de la mission de préfiguration de la CNSA conduite par MM. Raoul Briet et Pierre Jamet
(mai 2004) - Extrait**

« *Le dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie créé en 2001 instaure une prestation moderne de compensation qui répond aux besoins des personnes. Dans l'ensemble des prestations sociales accessibles aux personnes en perte d'autonomie, l'allocation personnalisée d'autonomie représente une prestation sociale d'un nouveau genre construite autour de l'évaluation des besoins des personnes dans leur environnement de vie. Elle permet, grâce à une grille nationale, d'accorder des prestations adaptées retracées dans un plan d'aide individualisé. Ce dispositif de l'APA, construit sur les fondements de la PED et de la PSD qui avaient rapidement montré leurs limites, a attesté l'utilité non seulement de prestations prenant en compte l'évaluation individuelle des besoins, mais aussi la nécessité d'une gestion au plus près des besoins, ce que les départements, bien ancrés sur le terrain de la vie locale sont en mesure de gérer. À ce titre, l'allocation personnalisée à l'autonomie permet la combinaison d'une prestation à un schéma institutionnel de prise en charge individualisée et de proximité.* »

Le Conseil général a un rôle conjoint avec l'Etat dans la tarification des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et tarife seul les établissements sociaux conventionnés à l'aide sociale.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale stipule à nouveau que les schémas sont conjointement arrêtés par le président du Conseil général et le préfet de département. Plusieurs axes ont structuré cette réforme, dont l'élargissement du champ des missions de l'action sociale et médico-sociale, notamment à travers la diversification de la nomenclature des établissements et services. Ainsi, le nombre des types d'établissements et services a été augmenté. Certaines structures se sont vues attribuer une base légale qui leur faisait défaut. L'accueil à domicile de personnes âgées et handicapées, comme l'accueil temporaire, ont ainsi été reconnus par la loi. Une planification sociale et médico-sociale a été instituée par le truchement de l'élaboration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 stipule : « *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 des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public. Le département peut signer des conventions avec l'État, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gériatrique.* »

La loi conforte donc le rôle des départements dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale et leur confie la responsabilité de l'élaboration du schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale. Sur le premier point, c'est à lui seul qu'il reviendra désormais de définir les orientations et la mise en œuvre de l'action sociale et médico-sociale et d'en coordonner l'ensemble des acteurs. Sur le deuxième point, est transféré au département le soin d'élaborer un document unique (schéma) tout en conservant au représentant de l'État dans le département certaines prérogatives relatives aux établissements relevant de sa compétence.

En effet, si la loi du 13 août 2004 stipule que le président du Conseil général arrête seul la totalité des schémas départementaux, l'État conserve un rôle général d'orientation et de garant de l'égalité devant la loi et la protection sociale. Il dispose en outre, à travers ses services déconcentrés, d'attributions via l'intervention du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et la création des EPHAD, liée à la dotation prestation médicalisée prise en charge par l'assurance maladie. Dans ce cadre, le préfet fait connaître au président du Conseil général les éléments qui relèvent de sa compétence (tarifaire) et qui doivent être intégrés au schéma. En d'autres termes, si le schéma est arrêté par un seul pilote, il est préparé à deux.

1.2 Le sens de l'exercice confié au Plan

1.2.1 Le rapport de Michel Laroque (IGAS)⁵

La lecture du rapport de Michel Laroque décrit assez précisément les contours de la demande faite au Plan, la commande objet du présent rapport étant d'ailleurs une des recommandations de l'auteur :

- établir un diagnostic concerté à partir des enquêtes existantes et en cours : espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, besoins de prise en charge globaux et déclinés par type (en fonction des choix faits – domicile *versus* établissement), capacités d'hébergement existantes et besoins (liés aux nécessités de la rénovation et de la constitution de places nouvelles), aléas ; le tout, comme le suggère Michel Laroque devant être séquencé dans le temps et territorialisé autant que faire se peut ;
- dégager, à partir de là, les besoins de connaissances nouvelles pour que soient prolongées les études existantes ou que de nouvelles soient lancées ;

⁵ Inspection générale des affaires sociales, « *Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées* », rapport n°2004 -133, septembre 2004.

- écouter les acteurs à la fois sur les contraintes qu'ils rencontrent (renforcement des normes...) et leurs besoins nécessairement disparates selon que les interlocuteurs sont en position de régulateurs (départements), de prestataires (publics ou privés), de financeurs subsidiaires (élus locaux ou régionaux, caisses de Sécurité sociale) ou d'usagers (personnes âgées et familles) ;
- en tirer des recommandations tendant à la simplification des initiatives décentralisées (publiques ou privées) et des ressources méthodologiques pour l'éclairage de ces initiatives ;
- établir un cadrage financier global et une clarification des objectifs et des modalités de péréquation.

La nécessité d'organiser la concertation et d'entendre les acteurs justifiait, selon Michel Laroque, de disposer d'un groupe assez large, mixte (ensemble des parties prenantes - administrations centrales), réuni un petit nombre de fois pour réagir sur des produits de diagnostic, faire part des besoins des acteurs et établir des préconisations.

1.2.2 Une commande en trois temps

Compte tenu du poids de l'initiative décentralisée, cet exercice confié au Plan doit être bien compris :

- il s'agit de décrire le cadrage global des politiques publiques en matière de prise en charge en établissement ;
- il s'agit ainsi de contribuer à la définition des orientations de politique publique au niveau national, de leur donner plus de visibilité mais aussi de faire le lien avec les initiatives des acteurs décentralisés et les contraintes ou facilités qui sont les leurs ;
- il s'agit donc d'engager le système d'acteurs dans un sens plus conforme à l'optimum collectif ;
- il s'agit en retour de favoriser les initiatives des acteurs locaux ou à tout le moins de lever les obstacles qui iraient à l'encontre de cet engagement ;
- bien qu'on puisse penser qu'il n'y a pas lieu de prescrire les règles d'une planification à l'initiative des départements, l'exercice réalisé peut enfin servir à établir des bonnes pratiques en la matière, d'où l'importance d'approches monographiques.

Trois volets sont prévus :

- prospective quantitative à horizon 5-10 ans et à horizon 20 ans : rapport pour juin 2005 ;
- constitution d'un « modèle optimal » de prise en charge : rapport pour octobre 2005 ;
- dispositifs d'investissement : rapport pour décembre 2005.

1.2.2.1 Le premier volet de la commande : prospective quantitative

Si l'on résume le projet de la première phase des travaux, il convient d'établir, si possible année après année, et compte tenu d'hypothèses variées de morbidité-incapacité, des effectifs susceptibles d'entrer en établissement.

Si la situation présente de l'offre apparaissait satisfaisante en termes qualitatifs, si la couverture offre-demande était optimale, on pourrait sans doute se contenter d'approcher les besoins supplémentaires en affectant un coefficient d'entrée en établissement aux effectifs cibles supplémentaires à chacune des échéances.

Or comme l'a bien montré le rapport de préfiguration de Michel Laroque, il faut prendre en compte toute une série de données complémentaires en ce qui concerne la situation présente :

- Que peut-on tirer aujourd'hui comme informations de l'état des files d'attente, compte tenu en particulier des demandes multiples des familles et *a contrario* des formes territorialisées de rationnement de l'offre ou de l'existence de contraintes financières ?
- Quelle est la durée moyenne de séjour ?

- Quel est l'âge moyen à l'entrée dans les établissements ?
- *Quid* des circonstances d'entrée et des processus de vie après l'entrée en institution ?
- Quel est l'état de dépendance des personnes en établissement ?
- Quelles sont les capacités d'accueil par nature et par statut juridique des établissements ?
- Quelles sont les capacités d'accueil corrélées à l'état de dépendance des personnes ?
- Quels sont les taux d'encadrement ?
- Quel est l'effet sur le parc de la mise aux normes et des règles d'homologation ?
- Au-delà, peut-on qualifier le degré d'obsolescence et donc le besoin de rénovation du parc ?
- Quels seront les effets du plan «*Vieillesse et solidarités*» aux différentes échéances considérées ?
- Que sait-on de l'attractivité des établissements, des aires de «recrutement», des parcours des personnes, des liens avec la localisation des familles ?
- Quels sont les taux d'occupation ?

1.2.2.2 Le deuxième volet : le modèle optimal de constitution d'un EHPAD

L'optimalité du modèle est à considérer à trois niveaux :

- Micro : taille, éléments architecturaux, composantes, taux d'encadrement (compte tenu du taux de dépendance des personnes), qualité de la prise en charge, gamme de services, rôle de la certification, etc. ;
- Méso : insertion de l'établissement dans une filière de prise en charge, dans un réseau d'acteurs et d'opérateurs, organisation coordonnée de l'accueil temporaire et de l'accueil permanent, lien avec la prise en charge à domicile, possibilités offertes par les groupements de coopération ;
- Macro : insertion dans l'espace urbain ou rural, contribution à la satisfaction des besoins de prise en charge à l'échelle de la planification (départementale et nationale), contribution en termes d'activité et d'emplois...

Qu'on ne s'y trompe pas : l'objet de ce travail n'est pas de prescrire un modèle type de maison de retraite pour les décennies à venir. En termes substantiels, il s'agit tout au plus de dresser un référentiel, une typologie des besoins, un ensemble de possibles pour la prise en charge. En termes procéduraux, le but est de dégager les «bonnes pratiques» de construction des politiques publiques aux différentes échelles, d'où l'importance donnée, au niveau départemental, à la confection de la planification gérontologique et l'accent mis sur la contribution de la mission à l'amélioration des pratiques en la matière.

1.2.2.3 Le troisième volet : dispositifs de financement, montée en charge et soutenabilité

Si l'on résume le projet d'ensemble, il s'agit d'envisager la prospective des besoins en institution à partir de trois séries de données :

- les projections démographiques et épidémiologiques ;
- l'impact des politiques publiques relatives au maintien à domicile ou aux alternatives à la prise en charge continue en établissement ;
- les choix des pouvoirs publics en termes de gamme et d'articulation des maillons de la prise en charge (du domicile à l'établissement médicalisé, avec toutes les options intermédiaires).

Croisées avec l'état actuel du parc et de son utilisation, ces données sont censées permettre de dégager un nombre de places cible dans une gamme de prise en charge définie, à charge ensuite de décrire les conditions de mise en place de cette offre, d'où le troisième volet.

Selon les niveaux, les porteurs d'initiatives et les opérateurs intéressés sont évidemment différents, de même les types d'incitation et les moyens d'agir à la disposition des pouvoirs publics (État ou collectivités locales).

Selon leur statut (public, privé non lucratif, privé lucratif), les opérateurs à l'initiative de la création d'établissements vont pouvoir mobiliser des ressources et affronter différemment les contraintes de toutes natures (normes de sécurité, normes comptables, règles de la commande publique, règles d'homologation).

Le mode de constitution de l'offre laisse entrevoir un certain nombre de risques : effets d'aubaine, sollicitations forcées des financeurs locaux, mimétisme, formatage des unités construites en fonction des opportunités et facilités plutôt qu'en fonction d'un schéma cohérent, etc.

En termes de diagnostic, il convient donc d'analyser de près l'ensemble des incitations, des ressources et des contraintes des opérateurs.

En termes d'orientations, il s'agira de prescrire les règles et les incitations en vue d'une agrégation des initiatives individuelles plus conforme à l'optimum collectif.

Quand bien même les règles seraient adaptées et les incitatifs revus, il convient aussi de vérifier que la montée en charge est adéquate et cohérente dans le temps, possible, soutenable :

- cohérence temporelle : il conviendra d'étalonner la croissance des besoins ; il importe aussi de vérifier l'adéquation de la réponse en termes de montée en charge des équipements fournis, ce qui suppose, notamment, d'étudier de près les durées de programmation et de réalisation des équipements ;
- ressources humaines : il conviendra aussi de considérer les besoins humains liés à cette prise en charge en établissement : prospective des métiers, formation, attractivité des professions, concurrence domicile-établissement, concurrence rural-urbain ;
- soutenabilité : l'objet de l'exercice demandé est d'optimiser l'utilisation des ressources publiques et privées ; il reste que cet effort doit être mesuré pour lui-même.

1.2.3 Quels sont les référents européens en la matière ?

Même s'il importe d'examiner les particularités françaises, les problèmes liés au vieillissement de la population ne sont pas propres à notre pays, d'où l'intérêt d'étudier les pratiques d'expertise développées chez nos homologues, en particulier les plus proches.

1.2.3.1 Contexte démographique communautaire

Ce n'est qu'à l'orée des années 2000 que les autorités communautaires ont pris la mesure des défis économiques, sociaux et politiques soulevés par le vieillissement accéléré de la population européenne. Eurostat réaffirme dans ses « *Projections de population 2004-2050* » d'avril 2005, la nécessité d'une réponse énergique aux changements démographiques en cours, identifiant trois tendances lourdes :

- l'allongement continu de la durée de la vie, fruit des progrès considérables de la santé et de la qualité de la vie. Il n'est pas rare aujourd'hui, dans l'Union, que quatre générations se côtoient au sein d'une même famille ;
- les effectifs de personnes âgées vont aller croissant dans les décennies à venir avec l'arrivée à 60 ans puis au « grand âge » des générations du *baby boom* ;
- la faible natalité persiste, avec un taux de fécondité presque partout inférieur au seuil de renouvellement des générations.

Selon Eurostat, la France fait exception, et dans une moindre mesure le Royaume-Uni, avec une augmentation attendue de sa population entre 2004 et 2050 de +9,7% (respectivement +7,8%), tandis que les autres États membres les plus peuplés ne possèdent plus de « *moteur démographique* ». L'entrée

des dix nouveaux États membres ne soutient pas la croissance démographique et accentue les contrastes. À terme, la situation des Vingt-cinq devrait être marquée par deux phénomènes : une augmentation des « seniors » parmi lesquels la part des personnes les plus âgées (80 ans et plus) va progresser.

1.2.3.2 Initiatives communautaires

Face à ce défi, l'Union européenne a engagé, à la fin des années quatre-vingt-dix, une réflexion sur la problématique du vieillissement démographique et, en filigrane, sur celle de la prise en charge des personnes âgées.

La première étude « communautaire », dirigée par le professeur Jozef Pacolet et financée par la Commission européenne et le ministère belge des affaires sociales, portait sur « *La protection sociale des personnes âgées dépendantes dans les quinze États membres de l'Union européenne et en Norvège* » (1998). L'analyse concluait au caractère émergent du débat sur la protection sociale des personnes âgées dépendantes, les personnes âgées exprimant « *un sentiment personnel d'insécurité* » en matière de soins de santé de longue durée, un peu partout dans l'Union des Quinze.

C'est au Conseil européen de Göteborg de juin 2001 que le Conseil a demandé un rapport sur les orientations à donner en matière de soins de santé et de soins aux personnes âgées. Il en est résulté une première Communication de la Commission en décembre 2001 tandis que la question des soins de longue durée était intégrée dans une « *Méthode Ouverte de Coordination (MOC) appliquée aux soins de santé et aux soins pour les personnes âgées* ». Dans cette Communication sur « *L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées : garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière* », la Commission rappelle que l'existence d'une protection sociale de qualité contre le risque de maladie et de dépendance est un acquis fondamental qu'il convient de préserver et d'adapter au défi du vieillissement.

En mars 2003, le rapport conjoint à la Commission et au Conseil « *Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées* », inscrit dans le processus de la MOC, rappelle que, de l'avis général, les personnes âgées vont requérir davantage de soins de santé. Certes, quelques études avancent que l'augmentation de la demande pourrait être limitée par l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. Toutefois, cette hypothèse ne permet pas d'éviter l'ensemble des questions : « *De manière générale, les États membres reconnaissent que le vieillissement de la population posera de nouveaux problèmes si l'on veut maintenir les formes générales et globales d'accès aux soins de santé auxquelles les citoyens ont été habitués* ».

Lors du Conseil Santé informel de septembre 2004, la Présidence néerlandaise mettait à nouveau l'accent sur les défis que représente une population vieillissante dans tous les pays de l'Union, publiant un rapport intitulé « *Health Care in an Ageing Society. A challenge for all European Countries* ».

Enfin, dernière étape à ce jour, la Présidence luxembourgeoise a organisé, au printemps 2005, une Conférence sur les soins de longue durée des personnes âgées au moment même où les États membres remettent leurs rapports présentant les défis que leur système de santé doit relever au niveau national, les réformes en cours et les orientations politiques à moyen terme.

Malgré la progression et l'avancement de cette réflexion « commune », les institutions communautaires en restent au stade du diagnostic car la majorité des questions liées à la prise en charge des personnes âgées relève de la compétence des États membres, des autorités régionales ou des partenaires sociaux, principe de subsidiarité obligeant (art. 152§5 TCE). Si l'Union européenne surveille la viabilité à long terme des finances publiques, la jurisprudence de la Cour européenne de Justice réaffirme la responsabilité qui incombe aux États membres d'organiser leur propre système de protection sociale.

1.2.3.3 Référents étrangers

Les nombreux éléments de diagnostic dont dispose la Commission sont, dès lors, utilisés avec force précaution. Jusqu'à présent, peu de bonnes pratiques nationales ont été mises en avant, officiellement et explicitement par les institutions communautaires.

À première vue, les États membres de l'Union européenne donnent l'impression de disposer d'une structure d'aide et de soins de longue durée diversifiée et hautement développée, ainsi que d'une bonne prise en charge publique de la dépendance. Or, un examen approfondi a révélé que certains aspects de la dépendance ne sont pas couverts par les systèmes de protection sociale ou qu'ils sont insuffisamment pris en considération. Ces lacunes expliquent que les soins de longue durée, à la fois en termes d'infrastructures et de financement, ont été et sont à l'ordre du jour dans la majorité des pays, notamment au cœur des débats électoraux. Ainsi, dans les années quatre-vingt-dix, la création de l'assurance dépendance allemande a ouvert un véritable débat européen sur la dépendance comme nouveau risque social.

En **Allemagne**, les débats avaient commencé dans les années soixante-dix. À l'origine, la question était soulevée par une protestation des retraités : le coût des soins et de l'hébergement dans les établissements était très élevé par rapport aux pensions moyennes. Comme les assurances sociales ne couvraient pas le risque de dépendance, les personnes hébergées devaient faire appel à l'aide sociale, technique de protection sociale pour les plus démunis, à laquelle elles voulaient échapper. De son côté, l'aide sociale considérait que la charge des aides destinées aux personnes dépendantes était trop lourde. Des propositions de réforme ont été élaborées, dans les années quatre-vingts. L'opinion politique était alors divisée entre, d'une part, les partisans d'une solution financée par la fiscalité générale et des régimes universels et, d'autre part, les partisans de solutions dans le cadre des régimes d'assurance maladie.

À l'issue de longues polémiques, la décision est allée dans le sens de la création d'une nouvelle branche d'assurance sociale, l'assurance-dépendance, financée par des cotisations et non par la fiscalité générale, administrée par les organismes d'assurance maladie et couvrant la quasi-totalité de la population. Outre les questions de financement, cette réforme de 1994 affirmait la priorité donnée aux soins à domicile et à la réadaptation médicale pour éviter une situation de dépendance ainsi que le remplacement du principe de planification par le principe de concurrence entre prestataires de services. Ce dernier principe a été vivement critiqué par les communes et les *Länder* compétents et responsables de la mise en œuvre des services et des établissements de soins aux personnes dépendantes. Nonobstant cette réserve, dès 1998, le premier rapport communautaire *Pacolet* s'interrogeait sur l'exemplarité du modèle allemand et sur ses effets dans le reste des pays de l'Union européenne des Quinze.

En **Belgique**, d'autres initiatives ont été prises et les débats se poursuivent actuellement. Une équipe de chercheurs, sous la direction de Jozef Pacolet, a remis, en février 2005, un important rapport au service public fédéral de la sécurité sociale : «*Vieillesse, aide et soins de santé en Belgique*». Ce rapport poursuit un débat public entamé depuis le milieu des années quatre-vingts. En 2001, le gouvernement fédéral instaurait au sein du Bureau Fédéral du Plan un Comité d'étude du Vieillesse, dans le cadre de la loi portant création du Fonds de vieillesse. Ce Comité encadre les réflexions fédérales sur la programmation du nombre de lits et d'établissements pour les personnes âgées. Dans le contexte du vieillissement de la population belge, et plus particulièrement flamande, le nombre de places disponibles voire programmées se révèle insuffisant. Face à l'urgence du problème, s'est formée une unanimité en faveur du maintien à domicile des personnes âgées ou dans des résidences-services, quelle que soit la région concernée, eu égard à son moindre coût.

Pour structurer la prise en charge (à un horizon de cinq ans), la Belgique met en place au 1^{er} janvier 2006 un «*programme de soins gériatriques*», permettant de faire le lien entre le secteur de l'hébergement de longue durée et les services de soins hospitaliers. Il se découpe en cinq fonctions :

- les unités d'hospitalisation d'indice G (G pour «Gériatrie») ;
- l'hôpital de jour gériatrique. C'est une unité de soins spécifique au sein de l'hôpital qui va permettre une mise au point ;
- la consultation de gériatrie ;
- la liaison interne, c'est-à-dire le fait de rendre tous les services de l'hôpital attentifs à la spécificité des besoins des personnes âgées. Cela passe par la présence d'une infirmière référente dans chaque unité de soins. Ainsi, d'une part, l'effectif dédié augmente et, d'autre part, la prise en charge gériatrique est organisée dans tout l'hôpital ;

- la liaison externe pour la continuité des soins. Dès l'entrée à l'hôpital d'une personne âgée à risque élevé d'entrée en établissement, une prise en charge au niveau social s'instaure afin de mettre en place un accompagnement efficace.

Au **Royaume-Uni**, en 1998, le gouvernement travailliste faisait face aux revendications des personnes âgées acculées à vendre leur patrimoine pour payer les soins de longue durée. Il a alors mis en place une Commission Royale sur les soins de longue durée. Cette Commission a proposé la gratuité des soins personnels financés par l'impôt. Mais le gouvernement britannique n'a suivi que très partiellement cette proposition en décidant de ne rendre gratuits que les soins personnels prodigués par une infirmière diplômée, dans les maisons de soins. La distinction entre soins de santé et soins de longue durée a été maintenue pour des raisons plus financières qu'idéologiques. Si cette proposition est restée en deçà des attentes des personnes âgées britanniques, elle a contribué à inscrire la question de la dépendance et de la prise en charge des personnes âgées sur l'agenda politique britannique. De fait, en 2001, le Département de la Santé du *National Health Service* publiait un document majeur, le "*National Service Framework for Older People*". Ce programme présentait la première stratégie d'ensemble visant à assurer des services de soins équitables et de qualité pour les personnes âgées en Angleterre. Il est le fruit d'une consultation de l'ensemble des parties prenantes : personnes âgées, familles et professionnels de santé. Sa mise en œuvre est définie par une programmation sur dix ans. En 2003, le Département de la Santé rendait compte des progrès réalisés et des défis à relever dans un rapport intitulé "*National service framework for older people report of progress and future challenges*". Un nouveau rapport d'étape est attendu en 2005, inscrivant définitivement la question du vieillissement de la population dans les priorités britanniques en matière de politique de santé.

Par contraste, dans **les pays méditerranéens**, l'absence de véritable débat a longtemps dominé, pour deux raisons principales, l'une d'ordre culturel et l'autre d'ordre économique et financier. Ces pays sont demeurés, en effet, très attachés aux modèles familiaux d'aide informelle fournie par les femmes. Dans ce contexte, le déficit des services publics n'a pas fait l'objet de revendications massives. Par ailleurs, leur système de protection sociale relatif aux soins de longue durée est resté fondé sur l'assistance et le principe de subsidiarité. En outre, dans les années quatre-vingt-dix, ces pays ont dû faire face à de graves contraintes budgétaires afin de se conformer aux critères de convergence de l'Union économique et monétaire, les empêchant d'étendre leur système de protection sociale. Pourtant aujourd'hui, dans une Espagne en pleine mutation démographique, économique et culturelle, s'est ouvert, depuis l'automne 2003, un large débat public sur les modalités de prise en charge de la dépendance. Un Livre blanc sur «*La protection de la dépendance en Espagne* », remis au Parlement en décembre 2004, recommande en priorité de soutenir les aidants informels par des prestations financières et surtout par des services socio-sanitaires. Les Espagnols favorisent aujourd'hui les soins en provenance du noyau familial, tout en souhaitant offrir dans le même temps des contreparties aux membres de la famille qui acceptent de prodiguer ces soins. Les aidants devraient bénéficier d'une formation spécialisée dans les soins de longue durée et les soins thérapeutiques.

Ainsi, dans tous les pays de l'Union européenne, une réflexion sur la dépendance et sur la prise en charge des personnes âgées en termes de financement et/ou d'infrastructures s'est mise en place à la toute fin des années quatre-vingt-dix. Cette réflexion a été ou est, selon les pays, portée par plusieurs faisceaux de motivations et réseaux d'acteurs : question de soutenabilité financière, craintes des personnes âgées, prise de conscience politique des enjeux d'intégration sociale et générationnelle, etc.

Problématiques financières, acteurs politiques, membres de la société civile se sont, ainsi, rencontrés, selon des configurations propres à chacun des États membres, pour conduire à l'inscription de la problématique de la prise en charge des personnes les plus âgées sur l'agenda politique des autorités communautaires, d'une part, et de chacun des États membres, d'autre part. Compte tenu du principe de subsidiarité et de l'histoire culturelle, sociale, politique et économique, les rythmes, les calendriers, les propositions, les programmations, les choix de chacun des États membres diffèrent. Une convergence s'est, toutefois, fait jour dans l'Union en un temps très court : pour extrêmement variables qu'elles soient, les réformes mises en œuvre dans les pays européens ont eu comme souci principal de réduire les coûts et de promouvoir les prestations à domicile.

1.2.4 Gestion des échéances et prospective

1.2.4.1 Échéances 2010, 2015 et 2025 et ouverture des possibles

Un précision tout d'abord : en 2025, la première cohorte des enfants du *baby boom* atteindra les 80 ans. L'entrée à l'âge de plus grande dépendance des générations du *baby boom* est donc hors champ pour la mission. Cette exclusion est volontaire : il ne s'agissait nullement de masquer les problèmes à venir en arrêtant les projections juste avant l'arrivée programmée d'un nouveau choc mais tout simplement de ne pas perturber la lecture du court terme ou des décennies proches sous le poids des contraintes lointaines.

Il est évident qu'on construit aujourd'hui des établissements qui seront occupés à terme par ces générations issues du *baby boom*, avec leurs exigences, un certain rapport au système de santé, etc. mais les défis à relever n'attendent pas 2030.

En ce qui concerne l'impact des politiques publiques relatives à l'arbitrage domicile-établissement, la gestion des différentes échéances de la commande ministérielle n'est pas de même nature : pour l'échéance 2010, s'il n'est pas forcément pertinent de construire des scénarios de changement radical de la prise en charge, un bon équilibre entre les formules de médicalisation à domicile, en établissement ou au moyen d'accueils intermédiaires peut être promu dès à présent, pour autant que soient étudiées les raisons qui déterminent les intéressés – ou leur entourage – à choisir telle formule de préférence à telle autre ; pour l'échéance 2015 et *a fortiori* pour 2025, les jeux sont par construction ouverts : l'évolution du pouvoir d'achat des personnes et de leurs capacités contributives mérite d'être étudiée ; compte tenu de la démographie et de la situation des aidants, les contraintes évolueront inmanquablement ; mais une échéance lointaine peut aussi ménager la possibilité d'engranger les résultats d'une politique volontariste de développement de la prise en charge à domicile ou des formules d'hébergement intermédiaires.

De la même façon, s'il est temps de se préoccuper aujourd'hui d'optimiser la construction de nouvelles places, en revanche, la première échéance ne permet pas d'envisager une configuration du parc radicalement nouvelle, alors que l'échéance 2025 permet de se situer – au moins pour un scénario – dans ce registre. La deuxième phase devra aussi intégrer comme variables les avancées acquises aux échéances 2010 et 2015. Il est évident qu'il convient d'être particulièrement attentif à la fois aux effets d'inertie des programmes d'investissements immobiliers (créer des places en établissement n'est pas sans conséquences durables quant aux arbitrages individuels et collectifs, quant à l'allocation des ressources financières et humaines), aux possibilités de montée en charge rapide de formules autres que l'hébergement durable et aux déterminants des choix.

1.2.4.2 Gestion des irréversibilités

Imaginons que demain les pouvoirs publics décident de renoncer à la priorité affichée, depuis des décennies, en faveur du maintien à domicile et développent un programme massif de construction de nouvelles places en établissement. Supposons que ces investissements trouvent effectivement leur financement, se fassent dans de bonnes conditions et permettent à terme de sortir de la situation de rationnement relatif de l'offre.

Que créerait-on par là ? Cette politique générerait inmanquablement et par construction quantité d'effets d'aubaine. En outre, démultiplier les initiatives pour promouvoir la construction ne garantirait pas une répartition optimale sur le territoire. On imagine aussi les problèmes de recrutement de personnel quand la situation présente apparaît déjà tendue. Il n'est enfin pas du tout évident de sortir d'une situation de pénurie relative.

Supposons que les questions précédentes trouvent une réponse adaptée. Il reste qu'un tel choix de la prise en charge massive en établissement créerait des irréversibilités redoutables. Il tarirait les possibilités de développement de l'offre à domicile : on constate aujourd'hui des effets d'attraction importants des personnels de la campagne vers la ville et du domicile vers les établissements. Cela bloquerait par ailleurs les alternatives alors que toutes les initiatives du moment dévoilent les prémices – certes un peu confuses – d'une diversification de la prise en charge. La programmation immobilière a enfin ceci de particulier qu'elle inscrit des formes contingentes dans la durée : les établissements de taille moyenne (60

ou 70 lits) se développent beaucoup aujourd'hui, il y a un consensus en faveur d'une certaine configuration du bâti... Qu'en sera-t-il demain ?

Ceci pour dire l'importance de la gestion des irréversibilités, en dehors même des hypothèses d'école relatives à un changement radical des orientations de politique publique.

1.3 La méthode de travail

La composition de la mission est donnée en annexe 2, l'ordre du jour des séances plénières en annexe 3. Il a été largement fait appel aux contributions des membres pour la préparation et l'animation des réunions. Il s'agissait tout d'abord de tenir compte de la diversité des compétences réunies mais aussi de donner sens à la construction collective des éléments de diagnostic et de prospective. Cela sera encore plus vrai pour les phases 2 et 3. Si l'on considère que l'élaboration d'un modèle optimal de constitution d'un EHPAD est d'abord affaire de procédure, alors il importe en priorité d'organiser la concertation entre les organisations représentées au sein du groupe. Autre élément clé : le partage d'informations repose sur un compte-rendu exhaustif des séances (sous forme de verbatim soumis aux membres), disponible sur une base Extranet.

Ceci dit, les contributions extérieures sont aussi régulièrement sollicitées, élément indispensable à la diversification des points de vue.

La confection des scénarios quantitatifs, objet du premier volet, a fait l'objet d'un traitement adapté. Le groupe a été associé à l'élaboration des méthodes de projection mais le traitement des données a été confié à la DREES et à l'INSEE.

Compte tenu de la modestie des délais en phases 2 et 3 et de la difficulté de traiter de façon cloisonnée les différents volets, l'organisation s'est voulue suffisamment réactive pour entamer rapidement les travaux de première phase et prendre en compte d'emblée les volets 2 et 3. L'organisation de déplacements dans les départements a aussi démarré très tôt, en Côte d'Or, et se poursuivra tout au long de la mission.

Les comparaisons internationales ont été et seront mobilisées en tant qu'elles servent l'objet strict de la commande : formation de la planification gérontologique dans les différents pays, en particulier dans des contextes décentralisés ; réflexions sur les modèles de prise en charge et les parcours de fin de vie ; liens entre incapacité et entrée en établissement ; typologie des formes de prise en charge ; taux d'encadrement...

2 La prospective quantitative des besoins en établissement

2.1 Les matériaux disponibles dans le contexte français

2.1.1 Les acquis de la période récente : *HID, EHPA, données APA, PAQUID*

2.1.1.1 L'enquête *HID* de l'*INSEE*

L'enquête *Handicaps-Incapacités-Dépendance* (*HID*) réalisée entre 1998 et 2001 a été la première à regrouper de manière globale des données sur la dépendance en France, d'une part sur l'état initial, sur les taux de prévalence de la dépendance au sein la population si on s'attache aux données de la première vague (1998 en institution et 1999 à domicile), d'autre part sur l'évolution de la dépendance entre les deux passages⁶ (deuxième passage respectivement en 2000 et 2001).

Elle permet de considérer les personnes âgées et handicapées à partir de leurs propres déclarations.

L'objet de cette enquête est d'étudier les conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des gens. Les trois dimensions du handicap sont couvertes : déficience, incapacité, désavantage.

La prise en charge des incapacités a été placée au centre des questionnaires : soins médicaux, matériels techniques, aide à domicile, entrée en institution. Sont également posées des questions relatives aux conditions de vie, en particulier l'environnement familial, la situation économique, ainsi que le niveau d'études.

La méthodologie d'enquête utilise un certain nombre d'indicateurs de la perte d'autonomie :

- l'indicateur de Colvez détermine quatre niveaux de «désavantage» allant du niveau 1 (personnes confinées au lit ou au fauteuil) au niveau 4 (personnes sortant sans aide de leur domicile) ;
- cet indicateur étant limité à la mesure de la dépendance physique, un indicateur croisant celui-ci avec un indicateur de déficience psychique a été construit pour les besoins des enquêtes relatives à la clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées (enquêtes *EHPA* : cf.infra) ; cet indicateur dit *EHPA* a été repris pour l'enquête *HID*.

Tableau 2.1 - 1 : L'indicateur *EHPA*

EHPA 11	Déficience psychique et confiné au lit ou au fauteuil
EHPA 12	Déficience psychique et besoin d'aide pour la toilette et l'habillement
EHPA 13	Déficience psychique et besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution
EHPA 14	Déficience psychique et pas de dépendance physique
EHPA 21	Peu ou pas de déficience psychique et confiné au lit ou au fauteuil
EHPA 22	Peu ou pas de déficience psychique et besoin d'aide pour la toilette et l'habillement
EHPA 23	Peu ou pas de déficience psychique et besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution
EHPA 24	Peu ou pas de déficience psychique et pas de dépendance physique

- l'indicateur de Katz mesure l'indépendance fonctionnelle pour six activités quotidiennes : toilette, habillement, aller aux toilettes et les utiliser, se coucher ou quitter le lit et s'asseoir ou quitter son siège, contrôler ses selles et ses urines, manger des aliments déjà préparés. Différents groupes de personnes sont ainsi déterminés : personnes indépendantes pour les six activités, personnes dépendantes pour au moins une activité, etc. ;

⁶ Lors du deuxième passage, on réinterroge les personnes interrogées lors du premier passage.

- la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) détermine l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et déterminait celle à la prestation spécifique dépendance (PSD). Cette grille repose sur dix variables (cohérence, orientation, toilette, habillement, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur et à l'extérieur, communication à distance) pouvant prendre trois valeurs (fait seul, partiellement, ne fait pas). On résume les résultats obtenus par la construction d'un indicateur en six positions, du GIR 1 (dépendance la plus sévère) au GIR 6 (absence de dépendance).

Tableau 2.1 - 2 : Le nombre de personnes âgées dépendantes selon différents indicateurs synthétiques

Indicateur	Effectifs
Colvez	
Confiné au lit ou au fauteuil (niveau 1)	225 000
Besoin d'aide pour la toilette et l'habillement (niveau 2)	403 000
Total dépendance physique lourde (niveaux 1 et 2)	628 000
Besoin d'aide pour sortir (niveau 3)	789 000
Total dépendance physique (niveaux 1 à 3)	1 417 000
EHPA	
Dépendance physique lourde et dépendance psychique* (EHPA 11-12)	295 000
Confiné au lit ou au fauteuil ou aidé pour la toilette et l'habillement (dépendance physique lourde) sans dépendance psychique* (EHPA 21-22)	333 000
Total dépendance physique lourde (EHPA 11 à 22)	628 000
Dépendant psychique*, sans dépendance physique lourde (EHPA 13-14)	216 000
Total dépendance physique lourde ou dépendance psychique* (EHPA 11 à 22)	844 000
Besoin d'aide pour sortir, sans dépendance psychique* (EHPA 23)	672 000
Total dépendance (EHPA 11 à 23)	1 516 000
AGGIR	
Equivalent-GIR 1 à 3	532 000
Equivalent-GIR 1 à 4	796 000
Equivalent-GIR 1 à 5	1 186 000
Katz	
Dépendant pour les six ADL	80 000
Dépendant pour au moins 1 ADL	1 255 000
Dépendant pour au moins 2 ADL	697 000

*Existence de troubles du comportement ou de désorientation dans le temps ou l'espace

Sources : Insee, enquêtes *HID* 1998 et 1999. Tableau extrait de la *Revue française des affaires sociales*, n°1-2, janvier-juin 2003 (article de Christel Colin : «Que nous apprend l'enquête *HID* sur les personnes dépendantes aujourd'hui et demain?»)

2.1.1.2 L'enquête EHPA effectuée par la DREES

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est une enquête exhaustive, par voie postale, réalisée par la DREES, auprès des gestionnaires d'établissements. Le lancement de l'enquête est effectué à partir du répertoire national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Mise en place en 1985, elle n'avait pas été renouvelée depuis 1996. Elle a été relancée en 2003, avant la canicule. Il s'agissait d'obtenir des éléments sur les activités des établissements et le personnel, sur la clientèle hébergée en termes médicaux et sur l'aménagement des locaux. L'objectif était de dresser une image exhaustive afin de comprendre l'organisation des établissements, au-delà du caractère purement administratif.

Le champ de l'enquête est large. Il concerne à la fois les unités de soins de longue durée, les logements-foyers et les maisons de retraite.

L'enquête EHPA 2003 donne la situation des établissements au 31 décembre 2003 et fournit :

- un état des établissements : activité et, pour la première fois dans ce type d'enquête, des informations sur l'aménagement des bâtiments ;
- une présentation des principales caractéristiques du personnel en place dans ces établissements et services : sexe, âge, statut, fonction ;
- une description de la clientèle hébergée : sexe, âge, degré de dépendance, incapacités ;
- une description des personnes sorties définitivement de ces établissements au cours de l'année 2003.

Cette enquête va donner lieu à toute une série d'exploitations. Les premières ont été publiées début 2005 dans *Etudes et Résultats* (DREES), sur la base d'un échantillon national de 900 établissements, qui permet de sortir plus rapidement des résultats nationaux. Plus tard dans l'année, d'autres éléments seront fournis sur les disparités départementales d'offre médicalisée. Ce travail sera rendu disponible lorsque la totalité des établissements auront fourni leurs résultats. Dans l'immédiat, ce dont on dispose, ce sont les données sur les places en établissements et sur les équipements de base à l'échelle des départements à partir de FINESS.

2.1.1.3 Les données APA

Depuis le 1^{er} janvier 2002, la DREES recueille chaque trimestre, auprès des Conseils généraux, un questionnaire établi avec le concours de l'Assemblée des départements de France. Ce questionnaire trimestriel fournit des éléments permettant de procéder au suivi du dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et d'évaluer les moyens mis en œuvre (montants versés aux bénéficiaires et personnels affectés). Pour le quatrième trimestre 2004, les départements ont répondu dans l'enquête à une question supplémentaire relative au décret n° 2003-278 sur le versement direct, afin d'actualiser les données issues du questionnaire complémentaire envoyé aux Conseils généraux entre le deuxième et le quatrième trimestre 2003.

À partir de ces données et après leur confrontation avec celles du Fonds de financement de l'APA (FFAPA) ayant permis de compléter l'information relative au nombre de bénéficiaires selon le lieu de vie, la DREES réalise une estimation France entière pour un certain nombre d'indicateurs selon trois méthodes :

- pour le nombre de bénéficiaires de l'APA, une première estimation, qui consiste à rapporter le nombre de bénéficiaires à la population des personnes de 75 ans ou plus, est calculée pour les départements répondants. Ce ratio est ensuite appliqué à la population âgée de 75 ans ou plus de la France entière ;
- dans une deuxième estimation, on affecte aux départements non répondants le taux d'évolution médian observé par rapport au trimestre précédent pour les départements répondants. Dans les deux cas, on tient compte du fait que les départements pratiquent ou non la dotation globale en EHPAD, et dans quelle proportion, qu'ils soient ou non répondants pour le trimestre analysé ;
- dans une troisième estimation, le nombre de bénéficiaires est approché à partir d'une méthode économétrique utilisée pour analyser les disparités départementales de l'APA. Cette méthode prend en compte les caractéristiques socio-démographiques du département susceptibles d'expliquer la demande d'aide (taux de population urbaine, espérance de vie, part d'ouvriers et d'agriculteurs,...) et les caractéristiques du département (places en EHPA, dépenses d'aide sociale, potentiel fiscal,...).

Par ailleurs, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et la Mutualité sociale agricole (MSA) ont mis en place, en collaboration avec la DREES, un suivi trimestriel de l'aide ménagère relevant de leurs caisses de retraite en métropole. Cette information, ajoutée à celle fournie par les Conseils généraux, permet de suivre trimestriellement l'évolution du nombre de bénéficiaires d'aides ponctuelles à domicile.

2.1.1.4 L'étude *PAQUID*, INSERM, mars 2004 (dernière actualisation)

L'objectif global est «*d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible*».

Les chiffres nationaux avancés dans le cadre du *Plan Alzheimer* à la mi-septembre 2004 sur le nombre de malades – 800.000 actuellement, 165.000 nouveaux cas par an – se basent sur une extrapolation des données obtenues par cette étude qui a suivi de 1988 à 2003 une cohorte de personnes âgées dans deux départements de France, la Gironde et la Dordogne.

En matière de besoins, l'enquête *PAQUID* aborde notamment l'évaluation des besoins en aide ménagère. Dans ce cadre, un «*besoin potentiel en aide ménagère*» correspond à la conjonction du fait de vivre seul avec une perte d'autonomie pour au moins l'une des cinq activités instrumentales de la vie courante (utilisation du téléphone, aptitude à faire les courses, utilisation des moyens de transport, gestion du budget, gestion du traitement).

2.1.1.5 L'étude *PATHOS* sur l'échantillon «*ERNEST*» 2001, CNAMTS, février 2003⁷

Rendu public en février 2003, ce travail mené par les docteurs Patrice PREVOST, Claire VUILLEMIN et Pierre FENDER de la direction du service médical de la CNAMTS, est «*une enquête descriptive transversale évaluant, un jour donné, l'état de santé global (la perte d'autonomie est mesurée sur le modèle AGGIR et les pathologies décrites par le modèle PATHOS) de toutes les personnes de 60 ans et plus, présentes dans les établissements entrant dans le champ de l'étude*», soit un échantillon représentatif au niveau national incluant des maisons de retraite, logements-foyers et services de soins de longue durée. L'étude a été produite dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Cette étude est intéressante en ce que, pour les trois types d'établissement, elle différencie clairement ce qui relève de la dimension médicale, évaluée par le modèle *PATHOS*, et ce qui relève de la dimension sociale, évaluée par la grille *AGGIR* :

- le modèle *AGGIR* montre qu'au niveau national 69 % de la population hébergée dans les établissements soumis à la réforme de la tarification sont en GR 1 à 4, soit près de 450 000 personnes susceptibles de pouvoir bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- quant au modèle *PATHOS*, il dénombre au même niveau national dans ces établissements plus de 70 000 patients dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale rapprochée et une permanence infirmière, dont 50 000 en maisons de retraite et foyers logements. 30 000 personnes environ présentent des escarres et/ou une dénutrition. 31 % de la population souffrent d'un syndrome démentiel diagnostiqué soit 200 000 personnes, parmi lesquelles près de 76 000 «*déambulants*», clientèle potentielle d'unités dites «*Alzheimer*», dont 63 000 en maisons de retraite et logements-foyers.

2.1.2 Limites

Malgré les progrès sensibles réalisés ces dernières années s'agissant du système d'information relatif à la dépendance, il est important de considérer un certain nombre de limites ou de lacunes qui contraignent fortement ou amènent à considérer avec prudence les résultats avancés :

- l'enquête *EHPA* se fonde sur des catégories administratives, notamment sur la dépendance. Étant donné les changements liés à la mesure de la dépendance au moyen de la grille *AGGIR*, la question se pose de savoir si les évolutions observées (entre les deux dernières enquêtes) sont liées à un changement de clientèle ou à des changements d'appréciation de la situation de la personne ;

⁷ http://www.ameli.fr/246/DOC/1390/article_pdf.html#

- l'enquête *EHPA* a eu lieu fin 2003 à un moment où le mouvement de médicalisation était en forte augmentation. Les progrès réalisés depuis début 2004 n'ont donc pu être pris en compte. Il en va de même de la prise en compte des équipements de climatisation ;
- les données APA permettent d'approcher une estimation de la dépendance mais étant donné l'absence de nécessité d'une part, l'intégration de critères de ressources pour calculer le ticket modérateur d'autre part, certaines personnes n'y font sans doute pas appel. Cette donnée ne permet pas, par conséquent, de connaître de façon précise le nombre de personnes âgées dépendantes, son évolution et le niveau de dépendance des personnes. Cela rend plus difficile l'estimation de la montée en charge, les données financières ne suffisant pas à déterminer si le plafond a été atteint ;
- les données territorialisées en matière de dépendance sont très lacunaires (*HID* n'a bénéficié d'une extension que dans huit départements). Des résultats régionaux et départementaux seraient pourtant nécessaires pour évaluer les capacités d'accueil des services d'aide et de soins aux personnes âgées (établissement des taux de couverture des besoins de cette population) - cf. infra 3^{ème} partie ;
- les données relatives aux soins dispensés au domicile, hors SSIAD, sont fragmentaires ;
- l'information concernant le nombre de places médicalisées mériterait d'être complétée en termes qualitatifs ;
- à ce jour, il n'est pas possible (à travers *HID*) d'avoir des informations qui s'avèreraient particulièrement utiles, par exemple sur le taux de prise en charge en institution au regard de l'état de dépendance du conjoint.

2.2 Les grands traits de la prise en charge en établissement

2.2.1 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Selon les données de l'enquête *EHPA* de la DREES⁸, on comptait, au 31 décembre 2003, 10 526 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) représentant 671 000 places (dont la quasi-totalité est occupée : 95 %). Au total, le taux d'équipement – c'est-à-dire le nombre de places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus – s'élevait à 140 en 2003.

Cette enquête distingue quatre catégories principales d'établissements : les maisons de retraite, les logements-foyers, les unités de soins longue durée et les résidences d'hébergement temporaire (cf. tableau 2.2-1) :

- les maisons de retraite sont des lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne, incluant l'hébergement en chambre (ou en logement), les repas et divers services spécifiques ; certaines sont rattachées à un hôpital public. Elles constituent la catégorie d'EHPA la plus importante en termes de structures (6 376) et de capacité d'accueil avec 436 300 lits, soit 65 % des places en EHPA. Elles offrent en moyenne 91 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. On peut noter aussi le rôle important du secteur privé (à but lucratif ou non) qui détient près de 60 % des maisons de retraite et offre près de la moitié des places disponibles ;
- avec leurs 152 900 places, les 2 975 logements-foyers représentent 23 % de l'offre d'hébergement. Les logements-foyers sont des groupes de logements autonomes (parfois aussi des chambres) assortis d'équipements ou de services collectifs. Ils sont destinés principalement à l'accueil des personnes âgées autonomes, plus de la moitié d'entre eux ayant prévu dans leur règlement de ne pas admettre de personnes dépendantes. On compte 32 places pour 1000 personnes âgées en logements-foyers ;

⁸ Pour plus de détails sur l'enquête et ses résultats, on peut notamment consulter *Etudes et Résultats* n° 379, février 2005, <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er379.pdf>

- les unités de soins de longue durée (USLD) sont les structures les plus médicalisées et sont en particulier destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes. Les 1 044 USLD regroupent 79 300 lits soit 17 places pour 1000 personnes âgées ;
- de manière plus marginale, les 131 résidences d'hébergement temporaire offrent 2 400 lits. Ces résidences permettent à la personne âgée de faire face à des difficultés passagères telles que l'absence momentanée de la famille, l'isolement, la convalescence, ou encore l'inadaptation du logement en hiver.

Entre 1996 et 2003, le nombre global de places en EHPA a augmenté de 4 % mais ce chiffre cache des dynamiques contrastées selon le type d'établissement. En effet, alors que le nombre de places en maisons de retraite connaissait une croissance importante (+7 %), le nombre de places disponibles dans les autres types de structures a diminué sur la même période (- 2 % pour les logements foyers, - 3 % pour les USLD et - 27 % pour les résidences d'hébergement temporaire). On peut souligner que ce contraste est particulièrement marqué pour le secteur privé à but lucratif : les logements-foyers de ce secteur perdaient 29 % de leurs capacités d'accueil mais les maisons de retraite privées à but lucratif augmentaient leur nombre de lits de 21 %.

Tableau 2.2 - 1 : Évolution des capacités installées entre 1996 et 2003

	Nombre de structures	Nombre de places installées	Evolution 03/96 nombre places (%)
Logements-foyers publics	2 069	108 200	2
Logements-foyers privés à but non lucratif	810	40 500	-7
Logements-foyers privés à but lucratif	97	4 200	-29
Total logements-foyers	2 975	152 900	-2
Maison de retraite rattachée à un hôpital	1 080	100 800	2
Maison de retraite privée à but lucratif	1 604	87 900	21
Maison de retraite privée à but non lucratif	2 040	127 100	6
Maison de retraite autonome publique	1 652	120 400	4
Total maisons de retraite	6 376	436 300	7
Résidences d'hébergement temporaire	131	2 400	-27
Unité de soins de longue durée	1 044	79 300	-3
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	10 526	670 900	4

Champ : France entière

Sources : enquêtes EHPA, SAE, Drees

➤ La médicalisation

Les sections de cure des établissements étant en cours de suppression depuis 1999, la médicalisation des établissements s'organise aujourd'hui à travers la mise en place progressive des conventions tripartites liant l'établissement, le Conseil général et l'État.

On compte 361 500 places installées dites « médicalisées », réparties entre les établissements signataires d'une convention tripartite, les sections de cure médicale et les USLD n'ayant pas encore signé de convention tripartite (cf. tableau 2.2-2). Le taux d'équipement en places médicalisées est de 76 places pour mille habitants de 75 ans et plus ; rapporté aux personnes dépendantes de 75 ans ou plus, ce taux d'équipement médicalisé atteint presque 60 %.

Parallèlement, dans l'ensemble des EHPA, un peu moins d'une place installée sur six est réservée aux personnes âgées atteintes de détérioration intellectuelle. Cela représente environ 100 000 places en hébergement permanent, 4 000 places en hébergement temporaire, 3 000 en accueil de jour et quelques centaines en accueil de nuit. Notons que cette clientèle concerne en premier lieu les opérateurs privés à but lucratif qui leur réservent 40 % de leurs places.

Tableau 2.2- 2 : L'offre médicalisée des établissements

	% d'établissements signataires d'une convention tripartite*	Nombre de places installées médicalisées	% de places médicalisées par rapport à la capacité totale
Logements-foyers	3%	10 200	7%
Maison de retraite rattachée à un hôpital	26%	62 500	62%
Maison de retraite privée à but lucratif	38%	45 600	52%
Maison de retraite privée à but non lucratif	29%	71 500	56%
Maison de retraite autonome publique	55%	94 000	78%
Résidences d'hébergement temporaire	3%	100	4%
Unité de soins de longue durée	18%	77 600	100%
Ensemble des établissements	25%	361 500	54%

*avec prise d'effet au 01.01.2004

Source : enquête EHPA, Drees

➤ Le personnel

En 2003, les EHPA employaient 298 000 personnes en équivalent temps plein (ETP), ce qui correspond à un taux d'encadrement global de 45 employés en équivalent temps plein pour 100 places installées (cf. tableau 2.2-3). Hors administration et services généraux, le taux d'encadrement s'élève à 33 ETP pour 100 places. Notons que les USLD se détachent logiquement avec un taux moyen de 69 ETP.

Tableau 2.2 - 3 : Taux d'encadrement par catégorie d'établissement

	taux d'encadrement global	taux d'encadrement hors administration et services généraux	fourchette (1er et 3e quartile)
Logements-foyers	16	6	3 à 16
Maison de retraite rattachée à un hôpital	49	43	33 à 48
Maison de retraite privée à but lucratif	46	34	22 à 40
Maison de retraite privée à but non lucratif	46	31	22 à 40
Maison de retraite autonome publique	54	38	29 à 45
Résidences d'hébergement temporaire	47	29	14 à 52
Unité de soins de longue durée	79	69	57 à 74
Ensemble des établissements	45	33	18 à 46
Etablissements ayant signé une convention tripartite	57	43	32 à 49

Source : enquête EHPA, Drees

Les femmes représentent 87 % du personnel des EHPA. Par ailleurs, la catégorie de personnel la plus importante est celle du personnel paramédical (39 % des effectifs) et, en particulier, les aides-soignants (27 % des effectifs).

2.2.2 Les caractéristiques de la population hébergée

Les caractéristiques de la population hébergée dans les EHPA peuvent être décrites à partir des résultats de l'enquête *HID*⁹. L'un des volets de cette enquête concerne les personnes hébergées dans des maisons de retraite ou des USLD à l'exclusion des personnes vivant au sein des logements foyers ou des résidences d'hébergement temporaire. Cette enquête apporte notamment des éléments d'information sur

⁹ Pour une analyse des apports et des limites de cette enquête, on peut se reporter à P. Mormiche, «L'enquête "Handicap, incapacités, dépendance" : apports et limites», *Revue française des Affaires sociales*, n°1-2 janvier-juin 2003.

les caractéristiques démographiques des résidents, leur état de santé, leur revenu et leur catégorie socio-professionnelle.

En 1998, près de 480 000 personnes résidaient en institution selon cette enquête soit 4 % des personnes âgées de plus de 60 ans.

Concernant les principales caractéristiques démographiques de cette population, trois phénomènes majeurs sont observés en termes d'âge, de sexe et de statut matrimonial.

Ainsi, les femmes âgées de plus de 85 ans représentent près de la moitié de la population hébergée (cf. tableau 2.2-4).

Tableau 2.2- 4 : Les personnes hébergées au sein des maisons de retraite et des USLD

	Hommes	Femmes
moins de 75 ans	38 936	38 448
de 75 à 84 ans	38 316	100 392
85 ans et plus	46 748	217 160
Ensemble	124 000	356 000

Source : d'après S. Dufour-Kippelen et A. Mesrine, «Les personnes âgées en institution», *Revue française des Affaires sociales*, n°1-2 janvier-juin 2003

Si les femmes résidant en institution sont plus âgées que les hommes, on retrouve le même phénomène concernant l'âge d'entrée en institution. Il s'élève ainsi à 83 ans pour les femmes alors que les hommes entrent en institution à 76 ans (maisons de retraite) et à 78 ans (USLD) (cf. tableau 2.2-5). Par ailleurs, la durée de séjour est plus longue pour les femmes, quel que soit le type d'hébergement, bien que la différence reste relativement modérée (de 2 à 3 mois).

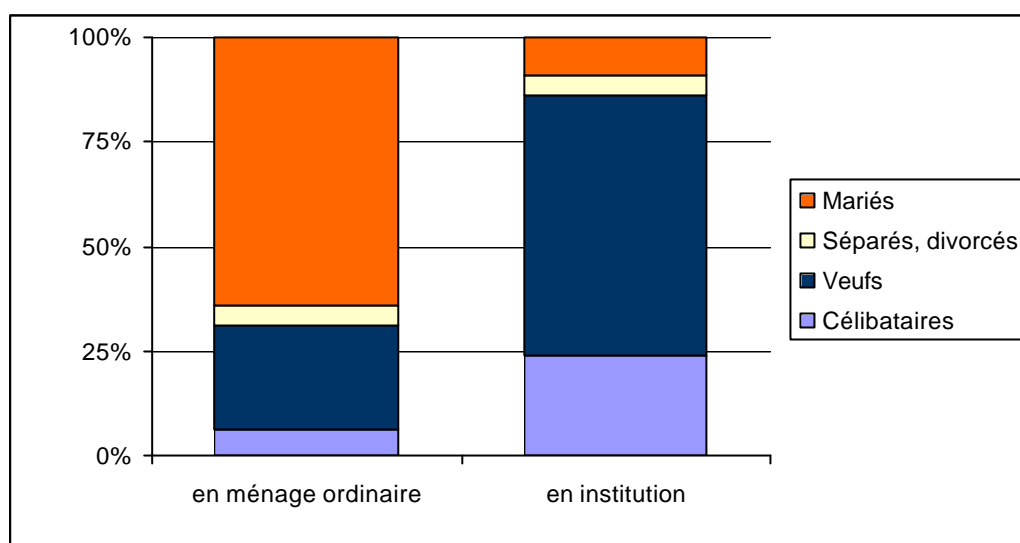
Tableau 2.2- 5 : Âge et durée de séjour selon le sexe et type d'institution

		Maisons de retraite	USLD
âge à l'entrée en institution	Hommes	76	78
	Femmes	83	83
durée de séjour	Hommes	2 ans et 10 mois	2 ans
	Femmes	3 ans	2 ans et 3 mois
âge médian	Hommes	80	81
	Femmes	86	86

Source : S. Dufour-Kippelen, «Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution», *Etudes et résultats*, n°138, 2001.

De même, les personnes veuves et célibataires sont sur-représentées parmi les personnes vivant en institution (cf. graphique 2.2-1). Ainsi, parmi les personnes de 60 ans et plus, 62 % des personnes vivant en institution sont veuves contre 25 % des personnes vivant au sein de domiciles ordinaires. On observe le phénomène inverse pour les personnes mariées qui ne représentent que 9 % des personnes vivant en institution (alors qu'elles comptent pour 61 % de la population générale des plus de 60 ans).

Graphique 2.2 - 1 : Statut matrimonial et mode d'hébergement



Source : d'après A. Désesquelles et N. Brouard, «Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en institution», *Population-F*, 58 (2), 2003

L'état de santé est aussi un élément extrêmement discriminant. Les trois quarts des pensionnaires des maisons de retraite et plus de 9 personnes sur 10 en USLD évoquent cette raison à leur entrée en institution. Selon les estimations de Tugores (2005)¹⁰, environ 81 % des personnes résidant en EHPA seraient dépendantes (GIR 1 à 4), ce chiffre étant naturellement plus élevé pour les personnes résidant en USLD (98 % dont 82 % classées GIR 1 à 2). L'apparition d'une incapacité ne nécessite cependant pas systématiquement l'entrée en institution : en fait, plus de la moitié des personnes âgées dépendantes vivent à leur domicile. On peut noter que le délai moyen entre l'apparition des incapacités et l'entrée en institution (pour les personnes vivant en institution) est d'autant plus réduit que ces incapacités sont liées à l'hygiène de l'élimination ou à la mobilité. En revanche, les incapacités liées aux sens (visions, ouïe, parole), à la communication et à la cohérence ou encore à l'alimentation sont plus souvent mieux prises en charge à domicile¹¹.

Enfin, le revenu et la catégorie socio-professionnelle sont des variables qui distinguent la population hébergée en établissement de la population résidant à domicile. Deux effets apparaissent concernant le revenu : des revenus très modestes constituent un frein à l'entrée en établissement que l'aide sociale ne parvient pas à compenser et des revenus élevés favorisent le maintien à domicile ou l'hébergement au sein de maisons de retraite du secteur privé à but lucratif¹². L'effet de la catégorie socio-professionnelle, quant à lui, est plus inattendu. Ce n'est pas tant l'appartenance à une catégorie sociale plus ou moins aisée qui constitue un élément discriminant qu'une opposition entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants qui, toutes choses égales par ailleurs, vivent moins souvent en institution¹³.

¹⁰ F. Tugores, «Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003», *Etudes et résultats*, n°379, Drees, 2005.

¹¹ Cf. S. Dufour-Kippelen, «Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution», *Etudes et résultats*, n°138, Drees, 2001

¹² Cf. S. Dufour-Kippelen et A. Mesrine, «Les personnes âgées en institution», *Revue française des affaires sociales*, n°1-2 janvier-juin 2003

¹³ Cf. A. Désesquelles et N. Brouard, «Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en institution», *Population-F*, 58 (2), 2003

2.3 Les projections de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2030 : méthodes et hypothèses

Les projections de personnes âgées dépendantes s'appuient sur des hypothèses :

- démographiques, portant en particulier sur l'espérance de vie, qui permettent d'estimer l'évolution de la population âgée ;
- de taux de prévalence (ou d'incidence) de la dépendance selon différents critères de dépendance. Ont notamment été utilisés l'indicateur Colvez et les groupes iso-ressources (GIR) de la grille AGGIR.

Les projections de personnes âgées dépendantes réalisées jusqu'ici par la DREES et l'INSEE reposent sur le scénario central de projections de population réalisées par l'INSEE à partir du recensement de 1999.¹⁴ Ce sont celles-ci qui continuent d'être utilisées dans le cadre de cet exercice, les nouvelles projections de population de l'INSEE, à partir du recensement de 2004, ne devant être réalisées que courant 2006.

Dans ce qui suit, il s'agit, d'une part, de discuter les écarts entre les projections précédemment réalisées par la DREES et par l'INSEE, et d'autre part, de revisiter les hypothèses sous-jacentes à ces projections, s'appuyant sur les derniers éléments d'information disponibles. Cette actualisation, établie en concertation entre la DREES et l'INSEE, conduit à un resserrement des fourchettes des projections de personnes âgées dépendantes.

2.3.1 Projection par les prévalences ou par les incidences : un choix statistique peu décisif

On peut projeter le nombre de personnes âgées dépendantes suivant deux techniques statistiques :

- la méthode des prévalences (Drees, Bontout-Colin-Kerjosse¹⁵) consiste à appliquer des taux de prévalence à des projections de population totale par sexe et âge ;
- la méthode des incidences (Insee - modèle *Destinie*, Duée-Rebillard¹⁶) utilise les transitions vers et hors de la dépendance.

En théorie¹⁷, la méthode des incidences est porteuse d'une information plus récente que les prévalences (par exemple : pour une maladie éradiquée, les incidences seront nulles et la projection prévoira la disparition progressive de la prévalence). Outre le nombre de dépendants, elle permet également d'étudier les trajectoires et de fournir des informations différenciées selon des caractéristiques individuelles (exemple : le niveau d'études). En revanche, les données qu'elle mobilise sont moins robustes : ainsi, dans l'enquête *HID*, qui a donné lieu à la réalisation de deux vagues d'enquête en 1999 et 2001, les flux d'incidence entre ces vagues sont peu importants pour certaines classes d'âges, notamment pour les très âgés. Par ailleurs, certains individus n'ont pas été suivis entre les deux vagues parce qu'ils ont changé de résidence (départ du domicile pour entrer en institution, départ chez les enfants). Or parmi ces mouvements, certains peuvent être liés à des changements d'état de santé, ce qui peut fausser l'estimation des transitions entre états de dépendance.

¹⁴ Le scénario central des projections démographiques de population de l'Insee retient les hypothèses suivantes : fécondité constante à 1,8 enfant par femme, mortalité tendancielle et solde migratoire net de 50 000 par an. La population des 75 ans ou plus augmente de 76 % entre 2004 et 2030. La part des 75 ans ou plus passe de 8 % en 2004, à 9 % en 2010, 9,4 % en 2015, 11,3 % en 2025 et 13,1 % en 2030.

¹⁵ O. Bontout, C. Colin et R. Kerjosse « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » *Etudes et résultats* n°160, 2002.

¹⁶ M. Duée et C. Rebillard, « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », INSEE Document de travail G 2004/ 02.

¹⁷ N. Brouard et A. Lievre « The estimation of health expectancies from cross-longitudinal surveys », *Mathematical Population Studies* 10, 2003.

Ensuite, quelle que soit la méthode – prévalences ou incidences –, les projections nécessitent de faire des hypothèses sur l'évolution du taux de dépendance (le choix se fait directement pour la méthode par les prévalences ou indirectement pour la méthode des incidences, à travers la durée de vie en dépendance qui est calculée à partir de la prévalence résultant des différentes transitions). Le choix de l'une ou de l'autre méthode est à cet égard de second ordre par rapport à ces hypothèses concernant l'évolution des taux de dépendance.

2.3.2 Les hypothèses concernant l'évolution de la dépendance : y aura-t-il réduction de la période de vie passée en dépendance ?

Un indicateur synthétique couramment utilisé est l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). C'est un indicateur structurel, suivi maintenant au niveau européen. Il est calculé à partir des tables de mortalité et des taux de prévalence des incapacités. Ces incapacités ne sont pas directement identiques à celles identifiées au sens de la grille Colvez ou de la grille AGGIR, mais il est possible de déduire de l'évolution de l'EVSI des estimations pour ces différents indicateurs.

Les projections de personnes âgées dépendantes s'appuient à cet égard sur les tendances récentes observées de l'EVSI, ou plutôt de son différentiel d'évolution avec l'espérance de vie générale.

Les projections de la DREES réalisées en 2002 se sont ainsi appuyées sur :

- les tendances de l'EVSI observées entre les enquêtes *Santé* de 1981 et 1991 : elles indiquaient une évolution parallèle à l'espérance de vie générale, avec une petite différence entre les hommes (dont l'EVSI avait progressé d'un mois de plus que l'espérance de vie sur dix ans) et les femmes (deux mois de moins) ;
- une comparaison entre les taux de prévalence de l'enquête *HID* 1999 et de l'enquête *Santé* 1991 sur le seul indicateur commun que l'on pouvait construire à partir des deux enquêtes : l'indicateur de Colvez qui concerne la dépendance physique. Cette comparaison concluait à une forte baisse des taux de prévalence après 85 ans pour les femmes et après 80 ans pour les hommes, traduisant un gain d'espérance de vie sans dépendance plus rapide que le gain d'espérance de vie générale (théorie de la compression de la morbidité). C'est cette comparaison qui est à l'origine de l'hypothèse «optimiste» de la DREES de 2002, même si par ailleurs, la publication de la DREES soulignait les incertitudes tenant à l'évolution de la dépendance psychique, conduisant à proposer deux autres scénarios : un scénario pessimiste supposant que les gains d'espérance de vie sans dépendance évoluent de façon parallèle à l'espérance de vie générale, et un scénario central, moyenne des deux scénarios précédents.

Les résultats de l'enquête *Santé* 2003 étaient attendus pour actualiser ces évolutions. Or, le changement de la place des questions sur les incapacités dans le questionnaire a rendu délicate la comparaison entre les enquêtes sur la santé et les soins médicaux de 1991 et celle de 2003 (cf. rapport d'E. Cambois et J. M. Robine¹⁸), même si l'enquête fournit des éléments précieux d'information sur les différences d'espérance de vie sans incapacité au sein des différentes catégories de population.

À partir de 2007, le futur système d'information européen *SILC* fournira des estimations plus régulières de l'EVSI, sur la base d'un questionnement parallèle à celui de l'enquête *Santé*. Jointes aux nouvelles estimations de population de l'INSEE, ces données permettront de réaliser de nouvelles projections de personnes dépendantes sur la base d'hypothèses qui pourront alors faire l'objet d'un réexamen complet.

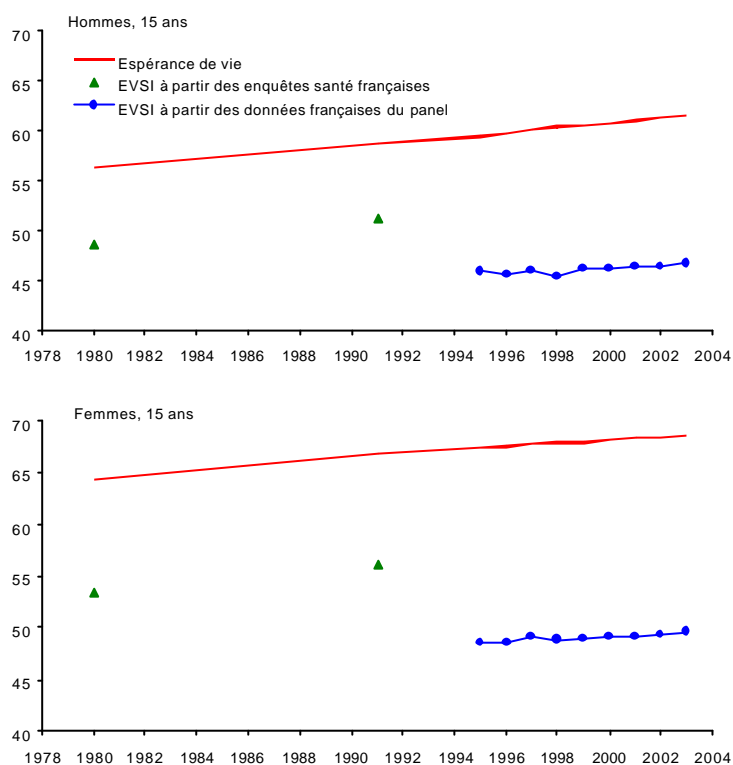
Dans l'attente, il est apparu préférable de procéder à une actualisation provisoire des projections réalisées sur la base de l'enquête *HID* en s'appuyant sur les derniers éléments d'information disponibles. Pour apprécier les évolutions plus récentes de l'EVSI, on dispose donc à ce jour des données françaises du panel européen des ménages (cf *graphique 2.3 - 1*), des tendances observées à l'étranger et du panel *PAQUID* en Aquitaine.

¹⁸ E. Cambois, J.M. Robine, P. Mormiche, A. Clavel, «L'espérance de vie sans incapacité calculée à partir de l'enquête *Santé* 2002-2003», rapport remis à la DREES.

Le panel européen des ménages montre, en France sur la période 1995-2003, un faible accroissement de l'EVSI pour les hommes et une stagnation pour les femmes. Les évolutions annuelles sont au maximum de 2 %, dans un sens positif ou négatif.

Selon le rapport Cambois-Robine, les données observées dans les autres pays européens vont aussi dans le sens d'une évolution très modérée de l'EVSI, ne dépassant guère celle de l'espérance de vie générale.

Graphique 2.3 - 1 : Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité en France estimées à partir des données françaises du panel européen des ménages (1995-2003) et des enquêtes Santé 1980-81, 1991-92. Femmes et hommes 15 ans et plus.



«Les évolutions constatées en dehors de l'Europe dans les années récentes ne permettent pas non plus de conclure à de telles réductions de l'incapacité sur la base d'indicateurs généraux d'incapacité sévère ou modérée. Il semblerait que l'évolution de l'incapacité (tous niveaux confondus) ait plutôt tendance à stagner ou à légèrement se modifier : résultat d'une augmentation de la part des problèmes fonctionnels et restrictions modérées aux dépens de la part des restrictions d'activité sévères (ex : pour les soins personnels). Si toutes les tendances ne convergent pas, elles restent toutefois sur des taux d'évolution de faible ampleur ». (Robine et al., 2003).

Ces évolutions récentes semblent donc plutôt aller dans le sens d'une diminution tendancielle annuelle des taux de prévalence de 1 à 2 % par an dans les pays européens.

Cet ordre de grandeur est confirmé par un recensement des études menées aux États-Unis, indiquant pour les années 1990 et pour les personnes âgées un déclin régulier de la prévalence de l'incapacité, tous niveaux confondus, de 1,6 % à 0,9 % par an (Freedman et al., 2002¹⁹).

La cohorte *PAQUID*, réalisée par l'INSERM en Aquitaine portant sur 4000 personnes suivies pendant 10 ans, présente le double avantage d'un suivi longitudinal et d'un protocole d'enquête (visite de médecins)

¹⁹ Freedman VA, Crimmins E, Schoeni RF, Spillman BC, Aykan H, Kramarow E, Land K, Lubitz J, Manton K, Martin LG, Shinberg D, Waidman T. «Resolving inconsistencies in trends in old-age disability : report from a technical working group. », *Demography*, 2004, 41(3):417-441.

permettant une meilleure appréciation de la dépendance psychique (dont notamment la maladie d'Alzheimer). Toutefois, cette étude a une dimension régionale et ne concerne que les personnes à domicile et les auteurs notent qu'«une entrée en institution massive des sujets les plus dépendants [pourrait] faire diminuer la prévalence des sujets dépendants au domicile». Il ressort de cette étude, qu'entre deux générations espacées de 10 ans, on constate une baisse des taux de prévalence des incapacités (mobilité ou IADL de l'échelle de Lawton) de 8 % pour les hommes et de 25 % pour les femmes. Il s'agit donc d'ordres de grandeur compatibles avec les résultats du panel européen des ménages.

Les tendances observées dans les enquêtes les plus récentes conduisent donc à envisager une actualisation provisoire des scénarios de projections de personnes âgées dépendantes :

- qui écarte, pour l'instant, les hypothèses les plus optimistes d'une diminution de la durée de vie en dépendance (scénarios optimistes de l'INSEE et de la DREES) ;
- qui limite à une fourchette de 1 à 2 % la diminution annuelle des taux de prévalence.

La DREES et l'INSEE proposent donc d'utiliser deux hypothèses réactualisées dans le cadre des travaux de la présente mission : une hypothèse basse, qui correspond à la stabilité de la durée de vie passée en dépendance ; une hypothèse haute, qui postule une baisse modérée de 1 % par an des taux de prévalence de la dépendance à chaque âge, ce qui aboutit à une augmentation de la durée de vie passée en dépendance.

Durée de vie en dépendance	Taux de prévalence par âge	Scénario INSEE (2004)	Scénario DREES (2002)	Actualisation proposée (estimation du nombre de personnes de GIR 1 à 4)
<i>Diminue</i>	<i>Diminuent de 2 % par an</i>	<i>Optimiste</i>	<i>Optimiste</i>	<i>850.000 en 2020 hypothèse écartée</i>
Stable	Diminuent de 1,5 % par an	Central		954 000 en 2020 Hypothèse basse
Augmente	Diminuent de 1 % par an	Pessimiste	Pessimiste ²⁰	1 077 000 en 2020 Hypothèse haute

Le tableau ci-dessous présente les projections de personnes âgées dépendantes (en fonction du groupe GIR), selon les deux hypothèses d'évolution des taux de prévalence.

Tableau 2.3 - 1 : Nombre de personnes dépendantes - GIR 1 à 4 (en milliers)

		2005	2010	2015	2020	2025	2030
Personnes de 60 ans ou plus	hypothèse haute	863	921	1007	1077	1137	1232
	hypothèse basse	828	862	914	954	994	1037
dont personnes de 75 ans ou plus	hypothèse haute	682	741	808	855	920	1017
	hypothèse basse	657	691	732	757	805	855

Source : Insee Destinie, hypothèses Drees-Insee.

²⁰ Le scénario «pessimiste» de la DREES reposait sur un recul des taux de prévalence par âge au même rythme que l'espérance de vie. Après calcul selon la méthode de Sullivan, cela conduit, non pas à une stabilité de la durée de vie en dépendance, mais à une augmentation de celle-ci de 0,5 % par an. Ce scénario ne correspond donc pas au scénario central de l'INSEE, mais il se situe plus entre le central et le pessimiste.

Tableau 2.3 - 2 : Nombre de personnes dépendantes de plus de 75 ans GIR 1-2 / 3-4

	Version basse		Version haute	
	Gir 1 à 2	Gir 3 à 4	Gir 1 à 2	Gir 3 à 4
2010	300 000	391 000	324 000	418 000
2015	319 000	413 000	354 000	454 000
2025	351 000	454 000	409 000	511 000
2030	368 000	487 000	445 000	572 000

Source : estimations Insee, Destinie, hypothèses Drees-Insee

2.4 Se donner des projections de cadrage du nombre de places en établissement

D'après l'enquête EHPA 2003, les établissements pour personnes âgées offraient 671 000 places installées fin 2003. À la même date, y résidaient, au total environ 642 000 personnes, principalement dans les maisons de retraite (tableau 2.4 - 1). Le nombre de places en établissement occupées par des personnes âgées de 75 ans ou plus était de 536 700 dont 122 500 en logements foyers et 406 200 dans les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée (hors places en hébergement temporaire), ce qui correspond pour ces dernières à un taux d'équipement de 86 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Tableau 2.4 - 1 : Répartition des résidents d'établissements hébergeant des personnes âgées selon l'âge et la catégorie de l'établissement au 31 décembre 2003

	Moins de 60 ans	60 – 74 ans	75 ans ou plus	Ensemble
Logements foyers	2 410	24 000	122 480	148 890
Maisons de retraite	8 200	56 530	342 700	407 430
USLD	2 670	10 250	63 500	76 420
Hébergement temporaire *	110	1 150	8 000	9260
ensemble	13 390	91 930	536 680	642 000

* Cette catégorie comprend l'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou de nuit dans les résidences d'hébergement temporaire ou dans d'autres structures (maisons de retraite, etc.)

Source : données provisoires, EHPA 2003

Dans le cadre des travaux de la mission, la DREES a réalisé des projections du nombre de places en établissement à l'horizon de 2030, en se limitant aux établissements proposant un hébergement permanent²¹ et sans tenir compte des logements-foyers, plus proches d'une logique d'accueil à domicile et mal appréhendés par l'enquête HID. Ces projections ont été réalisées sur la base des projections démographiques de l'INSEE et de l'actualisation des projections de personnes âgées dépendantes, proposée en commun par la DREES et l'INSEE (cf. supra).

Pour établir ces scénarios et étudier les effets du vieillissement, le seuil de 75 ans a été retenu comme référence. En effet, la part des 75 ans et plus parmi les résidents en institution est de 84 %²², alors que seuls 1 % des personnes âgées de 60 à 74 ans sont hébergés en maisons de retraite ou en unités de soins de longue durée²³.

²¹ Le champ des établissements pour personnes âgées est restreint aux établissements qui proposent un hébergement permanent. Sont donc exclues les résidences d'hébergement temporaire.

²² Source EHPA 2003.

²³ Les données présentées sur les personnes âgées de 75 ans vivant à leur domicile et en établissement sont issues de l'enquête HID 1998 et 1999.

77 650 personnes de moins de 75 ans sont hébergées en maisons de retraite et en USLD. Ces places pourraient toutefois, dans l'avenir, être pour partie mobilisées pour l'accueil de personnes âgées de plus de 75 ans, si l'amélioration de l'état de santé des 60-74 ans leur permettait de retarder leur entrée en institution ou dans le cadre d'une politique active de maintien à domicile.

Par ailleurs, parmi les 148 890 places occupées en logements-foyers, 31 % le sont par des personnes dépendantes (GIR 1 à 4), soit 46 200 places ; 84 % des places en logements-foyers sont occupées par des personnes âgées de 75 ans ou plus, dont 28 % sont dépendantes, ce qui représente 35 000 places.

Ces places en logements-foyers n'ont pas été incluses, comme indiqué plus haut, dans le cadre des exercices de projections qui suivent, en raison de la méconnaissance de ce type d'hébergement à partir de l'enquête *HID* et donc de la difficulté à bâtir des scénarios à leur propos.

2.4.1 Les principaux déterminants de la résidence à domicile ou en établissement et la construction des scénarios

Parmi les facteurs qui contribuent à l'entrée en établissement des personnes âgées, deux peuvent être considérés comme prépondérants : le niveau de dépendance de la personne âgée et sa situation familiale. En effet, d'après l'enquête *EHPA* 2003, parmi les résidents en maisons de retraite et en unités de soins de longue durée, 81 % présentent une dépendance sévère ou modérée (GIR 1 à 4 de la grille *AGGIR*²⁴). La situation familiale des personnes âgées est également un facteur explicatif important de la résidence en établissement²⁵. En effet, la présence d'un environnement familial joue un rôle majeur dans le maintien à domicile des personnes âgées, la présence d'un conjoint permettant notamment, par l'aide qu'il apporte à la personne, d'éviter ou de retarder l'entrée en établissement de la personne âgée dépendante. Au contraire, l'absence de conjoint peut favoriser l'entrée en institution des personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non. Ainsi, au sein des établissements pour personnes âgées, la part des personnes âgées sans conjoint est élevée : 90% en moyenne. Cette proportion diffère peu selon le niveau de dépendance : 89 % pour les personnes âgées de 75 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4) et 91 % pour celles qui sont non dépendantes (GIR 5 et 6).

L'approche adoptée dans ces projections est de considérer un large éventail de scénarios possibles quant au mode de résidence principal qu'adopteront les personnes âgées dans l'avenir, en fonction des politiques mises en œuvre. La mission a procédé à une sélection des scénarios, exposée en 2.6.

Ne sont envisagés ici, par souci de clarté et compte tenu des limites des statistiques disponibles, que les modes de résidence principaux, au domicile ou en établissement, sachant que des formules intermédiaires ou transitoires sont en même temps souhaitables et possibles et sont à envisager de façon plus qualitative.

Deux scénarios envisagent une politique axée sur le maintien à domicile des personnes âgées. Ces deux scénarios supposent que, pour l'ensemble des personnes âgées (ou pour une partie d'entre elles), les politiques mises en œuvre permettent d'assurer à ces personnes une aide équivalente à celle dont disposent actuellement les personnes âgées vivant en couple. L'hypothèse est donc que, à l'horizon 2030, les taux de vie en établissement des personnes âgées se rapprochent, à niveaux de dépendance donnés, de ceux observés aujourd'hui pour les personnes âgées qui ont un conjoint [encadré 2.4 - 1].

À l'inverse et pour élargir le champ des possibles, deux scénarios reposant sur une tendance accrue à la résidence en établissement des personnes âgées dépendantes sont envisagés, consistant à faire tendre le taux de résidence en établissement de l'ensemble des personnes âgées dépendantes (ou d'une partie d'entre elles) vers celui que connaissent actuellement les personnes âgées dépendantes isolées [encadré 2.4 - 1].

²⁴ Dans l'enquête *HID*, le GIR des personnes a été reconstitué à partir des questions sur leurs incapacités.

²⁵ A. Désesquelles et N. Brouard, « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile et en institution », *Population*, 58(2), 2003, page 201-228.

Ces quatre scénarios sont comparés à un premier scénario de référence, qui suppose la stabilité des taux de résidence à domicile et en établissement, à niveaux de dépendance donnés.

Les évolutions, calculées ainsi à partir des hypothèses sur les projections de personnes âgées dépendantes (de 75 ans ou plus) et les scénarios de taux de résidence à domicile ou en établissement, sont ensuite appliquées au nombre de places en USLD et en maisons de retraites existant en 2004, sans préjuger de l'adéquation de ce nombre de places aux besoins actuels.

Encadré 2.4 - 1 : Méthodologie

À partir des enquêtes *HID* 1998 (en institution) et *HID* 1999 (à domicile), la part des personnes âgées de 75 ans ou plus en établissement a été estimée et déclinée selon le niveau de dépendance et le statut matrimonial.

	Niveau de dépendance							
	Personnes très dépendantes (gir 1 et 2)		Personnes moyennement dépendantes (gir 3 et 4)		Personnes dépendantes (gir 1 à 4)		Personnes non dépendantes (gir 5 et 6)	
	Taux (1)	Rapport(2)	Taux (1)	Rapport(2)	Taux (1)	Rapport(2)	Taux (1)	Rapport(2)
Non marié	67.1%	$67.1/59.8=1.12$	32.4%	$32.4/24.2=1.34$	48,6	$48,6/39,8=1,22$	7,3	$7,3/4,5=1,62$
Tous statuts	59.8%	1	24.2%	1	39,8	1	4,5	1
Marié	31.7%	$31.7/59.8=0.53$	5.7%	$5.7/24.2=0.24$	14,6	$14,6/39,8=0,37$	0,7	$0,7/4.5=0,16$

(1) : taux de résidence en EHPA

(2) : rapport du taux selon le statut matrimonial aux taux « tous statuts »

Source : *HID* 1998-1999, calculs Drees.

Les proportions figurant ci-dessus confirment le constat que les personnes âgées isolées sont plus souvent en institution que les personnes âgées mariées et ce à chaque niveau de dépendance.

Les différents scénarios présentés ici prennent en compte les évolutions des personnes âgées dépendantes et des personnes âgées non dépendantes et font des hypothèses sur leur plus ou moins grande prise en charge en établissement.

Les scénarios qui privilégient une politique de maintien à domicile des personnes âgées sous-tendent qu'à terme le comportement des personnes isolées se rapprochera de celui des personnes mariées, dans l'hypothèse où la politique de maintien à domicile mise en œuvre permettrait à l'ensemble des personnes isolées (non dépendantes ou moyennement dépendantes) de bénéficier d'une aide équivalente à celle dont bénéficient aujourd'hui les personnes âgées mariées. Est utilisé, pour projeter le nombre de places dans les établissements pour personnes âgées à l'horizon 2030, le rapport entre le taux de résidence en établissement des personnes mariées et celui de l'ensemble des personnes âgées observé actuellement. L'écart entre le nombre de places à créer d'ici 2030 et celui en 2004 est ensuite réparti linéairement de telle sorte que la création ou la diminution de places se fasse de façon régulière, de 2005 jusqu'en 2030.

Au contraire, les scénarios qui retracent les effets d'une résidence en établissement plus fréquente des personnes âgées dépendantes utilisent, pour projeter le nombre de places à l'horizon 2030, le rapport des taux observé actuellement entre les personnes isolées et l'ensemble des personnes âgées dépendantes. L'hypothèse qui sous-tend cette méthode est que l'ensemble des personnes âgées dépendantes auraient en 2030, dans ce scénario extrême, des comportements d'entrée en institution identiques à ceux observés actuellement pour les personnes âgées dépendantes isolées.

2.4.2 Les projections de places à l'horizon 2030

2.4.2.1 Un premier scénario de référence sur l'évolution des places en institution parallèle aux évolutions du nombre de personnes dépendantes âgées de 75 ans ou plus

Ce **premier scénario** est fondé sur l'hypothèse que le nombre de places évolue de manière parallèle à la population des personnes âgées de 75 ans ou plus dépendantes d'une part, et non dépendantes d'autre part, ce qui correspond à une hypothèse de taux de résidence à domicile ou en établissement constant pour ces deux catégories. Ce scénario évalue donc l'impact du vieillissement sur le nombre de places à créer dans l'hypothèse implicite que les besoins potentiels sont proportionnels à l'effectif des personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus²⁶. Dans ce scénario, le nombre de places en institution passerait de 406 200 en 2004 à 573 000 en 2030 si nous prenons en compte l'hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes et de 406 200 à 639 000 selon l'hypothèse haute (tableau 2.4 - 2).

La part des personnes âgées dépendantes parmi les résidents en établissement diminuerait dans les deux cas : de 82 % à 77 % dans l'hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes et de 82 % à 80 % dans l'hypothèse haute²⁷. Ces diminutions résultent du fait que la population des personnes âgées non dépendantes augmente dans les projections beaucoup plus rapidement que celle des personnes âgées dépendantes, et que les taux de résidence à domicile et en établissement sont, dans ce scénario, maintenus constants pour chacune de ces catégories de personnes. Ce scénario aboutit à une augmentation du nombre de places en établissements de 168 800 dans l'hypothèse basse et de 232 800 dans l'hypothèse haute des projections de personnes âgées dépendantes. Le taux d'équipement passerait donc de 86 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus à 68 pour 1000 avec l'hypothèse basse et à 76 pour 1000 avec l'hypothèse haute. Cette diminution du taux d'équipement et celle de la part des résidents dépendants résultent de la moindre augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans la population des 75 ans ou plus.

2.4.2.2 Des scénarios qui privilégient le maintien à domicile : scénarios 2 et 3

Deux scénarios ont été conçus pour envisager les effets d'une politique prioritairement orientée vers le maintien à domicile des personnes âgées.

Le **scénario 2** est fondé sur l'hypothèse que les actions de maintien à domicile s'adressent à l'ensemble des personnes âgées qu'elles soient ou non dépendantes. Le **scénario 3** limite, quant à lui, le champ de cette politique de maintien à domicile aux personnes âgées non dépendantes (GIR 5-6) ou moyennement dépendantes (GIR 3-4) et considère que la prise en charge des plus lourdement dépendants (GIR 1 et 2) reste identique à celle qui existe actuellement.

Le **scénario 2** est donc construit sur l'hypothèse que toutes les personnes âgées bénéficient d'une aide équivalente à l'aide que reçoivent de leur conjoint les personnes âgées en couple et donc que l'écart existant entre les personnes en couple et les personnes isolées par rapport à l'entrée en établissement et au maintien au domicile est rattrapé à l'horizon 2030. Ce rattrapage à l'horizon 2030 tient compte des différences observées entre personnes âgées dépendantes et non dépendantes. Ainsi, l'écart entre les personnes âgées mariées et l'ensemble des personnes âgées n'est pas le même actuellement selon

²⁶ Dans ces projections, le nombre de places supplémentaires a été réparti entre 2004 et 2030 de façon linéaire considérant que les créations des places supplémentaires se feraient de façon régulière, et ceci sans épouser le profil exact d'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes. On peut cependant vérifier que la prise en compte fine de ces évolutions de personnes âgées dépendantes ne modifierait pas sensiblement les résultats obtenus. Ainsi, si on collait au plus près des évolutions démographiques, le résultat à l'horizon 2030 ne serait évidemment pas affecté, mais le rythme des créations s'en trouverait légèrement modifié. L'effort de création de places ne se ferait pas aussi vite : en 2010, le nombre de places seraient de 440 000 au lieu de 445 000, en 2015, de 466 000 au lieu de 477 000 et en 2025, de 527 000 au lieu de 540 000. Le rattrapage se ferait donc après 2025.

²⁷ Ce scénario a été également décliné en contrôlant, outre le niveau de dépendance, le statut conjugal. Ceci ne conduit pas à un nombre de places très différent. En effet, le nombre de places à l'horizon de 2030 serait de 576 000 dans l'hypothèse basse des projections de l'INSEE, contre 573 000. En effet, les évolutions concernant la présence ou non d'un conjoint sont marginales à cet horizon.

qu'elles sont ou non dépendantes : dans le premier cas, le rapport des taux de résidence en établissement est de 0,37, dans le second cas, de 0,16.

C'est dans ce scénario 2 que le nombre de personnes âgées en établissement à l'horizon 2030 serait le plus faible : 182 000 pour l'hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes et 206 000 pour l'hypothèse haute. La part de personnes âgées dépendantes en établissement atteindrait environ 89 % en 2030 dans le premier cas et 90 % dans le second.

Entre 2004 et 2030, ce scénario se traduirait par une diminution de 224 200 du nombre de places en établissement pour l'hypothèse basse et de 200 200 pour l'hypothèse haute. Le taux d'équipement en 2030 serait donc de 22 ou de 25 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Dans le **scénario 3**, la politique de maintien à domicile accru serait concentrée sur les personnes non dépendantes (GIR 5 et 6) et sur les personnes moyennement dépendantes (GIR 3 et 4). À l'identique du scénario 2, le scénario 3, est construit sur l'hypothèse que ces personnes bénéficient d'une aide équivalente à celle que reçoivent de leur conjoint les personnes âgées en couple, et donc que l'écart qui existe entre les personnes en couple et les personnes isolées par rapport à l'entrée en établissement et au maintien au domicile est rattrapé à l'horizon 2030. Pour les personnes non dépendantes, le rapport entre le taux de résidence en établissement des personnes mariées et le taux moyen est de 0,16 ; il est de 0,24 pour les personnes moyennement dépendantes. Dans ce scénario, le nombre de places occupées par les personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 et 2) évolue selon les projections réalisées précédemment dans le scénario 1.

Le scénario 3 conduit à un nombre de places en établissement, à l'horizon 2030, de 325 000 pour l'hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes et de 376 000 pour l'hypothèse haute. La part des personnes âgées dépendantes parmi les résidents augmenterait de 82 % à 94 % dans le premier cas et de 82 % à 95 % dans le second.

Entre 2004 et 2030, ce scénario conduirait à une diminution de places dans les établissements pour personnes âgées de 81 200 pour l'hypothèse basse et de 30 200 pour l'hypothèse haute des projections de personnes âgées dépendantes. Le taux d'équipement en 2030 serait donc de 39 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus dans le premier cas et de 45 places dans le second.

2.4.2.3 Deux scénarios envisageant une résidence plus fréquente en établissement des personnes âgées dépendantes ou très dépendantes : scénarios 4 et 5

Les **scénarios 4 et 5** s'inscrivent dans des hypothèses d'une résidence plus fréquente en établissement des personnes âgées de 75 ans ou plus, en se limitant aux personnes âgées dépendantes. Le scénario 4 englobe à cet égard l'ensemble des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) alors que le scénario 5 se limite aux personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 et 2).

Ces scénarios de résidence plus fréquente en établissement pourraient refléter les difficultés croissantes que sont susceptibles de connaître les personnes âgées dépendantes pour mobiliser l'aide de leur conjoint ou de leur famille. La méthode retenue consiste donc à faire tendre les taux de résidence en établissement des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4 ou GIR 1 et 2) vers ceux que connaissent actuellement les personnes isolées.

Le **scénario 4** se fonde sur l'hypothèse que toutes les personnes âgées dépendantes auront, dans un scénario extrême, à l'horizon 2030, les mêmes comportements que les personnes isolées dépendantes par rapport à l'entrée en institution, ce qui se traduit par un rattrapage à l'horizon 2030 de l'écart qui existe entre les personnes en couple et les personnes isolées (le rapport des taux de résidence en établissement entre les personnes âgées dépendantes non mariées et l'ensemble des personnes âgées dépendantes est de 1,22). Pour les personnes âgées non dépendantes, le nombre de places en EHPA qui leur sont destinées évolue selon les projections réalisées précédemment dans le scénario 1. Ce scénario conduit à un nombre de places, à l'horizon 2030, de 671 000 dans l'hypothèse basse des projections de population dépendante et de 751 000 dans l'hypothèse haute. La part des personnes âgées dépendantes parmi les résidents reste approximativement stable, elle atteint 80 % dans le premier cas et se maintient à 83 % dans le second.

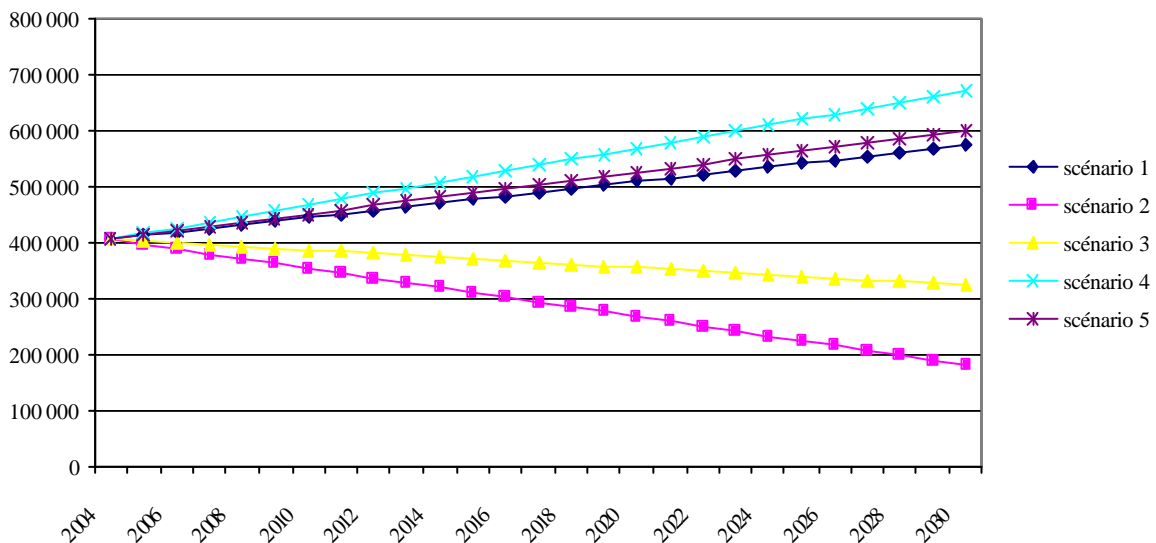
Entre 2004 et 2030, ce scénario se traduirait par une augmentation du nombre de places en EHPA de 268 400 pour l'hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes et de 344 800 pour l'hypothèse haute. Le taux d'équipement en 2030 serait donc de 80 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus dans le premier cas et de 90 places dans le second.

Le **scénario 5** se fonde sur l'hypothèse que seules les personnes âgées très dépendantes (GIR 1 et 2) seraient susceptibles d'avoir, à l'horizon 2030, les mêmes comportements que les personnes isolées très dépendantes par rapport à l'entrée en institution. Le rapport des taux de résidence en établissement des personnes âgées très dépendantes non mariées et celui de l'ensemble des personnes âgées très dépendantes est aujourd'hui de 1,12 point. Pour les personnes âgées non dépendantes (GIR 5 et 6) et les personnes âgées moyennement dépendantes (GIR 3 et 4), le nombre de places évoluerait selon les projections réalisées précédemment dans le scénario 1. Ce scénario conduit, à l'horizon 2030, à un nombre de places de 601 000 pour l'hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes et de 675 000 pour l'hypothèse haute. La part des personnes âgées dépendantes parmi les résidents évoluerait peu, passant à 78 % dans l'hypothèse basse à 83 % dans l'hypothèse haute. Cette différence est surtout liée au fait que le nombre de personnes âgées dépendantes augmente beaucoup plus dans l'hypothèse haute que dans l'hypothèse basse.

Entre 2004 et 2030, ce scénario se traduirait par une augmentation du nombre de places de 194 800 pour l'hypothèse basse et de 268 800 pour l'hypothèse haute des projections de personnes âgées dépendantes. Le taux d'équipement correspondant en 2030 serait donc de 72 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus dans le premier cas et de 78 places dans le second.

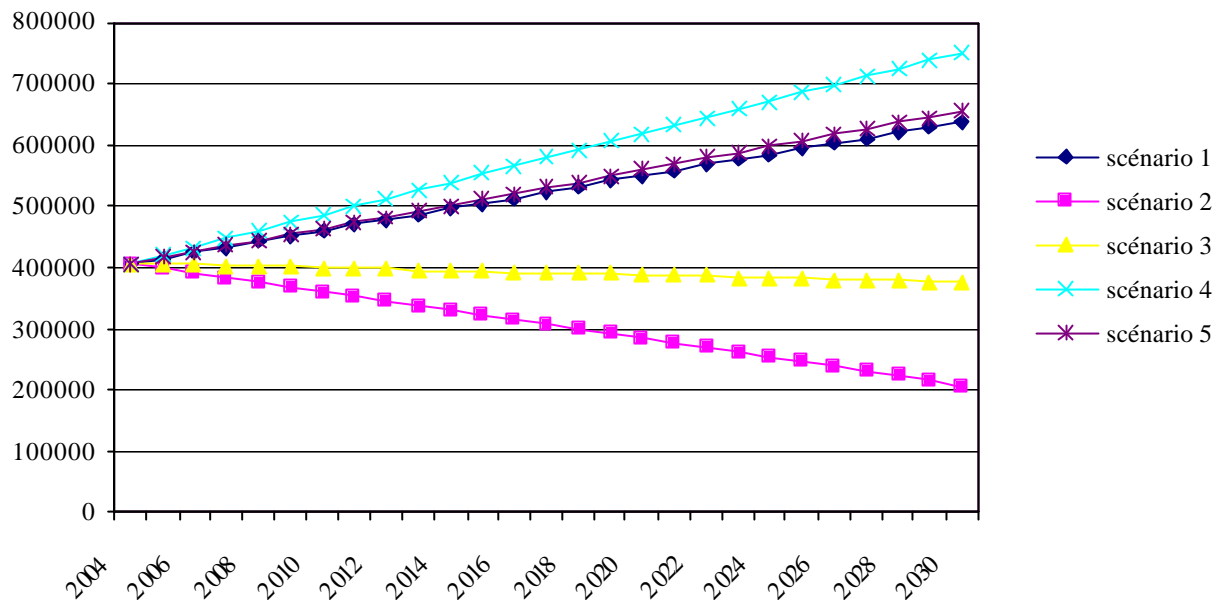
Ces différents scénarios fournissent donc un éventail volontairement large de projections du nombre de places en établissement pour personnes âgées à l'horizon 2030, qui a le mérite de cerner la portée des différentes politiques de prise en charge envisageables et de permettre l'expression des choix qui apparaissent les plus souhaitables. En effet, la fourchette entre la projection la plus basse des scénarios de maintien à domicile (scénario 2) et la projection la plus haute des scénarios d'hébergement privilégié en établissement (scénario 4) s'établit à plus de 1 à 4. Toutefois, en écartant les deux scénarios extrêmes, la fourchette entre le scénario 3 de maintien à domicile et le scénario 5 d'hébergement accru en établissement est de 1 à 2 (graphiques 2.4 - 1 et 2.4 - 2).

Graphique 2.4 - 1 : Évolution du nombre de places en établissement pour personnes âgées selon les cinq scénarios - Hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes



Sources : EHPA, Drees - Projections de population, Insee - Projections de personnes âgées dépendantes, Drees-Insee

Graphique 2.4 - 2 : Évolution du nombre de places en établissement pour personnes âgées selon les cinq scénarios - Hypothèse haute des projections de personnes âgées dépendantes



Sources : EHPA, Drees - Projections de population, Insee - Projections de personnes âgées dépendantes, Drees-Insee

Tableau 2.4 - 2 : Nombre de places en établissements selon les différents scénarios et les deux hypothèses des projections de personnes dépendantes de la Drees et de l'Insee (en milliers)

		Hypothèse basse des projections de personnes âgées - Drees-Insee				Hypothèse haute des projections de personnes âgées - Drees-Insee			
		2010	2015	2025	2030	2010	2015	2025	2030
Scénario 1 Taux de résidence à domicile et en établissement constants	Personnes dépendantes (gir 1 à 4)	358	379	420	440	374	407	474	508
	Personnes non dépendantes (gir 5 et 6)	87	98	120	133	86	97	120	131
	Nombre total de places	445	477	540	573	460	504	594	639
	Évolution par rapport au nombre de places en 2004	+10%	+17%	+33%	+41%	+13%	+24%	+46%	+57%
Scénario 2 Maintien à domicile accru de toutes les personnes âgées	Personnes dépendantes (gir 1 à 4)	294	261	195	161	300	271	215	186
	Personnes non dépendantes (gir 5 et 6)	61	51	31	21	61	51	30	20
	Nombre total de places	355	312	226	182	361	322	245	206
	Évolution par rapport au nombre de places en 2004	-13%	-23%	-44%	-55%	-11%	-21%	-40%	-49%
Scénario 3 Maintien à domicile accru des personnes âgées à l'exception des plus dépendantes	Personnes très dépendantes (gir 1 et 2)	219	230	252	263	229	249	289	309
	Personnes moyennement dépendantes (gir 3 et 4)	108	91	57	41	109	94	62	46
	Personnes non dépendantes (gir 5 et 6)	61	51	31	21	61	50	30	21
	Nombre total de places	388	372	340	325	399	393	381	376
	Évolution par rapport au nombre de places en 2004	-5%	-8%	-16%	-20%	-2%	-3%	-6%	-7%
Scénario 4 Résidence accrue en établissement des personnes âgées dépendantes	Personnes dépendantes (gir 1 à 4)	380	420	499	538	400	455	565	620
	Personnes non dépendantes (gir 5 et 6)	87	98	120	133	86	97	120	131
	Nombre total de places	467	518	619	671	486	552	684	751
	Évolution par rapport au nombre de places en 2004	+15%	+28%	+55%	+65%	+20%	+36%	+69%	+85%
Scénario 5 Résidence accrue en établissement des personnes âgées très dépendantes	Personnes très dépendantes (gir 1 et 2)	226	243	278	295	238	265	320	348
	Personnes moyennement dépendantes (gir 3 et 4)	139	147	165	173	144	157	183	196
	Personnes non dépendantes (gir 5 et 6)	87	98	120	133	86	97	120	131
	Nombre total de places	453	488	563	601	468	519	623	675
	Évolution par rapport au nombre de places en 2004	+12%	+20%	+39%	+50%	+14%	+25%	+53%	+66%

Source : estimations Drees, hypothèses de projections Insee-Drees-Insee et EHPA 2003.

2.4.3 Quels seraient les impacts de ces différents scénarios en termes de personnels ?

Ces différents scénarios sont bien sûr susceptibles d'induire des besoins différents en personnels, en établissement comme à domicile. Pour tenter de les apprécier, à titre purement indicatif et à conditions de prise en charge identiques à celles d'aujourd'hui, quelques hypothèses peuvent être envisagées. **Elles se fondent à titre de référence, et pour éclairer le débat, sur les modes de prise en charge et les taux d'encadrement observés aujourd'hui. Ceci conduit à une estimation de l'impact « automatique » des scénarios de maintien à domicile ou de résidence plus fréquente en établissement précédemment envisagés sans prise en compte des changements quantitatifs et qualitatifs qui pourraient s'avérer possibles, nécessaires ou souhaitables dans les modes de prise en charge des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en établissement.** Il est donc clair que les résultats ainsi obtenus méritent à ce titre d'être enrichis et débattus. Ces questions seront reprises dans les deuxième et troisième volets de la commande ministérielle.

2.4.3.1 Les personnels en établissement

Selon l'enquête *EHPA 2003*, le taux d'encadrement dans les établissements pour personnes âgées, qui est le rapport entre l'effectif des personnels et celui des résidents, est en moyenne de 45 pour 100 places (en ETP). Le taux d'encadrement atteint 57 personnels pour 100 places (en ETP) quand il s'agit d'établissements médicalisés ayant signé une convention tripartite.

Pour estimer les effectifs associés aux différents scénarios de projection, ces taux d'encadrement ont été appliqués sur la base de trois variantes :

Variante 1 : le taux d'encadrement moyen a été appliqué aux projections du nombre total de places en établissement obtenu dans les scénarios précédents ;

Variante 2 : le taux d'encadrement moyen a été appliqué au nombre de places destinées aux personnes âgées non dépendantes et le taux d'encadrement des établissements médicalisés au nombre de places destinées aux personnes âgées dépendantes ;

Variante 3 : le taux d'encadrement des établissements médicalisés a été appliqué aux projections du nombre total de places en établissement, qu'il s'agisse de personnes âgées dépendantes ou non.

La variante 1 peut être considérée comme la variante de référence, dans la mesure où elle correspond à la situation actuelle (*EHPA 2003*), mais elle correspond à une estimation basse, dans la mesure où les conventions tripartites sont en cours de montée en charge. *A contrario* la variante 3 correspond à une estimation haute et la variante 2 à une estimation intermédiaire des deux précédentes.

La référence pour 2004, par rapport à laquelle est estimée l'évolution, est de 185.000 personnes employées en équivalent temps plein (45 ETP pour 100 places, sur la base de 406.200 places).

Tableau 2.4 - 3 : Nombre de personnels en établissement en ETP à l'horizon 2030 selon les différents scénarios et variantes

	Hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes Drees INSEE		Hypothèse haute des projections de personnes âgées dépendantes Drees INSEE	
		Evol. / 2004		Evol. / 2004
Scénario 1 : Taux de résidence à domicile et en établissement constants				
Variante 1	258 000	+41%	288 000	+56%
Variante 2	311 000	+68%	348 000	+88%
Variante 3	327 000	+78%	364 000	+97%
Scénario 2 : Maintien à domicile accru de toutes les personnes âgées				
Variante 1	82 000	-56%	93 000	-50%
Variante 2	101 000	-45%	115 000	-38%
Variante 3	104 000	-43%	118 000	-36%
Scénario 3 : Maintien à domicile accru des personnes âgées modérément ou non dépendantes (gir 3 à 6)				
Variante 1	146 000	-21%	169 000	-9%
Variante 2	183 000	0%	212 000	+15%
Variante 3	187 000	+1%	214 000	+16%
Scénario 4 : Résidence accrue en établissement des personnes âgées dépendantes (gir 1 à 4)				
Variante 1	302 000	+63%	338 000	+83%
Variante 2	367 000	+98%	413 000	+123%
Variante 3	383 000	+108%	428 000	+131%
Scénario 5 : Résidence accrue en établissement des personnes âgées très dépendantes (gir 1 et 2)				
Variante 1	270 000	+46%	304 000	+66%
Variante 2	327 000	+77%	369 000	+102%
Variante 3	343 000	+85%	385 000	+111%

Source : estimations Drees, hypothèses de projections Insee-Drees-Insee et EHPA 2003.

Les effectifs en équivalent temps plein ainsi projetés conduisent logiquement aux mêmes écarts que pour les projections de places. [Les effectifs aux différentes échéances sont présentés dans le tableau 2.4 - 5]. La fourchette entre la projection la plus basse des scénarios de maintien à domicile (scénario 2) et la projection la plus haute des scénarios d'hébergement privilégié en établissement (scénario 4) s'établit à plus de 1 à 4 quelle que soit la variante. Toutefois, en écartant ces deux scénarios, la fourchette entre le scénario 3 de maintien à domicile et le scénario 5 d'hébergement plus fréquent en établissement est de 1 à 2.

Dans le scénario 4 qui envisage une résidence plus fréquente en établissement des personnes âgées dépendantes, les effectifs projetés à l'horizon 2030 seraient de 302 000 ETP selon la variante 1 et l'hypothèse basse des projections, soit +63% par rapport à 2004. La variante 2 aboutit à 65 000 de plus (367 000) et la variante 3 à 81 000 de plus (383 000). Toujours dans ce scénario, la variante 1 combinée à l'hypothèse haute des projections aboutit à des effectifs de personnels à l'horizon 2030 de 338 000 ETP, la variante 2 à 75 000 de plus (413 000) et la variante 3 à 90 000 de plus (428 000).

Dans le scénario 5 qui concentre ce recours accru à l'hébergement en établissement sur les personnes âgées très dépendantes, les effectifs projetés à l'horizon 2030 seraient de 270 000 selon la variante 1 avec l'hypothèse basse des projections, soit +46% par rapport à 2004. La variante 2 aboutit à 57 000 de plus (327 000) et la variante 3 à 73 000 de plus (343 000). Toujours dans ce scénario, la variante 1 combinée à l'hypothèse haute des projections aboutit à des projections de personnels à l'horizon 2030 de 304 000 ETP, la variante 2 à 65 000 de plus (369 000) et la variante 3 à 81 000 de plus (385 000).

2.4.3.2 Les personnels d'aide à domicile

Pour permettre d'envisager la diminution des taux d'entrée en établissement évoquée par les scénarios 2 et 3, les personnes âgées dépendantes doivent pouvoir bénéficier, dans le cadre des politiques privilégiant le maintien à domicile, d'une aide pour les tâches de la vie quotidienne. Quand elles présentent une dépendance, cette aide peut porter sur les actes de la vie essentielle (toilette, habillage, aide à se déplacer, se nourrir,...) et les tâches de la vie quotidienne (courses, cuisine, ménage,...). Quand elles ne présentent pas de dépendance, cette aide se réduit aux tâches de la vie quotidienne mais aussi à un temps de présence, essentiel pour éviter aux personnes isolées l'entrée en établissement.

À titre indicatif et pour apprécier les conséquences des différents scénarios de prise en charge envisagés, un nombre d'aides à domicile a été estimé, associé à ces différents scénarios à partir des données disponibles actuellement portant sur les plans d'aide de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Une variante haute est également envisagée, afin d'évaluer les besoins en personnel d'aide à domicile dans les cas où une aide familiale (informelle) ne peut être mobilisée.

➤ *Les paramètres de la variante de référence s'appuyant sur l'APA*

Le nombre moyen d'heures d'aide dont bénéficient les personnes âgées bénéficiaires de l'APA est de 62 heures mensuelles²⁸ pour les personnes âgées très dépendantes (GIR 1 et 2) et de 34 heures mensuelles pour les personnes âgées moyennement dépendantes (GIR 3 et 4). En appliquant ces nombres d'heures au nombre de personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile en 2030, on obtient un volume d'aide équivalent à celui permis par les modes de prise en charge actuels reconnus dans le cadre institutionnel de l'APA. Ce volume d'aide permet d'apprécier les écarts « automatiques » de besoins en personnel liés aux différents scénarios de maintien à domicile.

Ces volumes d'heures ont ensuite été convertis en ETP, sur la base d'une référence de 35 heures de travail hebdomadaire, sans préjuger du statut sur lequel ces emplois d'aides à domicile donneront lieu à recrutement.

Les nombres d'heures utilisées (62 et 34 heures mensuelles) pour projeter les personnels nécessaires pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes constituent probablement une fourchette basse. En effet, d'une part, il existe des différences de volume d'aide selon le niveau de dépendance : les personnes les plus dépendantes (GIR 1) reçoivent en moyenne une aide mensuelle de 73 heures à travers les plans d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). D'autre part, actuellement l'aide d'un conjoint ou d'un proche vient le plus souvent en complément de l'aide professionnelle permettant ainsi le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

➤ *Les paramètres de la variante haute*

Une variante haute a donc été envisagée pour tenir compte des besoins d'aide amenés à compenser l'aide familiale pour ceux qui n'en bénéficient pas. En effet, selon certaines études, le besoin hebdomadaire serait de 37,5 heures²⁹, soit 150 heures mensuelles, pour les personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4), ce qui *a contrario* montre l'importance de l'aide de l'entourage actuellement. Cette estimation, normative, n'est par ailleurs pas très éloignée de ce que déclarent les personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'enquête sur l'APA (elles déclarent recevoir 153 heures mensuelles d'aide provenant uniquement de leur entourage³⁰).

Dans le cadre de cette variante haute, ce nombre de 150 heures mensuelles a été appliqué au nombre de personnes âgées très et moyennement dépendantes isolées vivant à leur domicile en 2030, considérant qu'une aide professionnelle devrait, pour permettre leur maintien effectif à domicile, compenser l'absence d'aide provenant d'un proche. En ce qui concerne les personnes âgées ayant un conjoint, le nombre moyen de 62 heures d'aide mensuelles a été conservé pour les personnes très dépendantes (GIR

²⁸ C. Mette (2004), « L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide », *Études et résultats*, n°293, février.

²⁹ A. Paraponaris, (2004), « État du financement de la prise en charge à domicile en France », SFES – Conférence de consensus 2004

³⁰ Source : enquête Drees sur les bénéficiaires de l'APA à domicile (2003)

1 et 2), et le nombre de 34 heures pour les moyennement dépendantes (GIR 3 et 4), en référence au nombre d'heures observé à travers les plans d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Tableau 2.4 - 4 : Nombre de personnels d'aide à domicile en équivalent temps plein (ETP) à l'horizon 2030

	Hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes	Hypothèse haute des projections de personnes âgées dépendantes
Scénario 1 : Taux de résidence à domicile et en établissement constants		
Variante de référence	137 000	168 000
Variante haute	346 000	420 000
Scénario 2 : Maintien à domicile accru des personnes âgées		
Variante de référence	228 000	275 000
Variante haute	645 000	685 000
Scénario 3 : Maintien à domicile accru des personnes âgées modérément ou non dépendantes (gir 3 à 6)		
Variante de référence	181 000	200 000
Variante haute	492 000	534 000
Scénario 4 : Résidence accrue en établissement des personnes âgées dépendantes (gir 1 à 4)		
Variante de référence	104 000	131 000
Variante haute	241 000	327 000
Scénario 5 : Résidence accrue en établissement des personnes âgées très dépendantes (gir 1 et 2)		
Variante de référence	128 000	156 000
Variante haute	316 000	391 000

Source : estimations Drees, hypothèses de projections Insee-Drees-Insee.

[Les effectifs estimés aux différentes échéances sont présentés dans le tableau 2.4 - 6]

Dans la variante dite de référence, les écarts entre les projections d'aides à domicile sont de moindre ampleur que ceux qui prévalaient dans les projections de places. La fourchette entre les deux scénarios extrêmes (scénario 2 et scénario 4) s'établit de 1 à 2,2. En écartant ces deux scénarios, la fourchette entre le scénario 3 de maintien accru à domicile et le scénario 5 d'hébergement renforcé est de 1 à 1,4.

Toujours dans cette variante de référence, pour les scénarios 2 et 3 qui privilégient le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, le nombre de personnels à domicile (dans des conditions où toutes les personnes âgées dépendantes recevraient ce type d'aide) devrait atteindre, respectivement, 228 000 et 181 000 ETP dans l'hypothèse basse des projections de population dépendante, et 275 000 et 200 000 dans l'hypothèse haute.

Dans la variante haute, la fourchette entre les deux scénarios extrêmes (scénario 2 et scénario 4) s'établit de 1 à 2,7. En écartant ces deux scénarios, la fourchette entre le scénario 3 de maintien accru à domicile et le scénario 5 d'hébergement renforcé est de 1 à 1,6 (tableau 4).

Dans cette variante haute, pour les scénarios 2 et 3 qui privilégient le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, les projections de personnels à domicile (dans des conditions où toutes les personnes âgées dépendantes recevraient ce type d'aide) seraient de, respectivement, 645 000 et 492 000 ETP dans l'hypothèse basse des projections de population âgée dépendante, et de 685 000 et 534 000 dans l'hypothèse haute.

À titre indicatif, ces effectifs projetés d'aides à domicile peuvent être comparés à une « situation 2004 », définie comme le nombre d'aides à domicile (en ETP) employés dans le cadre de l'APA : ce nombre est calculé en appliquant les durées moyennes (62 et 34 heures mensuelles respectivement pour les GIR 1-2 et les GIR 3-4) au nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2004 (118 000 bénéficiaires de l'APA en GIR 1-2, 392 000 en GIR 3-4), soit un ordre de grandeur de 95 000 aides à domicile en ETP pour les personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus. Cette estimation ne saurait être considérée comme un chiffrage de l'ensemble de l'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes, dans la mesure où d'autres types de personnels que ceux financés par l'APA peuvent aussi contribuer à l'aide quotidienne des personnes âgées dépendantes, notamment via les aides fiscales et les exonérations sociales à l'emploi de personnes à domicile.

Enfin, dans le cadre des politiques de maintien à domicile, il existe un besoin de places d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour. Ces éléments ne peuvent être correctement évalués à partir des données actuellement disponibles. On peut simplement rappeler que fin 2003, on dénombre environ 10 000 places en hébergement temporaire dans les maisons de retraite et les USLD.

Par ailleurs, outre les métiers de l'aide à domicile, les personnes âgées ont recours à des professionnels du secteur sanitaire³¹ (notamment infirmiers, aides soignants...) et les besoins de ce type devraient également être expertisés et déclinés selon les scénarios envisagés. Ainsi au cours d'une semaine de référence, un peu moins de 70 000 personnes étaient prises en charge par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dont près de sept sur dix avaient plus de 80 ans. 85 % des interventions effectuées consistent en des soins de nursing (toilettes, shampooings, pédiluves), d'aide aux transferts, d'aide à l'alimentation ou de surveillance de l'hydratation, d'aide aux changes pour les incontinents ou de surveillance de l'élimination et de soins dermatologiques. L'étude de la DREES sur les SSIAD³² a recensé environ 20 000 soignants (aides-soignants et infirmiers) intervenant dans ce cadre en 2002, soit un peu moins de 3 soignants pour 1000 personnes de 70 ans ou plus (chiffre auquel il faut ajouter 2,7 infirmiers libéraux pour 1000 personnes de 70 ans ou plus). Ces effectifs sont cependant trop limités pour servir de base à une projection à l'horizon 2030.

³¹ N. Dutheil (2001), « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Etudes et Résultats*, Drees, n°142, novembre

³² S. Bressé (2004), « Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins aux personnes âgées en 2002 », *Etudes et Résultats*, Drees, n°350.

Tableau 2.4 - 5 : Nombre de personnels en établissement en ETP les différents scénarios et variantes (en milliers)

		Hypothèse basse des projections de personnes âgées - Drees-Insee				Hypothèse haute des projections de personnes âgées - Drees-Insee			
		2010	2015	2025	2030	2010	2015	2025	2030
Scénario 1 Taux de résidence à domicile et en établissement constants	<i>Variante 1</i>	200	215	245	258	207	227	267	288
	<i>Variante 2</i>	243	260	293	311	252	276	324	348
	<i>Variante 3</i>	254	272	308	327	262	288	339	364
Scénario 2 Maintien à domicile accru de toutes les personnes âgées	<i>Variante 1</i>	160	140	102	82	162	145	110	93
	<i>Variante 2</i>	195	172	125	101	199	177	136	115
	<i>Variante 3</i>	202	178	129	104	206	184	140	118
Scénario 3 Maintien à domicile accru des personnes âgées à l'exception des plus dépendantes	<i>Variante 1</i>	175	168	153	146	180	177	171	169
	<i>Variante 2</i>	214	206	190	183	220	218	214	212
	<i>Variante 3</i>	221	212	194	187	228	224	217	214
Scénario 4 Résidence accrue en établissement des personnes âgées dépendantes	<i>Variante 1</i>	210	233	279	302	219	248	308	338
	<i>Variante 2</i>	256	284	338	367	267	303	376	413
	<i>Variante 3</i>	266	295	353	383	277	315	390	428
Scénario 5 Résidence accrue en établissement des personnes âgées très dépendantes	<i>Variante 1</i>	203	220	254	270	209	230	280	304
	<i>Variante 2</i>	245	266	307	327	254	281	341	369
	<i>Variante 3</i>	258	278	322	343	265	292	355	385

**Tableau 2.4 - 6 : Nombre d'aide à domicile en ETP selon les différents scénarios et variantes
(en milliers)**

		Hypothèse basse des projections de personnes âgées - Drees-Insee				Hypothèse haute des projections de personnes âgées - Drees-Insee			
		2010	2015	2025	2030	2010	2015	2025	2030
Scénario 1 Taux de résidence à domicile et en établissement constants	<i>Variante de référence</i>	110	117	127	137	122	133	148	168
	<i>Variante haute</i>	280	301	327	346	308	341	375	420
Scénario 2 Maintien accru à domicile de toutes les personnes âgées	<i>Variante de référence</i>	131	155	202	228	146	177	235	275
	<i>Variante haute</i>	349	428	568	645	370	456	594	685
Scénario 3 Maintien accru à domicile des personnes âgées à l'exception des plus dépendantes	<i>Variante de référence</i>	120	135	164	181	126	144	174	200
	<i>Variante haute</i>	314	363	445	492	333	389	472	534
Scénario 4 Résidence accrue en établissement des personnes âgées dépendantes	<i>Variante de référence</i>	102	103	103	104	113	117	118	131
	<i>Variante haute</i>	256	256	242	241	287	300	300	327
Scénario 5 Résidence accrue en établissement des personnes âgées très dépendantes	<i>Variante de référence</i>	108	113	120	128	119	127	138	156
	<i>Variante haute</i>	273	288	303	316	301	327	352	391

2.5 Éclairer les scénarios d'action publique

Avant d'expliciter la sélection des scénarios retenue par la mission (cf. 2.6), il est apparu utile d'apporter un certain nombre d'éclairages complémentaires quant aux logiques d'entrée en institution et aux enseignements des comparaisons internationales.

2.5.1 Analyse des mécanismes favorisant ou freinant l'entrée en institution ³³

Il ne s'agit pas de donner ici des éléments quantitatifs, qui pourraient soutenir des projections, mais plutôt de donner des éléments qui permettent de naviguer au sein des fourchettes de projection. Plus précisément, il s'agit d'évoquer ce que l'on peut savoir des mécanismes qui favorisent, ou au contraire qui freinent, l'entrée en institution, si on se place dans un cadre d'analyse qui relève de l'économie de la santé ou de l'économie de la famille.

D'un point de vue statistique, les facteurs associés à l'entrée en maison de retraite (c'est-à-dire à l'incidence de la prise en charge) ne sont pas nécessairement ceux qui sont associés au fait d'être en maison de retraite (c'est-à-dire la prévalence). Les analyses ci-dessous concernent bien la probabilité d'entrer en maison de retraite, pour des personnes qui vivaient à leur domicile dans une situation de dépendance déjà bien avancée.

2.5.1.1 Situations d'entrée en institution

Au chapitre des déterminants de l'entrée en maison de retraite, il faut tout d'abord souligner qu'il est rare que des personnes, déjà dépendantes, passent directement d'une prise en charge à domicile reposant uniquement sur leur entourage à une prise en charge en établissement d'hébergement collectif. On observe de manière très systématique au sein des trajectoires de prise en charge une ou plusieurs étape(s) intermédiaire(s) de prise en charge à domicile avec l'intervention d'aidants professionnels, pour les soins du corps ou pour les tâches domestiques.

Évidemment, il ne faudrait pas pour autant en conclure que l'intervention des professionnels à domicile favorise l'entrée en institution.

Cependant, si l'on ajuste le calcul sur d'autres déterminants pouvant expliquer l'entrée en institution, il semble que l'efficacité préventive des services d'aide à domicile dépende fortement des situations. Ainsi, dans les enquêtes qui ont pu être menées (sur des échantillons de population limités), l'adjonction d'une aide pour les tâches domestiques à une aide de type sanitaire ne change presque rien à la probabilité simulée d'entrer en institution pour des personnes dont la prise en charge à domicile est assurée par un aidant isolé, une conjointe, une fille veuve cohabitante par exemple. En revanche, elle réduit sensiblement la probabilité pour les personnes dont la prise en charge à domicile repose essentiellement sur une fille mariée ou une belle fille, vivant séparément, et disposant d'un revenu non dérisoire.

Ces résultats laissent penser qu'il existe une relative substituabilité entre aide de l'entourage et aide professionnelle. Ainsi, l'intervention d'une aide pour les tâches domestiques semble bien compenser l'absence d'aidant cohabitante avec la personne prise en charge.

³³ Cette section reprend la présentation d'Agnès Gramain en séance plénière le 15 avril 2005. Les enquêtes dont il est rendu compte portent sur des échantillons très restreints, quelques centaines d'individus tout au plus, mais aussi sur des échantillons souvent très ciblés en termes d'état de santé et en termes géographiques. Pour ce qui est de l'état de santé, il s'agit de personnes assez lourdement dépendantes dans les activités quotidiennes, de personnes entrées progressivement dans la dépendance ou encore de personnes souffrant de démence sénile dégénérative. Pour ce qui est de la localisation, les observations et les enquêtes ont été réalisées soit en région Midi-Pyrénées, soit en région parisienne, et le contexte y est évidemment très différent, en particulier en termes de cohabitation inter-générationnelle. Enfin, ces enquêtes portent spécifiquement sur les choix de prise en charge et les organisations mises en place pour faire face à la dépendance d'une personne âgée, ce qui permet d'avoir des informations très fines, difficiles à recueillir dans des enquêtes plus larges.

Cependant, les liens entre ces deux types d'aide semblent assez complexes. On observe certes que les personnes qui sont prises en charge à domicile sans aucun recours à des aides professionnelles disposent d'un entourage plus nombreux que les autres. Parallèlement, il semble qu'un entourage minimum, réduit à un conjoint ou un enfant très mobilisé, soit nécessaire et suffise parfois pour permettre le maintien à domicile avec l'aide de services d'aide à domicile. Enfin, on n'observe aucun lien simple entre le nombre de personnes apparentées et le mode de prise en charge.

Autrement dit, la probabilité d'entrer en maison de retraite ne semble pas décroître avec le nombre d'enfants. On observe plutôt, même si on n'a pas de résultat de type statistique sur ce point, que les enfants uniques ont un comportement d'aide fort différent des fratries de deux ou trois enfants, celles-ci ayant elles-mêmes un comportement différent des fratries plus nombreuses.

2.5.1.2 Le cas particulier des troubles du comportement

En revanche, un facteur apparaît très nettement associé à une plus forte probabilité d'entrer en maison de retraite : la présence de troubles du comportement. Plusieurs remarques peuvent être faites sur ce point.

Tout d'abord, ce n'est pas tant la présence de troubles du comportement que leur ordre d'apparition par rapport aux incapacités physiques qui semble en jeu. Ainsi, si les troubles du comportement apparaissent chez des personnes encore peu dépendantes, la probabilité d'entrer en institution, simulée à partir d'un échantillon toulousain, atteint environ une chance sur quatre, alors que pour les personnes dont les troubles du comportement apparaissent alors qu'elles sont déjà fortement dépendantes, la prise en charge à domicile avec des aides domestiques et sanitaires apparaît comme un état absorbant, une prise en charge qu'on ne quitte pas. De ce point de vue, il est donc important, en termes de projection, de s'interroger non seulement sur la prévalence à venir des troubles du comportement, mais aussi sur l'état de santé des personnes au moment où elles seront touchées par le problème.

La deuxième remarque renvoie à la médicalisation des établissements. On pourrait en effet penser que si les personnes souffrant de troubles du comportement ont une probabilité plus forte que les autres d'entrer en maison de retraite, c'est parce que celles-ci offrent une prise en charge plus médicalisée qu'à domicile. En fait, l'explication est sans doute ailleurs. En effet, au sein des prises en charge à domicile, l'apparition de troubles du comportement est associée à une plus forte probabilité de recourir exclusivement à une aide domestique (et non sanitaire). C'est plus probablement un besoin de présence intense, 24 heures sur 24, difficile à mettre en place à domicile, qui explique le recours aux maisons de retraite. Cependant, l'existence d'un diagnostic médical facilite certainement l'entrée en institution, car il peut déculpabiliser les familles.

Enfin, troisième remarque, l'effet des troubles du comportement sur la probabilité d'entrer en institution dépend de la situation économique des personnes concernées. En effet, le maintien à domicile de personnes encore alertes mais souffrant de démence est très consommateur de temps, et donc très cher si l'entourage ne veut pas se retrouver prisonnier de la surveillance à assurer, la quantité d'aide à domicile subventionnée ne pouvant suffire pour faire face. De ce fait, si les personnes aisées ont le choix entre prise en charge à domicile et en institution, en revanche, les personnes relativement défavorisées économiquement n'ont finalement d'autre choix que de recourir à un établissement habilité à l'aide sociale.

2.5.1.3 Les dispositifs de solvabilisation de la demande de prise en charge

L'explication de ce résultat étant fortement dépendante des dispositifs de solvabilisation, il faut préciser que les résultats décrits ci-dessus, proviennent, en grande partie, de données antérieures à l'instauration de l'APA. On pourrait donc penser que celle-ci a modifié la donne. Un rapide exercice laisse penser que non. En effet, les personnes souffrant de démence sont classées en GIR 1 ou 2 selon qu'elles sont ou non alertes, dans un ordre que l'on pourrait d'ailleurs remettre en question. Pour ces personnes, le montant d'APA versé par les Conseils généraux est en moyenne plus important à domicile qu'en institution, ce qui pourrait effectivement encourager le maintien à domicile. Cependant, les plans d'aide, pour les personnes classées en GIR 2, comportent en moyenne 59 heures d'aide par mois soit moins de 2 heures par jour, et seuls 12% des personnes classées dans ce GIR perçoivent plus de 2 heures d'aide par jour.

De ce fait, en l'état actuel du dispositif, les déments alertes restent une catégorie de population à très forte probabilité d'entrer en maison de retraite.

Renforcer la solvabilisation de la demande pour les aides à domicile, autrement dit augmenter le montant de l'APA à domicile, par exemple pour les déments alertes, ne changerait probablement pas grand chose, en tout cas pas de manière systématique. On observe en effet que la sensibilité aux incitations économiques des recours aux services d'aide professionnelle à domicile est très variable. Alors que les enfants de personnes âgées, le plus souvent seules, ont des comportements de demande et d'offre d'aide qui se prêtent assez bien à la logique d'arbitrages économiques (temporels et budgétaires), ce ne semble pas être le cas pour les conjoints de personnes dépendantes. Encore faut-il préciser que, pour les enfants, les arbitrages budgétaires sont bien moins nets que les arbitrages temporels, ceux-ci étant par ailleurs ténus et difficiles à mesurer puisqu'ils portent très rarement sur une cessation d'activité, mais plus généralement sur une réduction du temps de travail, une modification du lieu de travail, du statut d'emploi, etc.

Ceci dit, certains éléments nous laissent penser que les incitations fiscales ont une certaine efficacité, au sein des couples âgés, et si ce résultat est de peu d'importance directe pour l'entrée en établissement, car les personnes mariées sont peu « à risque », il est important de le souligner pour ce qu'il révèle de plus général. En effet, si les incitations fiscales fonctionnent mieux que les incitations par les prix, c'est probablement parce qu'elles s'adressent à des ménages imposables, c'est-à-dire à des ménages plus aisés, probablement plus familiers des calculs économiques standards et aussi plus souvent anciens particuliers employeurs, c'est-à-dire des personnes sans blocage à l'idée d'employer du personnel de maison.

Ceci pour dire que l'impact des dispositifs de solvabilisation de la demande d'aide à domicile ne dépend pas uniquement du montant des aides attribuées, mais aussi des caractéristiques sociales de la population concernée et certainement des modalités d'embauche (par des associations prestataires, via des associations mandataires ou de gré à gré).

2.5.1.4 La dimension patrimoniale

Selon l'enquête *HID*, 60% des personnes en maisons de retraite privées disposent de moins de 68€ par mois (montant minimum garanti au 1^{er} janvier 2002) une fois réglés les frais de séjour. Pour préciser, on peut donner quelques chiffres complémentaires, issus d'une enquête, réalisée sur l'impulsion du COS (Centre d'Orientation Sociale), une association qui possède et gère des établissements, en particulier des EHPAD. Il s'agit d'une enquête artisanale, puisqu'elle porte sur 6 établissements représentant 750 lits, mais elle permet malgré tout de se faire une idée de la situation.

Si l'on regarde uniquement les résidents qui ne bénéficient pas de l'aide sociale, on constate que le reste à charge moyen sur l'ensemble de ces résidents représente, selon les établissements, de 90% à 130% du revenu disponible moyen de ces mêmes résidents. Le reste à charge individuel dépasse le revenu disponible individuel pour 45% à 83% des résidents selon les établissements. Et encore s'agit-il du reste à charge net de la participation « volontaire » des obligés alimentaires. En dehors de la mise en œuvre judiciaire (par le juge) ou administrative (par les commissions d'aide sociale), la famille participe au financement dans seulement 10% des cas, mais elle supporte alors en moyenne 33% des frais. Pourtant, on n'observe aucune créance irrécouvrable dans ces établissements.

C'est donc que le financement privé des frais de séjour se fait non seulement à partir des revenus mais aussi à partir du patrimoine. Il est clair que le niveau de patrimoine nécessaire pour que les revenus de ce patrimoine suffisent à couvrir les frais d'une prise en charge en maison de retraite est élevé ; c'est donc souvent le patrimoine lui-même, d'ailleurs parfois accumulé à cet effet, que l'on consomme progressivement. Ce mode de financement pose inévitablement problème si le séjour en maison de retraite s'allonge et il a des conséquences en termes d'héritage des enfants.

La réflexion sur les contraintes économiques pouvant peser sur le recours aux EHPAD doit intégrer une dimension patrimoniale et successorale. Ce sujet sera repris dans les travaux ultérieurs de la mission.

2.5.1.5 La question de l'offre

Les analyses ci-dessus n'ont de sens qu'à offre donnée, puisqu'elles intègrent des effets d'offre sans les isoler des autres. À offre donnée en quantité, il est fort probable qu'il existe un phénomène de rationnement de la demande par l'offre, et si ce rationnement existe, il s'accompagne inmanquablement de comportements de sélection. Il est donc difficile, en l'état actuel, de prévoir ce qui se passerait si le nombre de places en maison de retraite augmentait sensiblement, quelle serait la modification de l'équilibre et quelles catégories de la population seraient concernées.

Mais ces résultats s'entendent aussi à offre donnée, en termes de qualité. Et de ce point de vue, raisonner de manière agrégée sur l'ensemble des établissements d'hébergement n'est peut-être pas si pertinent. En effet, les établissements sont hétérogènes et on peut penser qu'on assiste plutôt à des rationnements, concernant certains segments du marché, alors que sur d'autres segments, c'est l'offre qui est excédentaire. Si tel est le cas, cela signifie que les différents types d'établissements ne sont pas vraiment vus comme « substituables » les uns aux autres par les personnes en demande de prise en charge et leurs familles. Une analyse des différents rationnements observables serait donc certainement très instructive, non seulement pour mieux comprendre la demande d'hébergement, mais même pour aider à imaginer quels nouveaux types d'établissements pourront répondre à la demande de demain.

2.5.1.6 Entrée en institution et inadéquations de la filière de prise en charge sanitaire des personnes âgées³⁴

Dans le contexte de progression continue de l'espérance de vie, l'impact du grand âge sur le système de soins est, d'ores et déjà, important. Alors même que la population des plus de 75 ans représente moins de 10 % de la population totale, environ 40 % des séjours hospitaliers en court séjour (médecine – chirurgie et soins de suite – réadaptation) concernent des patients relevant de cette tranche d'âge. Au-delà du facteur de l'âge, il importe surtout d'évaluer les éléments de fragilité qui, insuffisamment traités ou pris en compte, conduisent à des décompensations fréquentes, à une aggravation rapide de la dépendance, à des nombreuses ré-hospitalisations.

Polymédication, dépression, dénutrition, altération des fonctions intellectuelles, troubles neurosensoriels, perte d'autonomie, isolement socio-familial, âge (+ de 85 ans) constituent quelques marqueurs de cet état fragile.

Nombre de constats dressés ou de résultats d'études réalisées témoignent, aujourd'hui, des insuffisances qui subsistent sur le plan de l'organisation de la filière gériatrique :

- les tensions récurrentes que connaissent les services d'urgences révèlent l'importance de la part des plus de 75 ans au niveau des passages (15 à 20 %), la spécificité de ces passages, la déstabilisation que ce type de prise en charge engendre, souvent, chez des personnes âgées fragiles ;
- des inadéquations fréquentes (séjours hospitaliers inadaptés ou durées de prise en charge trop longues avec le risque d'hospitalisme à défaut de solutions d'aval) sont également observées³⁵ ;
 - en 2002, un état des lieux des personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées en Bretagne, réalisé par la Direction Régionale du Service Médical, a fait apparaître que 20 % des patients ne devaient plus être pris en charge dans le service où ils étaient présents au moment de l'enquête : près de la moitié des sortants aurait dû bénéficier d'un retour à domicile ou d'une admission en maison de retraite. L'insuffisance de l'offre d'aval constituait la cause principale des prolongations de séjour, la complexité sociale (isolement – environnement) était aussi un facteur déterminant ;

³⁴ Section rédigée par Yvon Guillermin, directeur-adjoint de l'ARH Bretagne, membre de la mission.

³⁵ On mentionnera également l'enquête conduite dans les services hospitaliers strasbourgeois par M. Ebel, A. Hasenfratz, M. Berthel et F. Kuntzmann, « Les personnes âgées dépendantes en attente d'admission en établissement médico-social et unité de soins de longue durée », Hôpitaux universitaires de Strasbourg - AGIRA, janvier 2005.

- plus récemment, au 1^{er} semestre 2005, une nouvelle coupe transversale a été réalisée sur l'adéquation des services de médecine : 21,8 % des séjours étaient inappropriés au jour de la coupe. Deux causes majeures sont identifiées pour les expliquer :
 - les faiblesses de l'organisation interne des services (insuffisance de court séjour gériatrique, absence d'avis gériatrique et d'évaluation, référentiels non formalisés, insuffisante programmation des séjours...);
 - mais aussi les difficultés de retour à domicile et l'insuffisance des solutions d'aval. Parmi celles-ci, l'offre en soins de suite gériatriques doit être relevée. L'éventail des réponses médico-sociales (réseaux gérontologiques, accueil de jour, hébergement temporaire, maisons de retraite médicalisées, etc.) apparaît également comme devant être développé et coordonné.

L'évolution démographique, caractérisée par la part de plus en plus importante de personnes très âgées, conditionne une demande accrue de prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale, fondement de toute politique gériatrique. L'approche transversale de cette population justifie de dépasser le clivage sanitaire et médico-social pour mettre en cohérence les schémas d'organisation des soins, les plans gérontologiques et ainsi, améliorer la réponse aux besoins et la fluidité de l'ensemble du dispositif.

2.5.2 Éléments de comparaison internationale

Pour éclairer les scénarios d'action publique, il importe aussi de diversifier les points de vue et de situer la stratégie - ou la situation - française de prise en charge dans un référentiel plus large.

Le vieillissement de la population est considéré comme un enjeu majeur dans de nombreux pays de l'OCDE, en particulier sous l'angle de la perte d'autonomie. Les personnes âgées dépendantes représentent aujourd'hui près de 3% de la population en Europe (*Etude Pacolet*, 1998) et, selon les nombreux rapports consacrés à cette question, ce taux devrait croître durant les prochaines années³⁶.

L'analyse qui suit est focalisée sur le mode de vie des personnes âgées dans huit pays – les États-Unis, le Japon, la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Italie, l'Espagne et la Suède – qui présentent des modalités de prise en charge diverses largement liées au modèle de protection sociale existant.

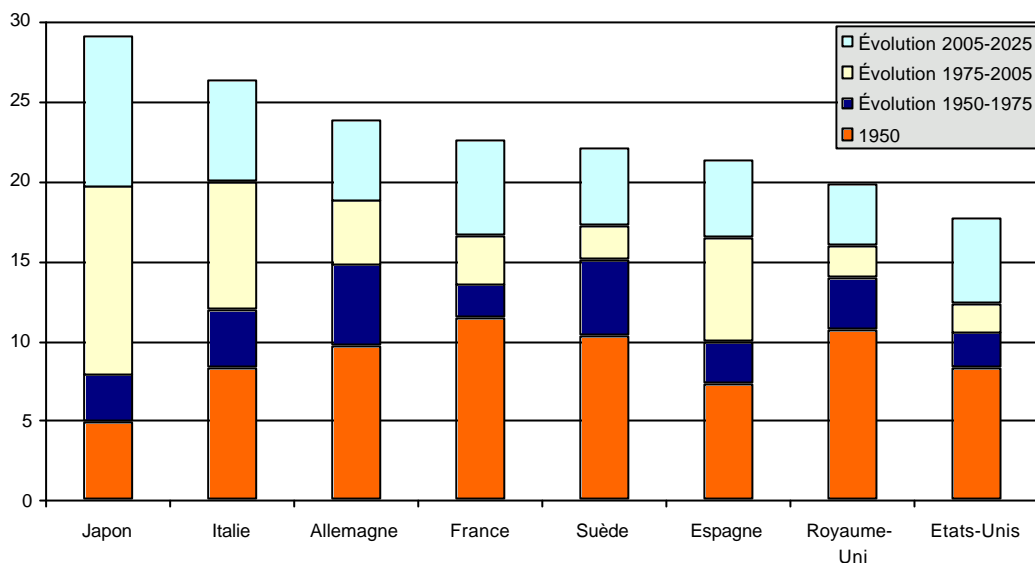
2.5.2.1 La dynamique du vieillissement

Depuis les années cinquante, la part des personnes de plus de 65 ans dans la population totale, qui traduit le poids du vieillissement dans les différents pays, a connu des évolutions très prononcées. En 1950, les personnes de plus de 65 ans représentaient, en moyenne, moins de 10 % de la population dans les pays de notre échantillon ; en 1975, ce chiffre s'élevait à 12 % et il est aujourd'hui de 17 %. Les projections réalisées par l'ONU pour 2025 donnent, quant à elles, une estimation de l'ordre de 23 %. En 75 ans, la proportion de personnes de plus de 65 ans devrait donc passer d'une personne sur dix à une personne sur quatre.

Si ces évolutions sont généralement constatées parmi les pays de l'OCDE, les données sur les pays de notre échantillon montrent des dynamiques spécifiques (cf. graphique 2.5 – 1).

³⁶ On peut par exemple consulter les documents suivants : J. Pacolet et al. « *La protection sociale des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de l'Union Européenne et en Norvège* », UCL, HIVA, juin 1998 ; N. Kerschen et alii « *Soins de longue durée pour personnes âgées* », Conférence communautaire sous la présidence luxembourgeoise, printemps 2005 ; OCDE, « *Politiques de soins de longue durée pour les personnes âgées* », à paraître, Comas-Herrera et al, 2003, « *European study of long term care expenditure* », rapport à l'intention de la Commission européenne, etc.

Graphique 2.5 – 1 : La part des personnes de plus de 65 ans dans la population totale



Source : Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects : The 2004 Revision and World Urbanization Prospects : The 2003 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

Ainsi, en 2005, la part des personnes de plus de 65 ans est comprise entre 15 et 20 % dans ces pays (à l'exception des États-Unis). Cependant, si ce vieillissement est relativement ancien en Allemagne, en France, en Suède ou au Royaume-Uni (les personnes âgées représentaient déjà plus de 13 % de la population en 1975), ce n'est pas le cas au Japon ou en Espagne. Le Japon a été confronté à un vieillissement massif de sa population entre 1975 et 2005 (la part des plus de 65 ans a augmenté de 11,8 points) et, selon les projections réalisées par l'ONU, cette tendance se confirmera entre 2005 et 2025 (+9,4 points). L'Italie connaît le même type d'évolution quoique plus modérée. En revanche, dans d'autres pays comme la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni et la Suède où la part des personnes âgées dans la population était relativement importante dès les années 1950 (aux alentours des 10 %), la dynamique du vieillissement est moins heurtée.

Encadré 2.5 – 1 : La difficile estimation des dépenses liées à la prise en charge de la dépendance

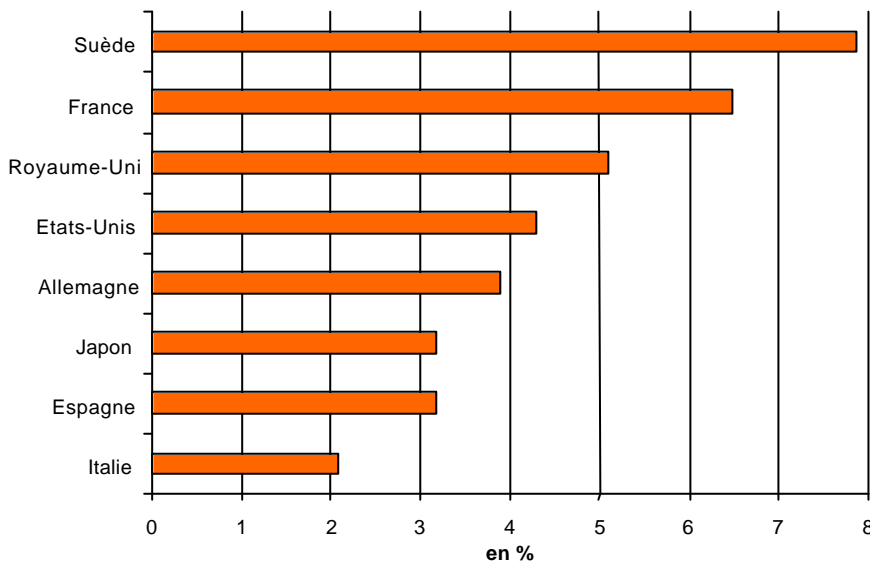
Les dépenses en termes de soins de longue durée pour personnes âgées sont difficiles à estimer dans la mesure où elles relèvent à la fois des services sociaux et des services de santé. L'OCDE propose des données sur les dépenses en soins de longue durée censées décrire le poids de la prise en charge sociale de la dépendance. Selon ces chiffres, la part du PIB consacrée à la prise en charge de la dépendance varierait selon les pays de 0,2 à 3 %. Toutefois, ces chiffres doivent être interprétés avec beaucoup de précautions : la frontière entre la prise en charge sanitaire (les soins médicaux, dans certains pays des aides techniques financées par l'assurance maladie) et la prise en charge sociale (frais d'hébergement, assistance aux actes de la vie quotidienne, équipement de l'habitat ou services de portage de repas) est loin d'être uniforme. Par ailleurs, l'existence de programmes globaux de prise en charge des personnes âgées dépendantes qui mêlent prise en charge sanitaire et prise en charge sociale ne permet pas toujours de distinguer entre ces deux items dans la mesure où leur financement est lui aussi global. Enfin, la multiplicité des intervenants et la diversité des modes de financement rendent délicate toute comparaison : ainsi, les incitations fiscales concernant l'emploi de salariés à domicile qui ne sont pas spécifiques aux personnes âgées dépendantes ne seront pas comptabilisées comme relevant de la prise en charge de la dépendance, etc.

2.5.2.2 Le lieu de vie des personnes âgées

Dès la fin du dix-neuvième siècle en France les bienfaits supposés du maintien à domicile étaient soulignés : « *Le recours à l'hospice est une sorte d'emprisonnement... Un recours à domicile serait plus profitable et rendrait le vieillard encore utile à sa famille... La commission espère que le placement à domicile fait avec intelligence et économie tournera au profit des hôpitaux.* » (Commission préparatoire à la loi du 7 août 1851)

Plus contemporaine, la notion d'un « habitat adapté au grand âge » apparaît au Danemark en 1987 avec la suppression de la distinction entre hébergement en collectivité et maintien à domicile. Le consensus en faveur du maintien à domicile, relayé par les institutions internationales (l'OCDE mais aussi l'Union européenne), repose sur deux arguments majeurs : il permettrait une prise en charge à moindre coût et, de plus répondrait aux attentes des personnes âgées. Il importe cependant de nuancer ces deux arguments. En premier lieu, le coût du maintien à domicile des personnes les plus lourdement dépendantes peut s'avérer particulièrement élevé (par exemple, la prise en charge des déments déambulants réclame une surveillance constante coûteuse). De même, les chiffres généralement avancés ne prennent en compte que les dépenses collectives : dès lors que l'on intègre les coûts « cachés » de l'aide informelle, les termes de la comparaison ne sont plus aussi évidents. Par ailleurs, pour que le maintien à domicile corresponde réellement aux désirs des personnes, quelques conditions doivent être remplies : confort et adaptation de l'habitat, accessibilité des moyens de transport, densité des réseaux familial et amical, etc.

Graphique 2.5 – 2 : La part des personnes de plus de 65 ans vivant en établissement



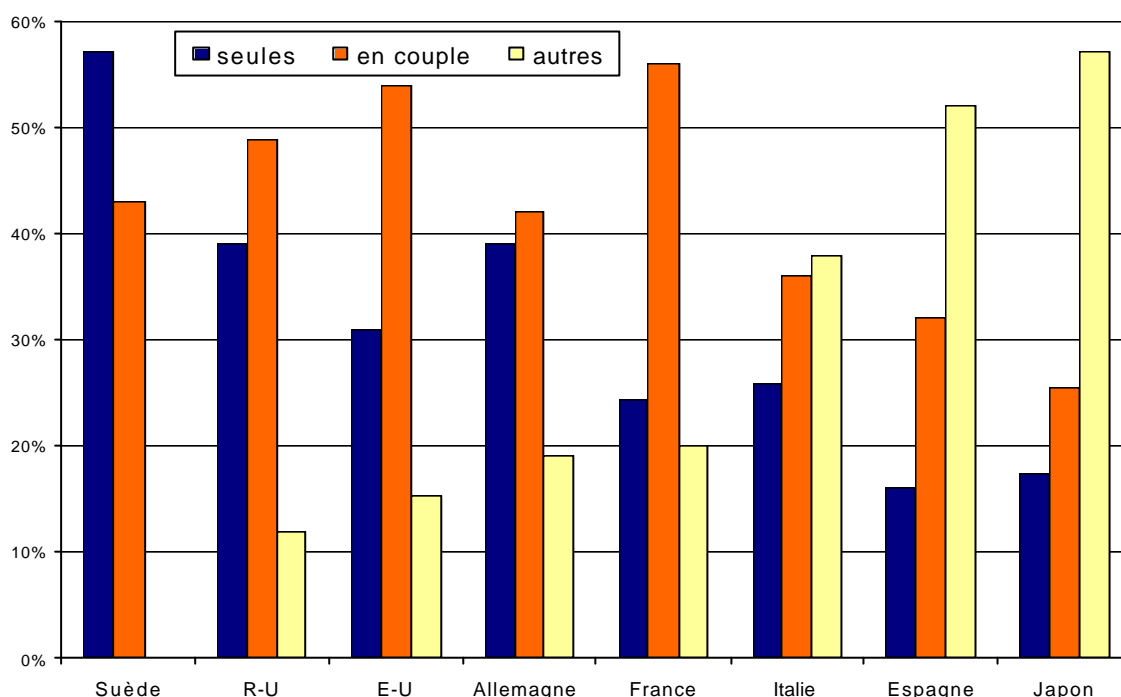
Source: OCDE (exception INE pour l'Espagne). Données de 2003 pour l'Allemagne, 2002 pour le Royaume-Uni, 2000 pour la Suède et la Japon, 1999 pour les États-Unis et l'Espagne, 1994 pour la France et l'Italie.

Parmi les huit pays étudiés³⁷, on peut noter des disparités importantes concernant la part des personnes âgées de plus de 65 ans vivant en établissement (cf. graphique 2.5 – 2). Trois groupes de pays se distinguent : des pays où le taux de personnes vivant en établissement est supérieur à 5 % (Suède, France et Royaume-Uni), des pays dans une situation intermédiaire comme les États-Unis et l'Allemagne (aux alentours de 4 %) et enfin des pays où la part des personnes âgées vivant en établissement se situe entre 2 et 3 % (Japon, Espagne et Italie)

³⁷ On ne traite ici que des situations comparées au sein de notre échantillon. D'autres pays de l'OCDE présentent des taux de prise en charge en établissement équivalents ou supérieurs au taux français.

Les données disponibles concernant les personnes âgées vivant à domicile apportent un éclairage complémentaire, en particulier des données sur la composition du ménage au sein duquel ces personnes vivent (cf. graphique 2.5 - 3). Là encore, les différences entre les pays sont très marquées avec des pays où la proportion de personnes vivant seules est particulièrement élevée (plus de 50 % en Suède et près de 40 % au Royaume-Uni) et d'autres pays où la part des personnes vivant dans des ménages complexes (c'est-à-dire principalement de l'habitat inter-générationnel) est extrêmement forte (près de 40 % en Italie, plus de 50 % en Espagne et au Japon). On remarquera que la fréquence de la cohabitation inter-générationnelle est corrélée avec l'existence d'une obligation alimentaire élargie (c'est-à-dire incluant les enfants, voire les frères et sœurs en Espagne et en Italie) qu'on ne retrouve ni dans les pays anglo-saxons ni dans les pays d'Europe du Nord.

Graphique 2.5 – 3 : La composition du foyer des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile



Source : Fce, Esp, Italie, Suède, All, R-U : panel européen ; E-U : census 2003 ; Japon : Housing and land survey 1998

La part des personnes vivant en établissement s'inscrit dans des modèles très différenciés.

Le tableau 2.5 - 1 récapitule les caractéristiques de l'échantillon au regard de trois groupes de variables : des variables démographiques qui traduisent le poids du vieillissement et du très grand âge selon les pays, des variables relatives aux personnes recevant des soins de long terme en institution et à domicile et enfin des variables décrivant le mode d'habitat des personnes résidant à domicile.

La combinaison de ces variables fait nettement ressortir des groupes de pays :

- des pays où le nombre de personnes de plus de 65 ans vivant en établissement ou bénéficiant d'une aide à domicile est faible, qui sont caractérisés par un vieillissement de la population relativement modéré et récent, une forte proportion de personnes âgées vivant dans des ménages complexes (cohabitation intergénérationnelle) et un fort taux de personnes âgées vivant dans des logements dont elles sont propriétaires (Espagne, Japon et Italie) ;
- des pays où le nombre de personnes de plus de 65 ans vivant en établissement ou bénéficiant d'une aide à domicile est important avec un vieillissement de la population prononcé et ancien, ainsi

qu'un grand nombre de personnes âgées vivant seules dans des logements dont elles ne sont pas propriétaires (la Suède, le Royaume-Uni et, dans une moindre mesure, l'Allemagne) ;

- des pays qui combinent ces deux caractéristiques comme la France avec une prise en charge collective des personnes âgées bien développée, un vieillissement relativement modéré et une proportion moyenne de personnes âgées vivant en couple ou au sein de ménages complexes dans des logements dont elles sont propriétaires, ou, comme les États-Unis avec une prise en charge des personnes âgées relativement peu développée, un vieillissement de la population peu marqué malgré une forte prévalence du grand âge parmi les personnes de plus de 65 ans, une faible proportion de personnes vivant dans des foyers inter-générationnels mais une forte proportion de personnes âgées propriétaires de leur logement.

Tableau 2.5 - 1 : Synthèse des caractéristiques des différents pays

		Esp	Jap	Ita	E-U	Fce	All	R-U	Suè
Prise en charge des soins de long terme	Taux d'institutionnalisation	-	-	-	=	+	=	+	+
	Aide à domicile	-	=	-	-	+	+	=	+
Variables démographiques	Part des 80 ans et plus dans la population des plus de 65 ans	-	-	-	+	=	-	+	+
	Part des plus de 65 ans en 1975	-	-	=	-	=	+	+	+
Variables individuelles	Part des personnes de plus de 65 ans vivant dans des ménages complexes	+	+	+	-	=	=	-	-
	Part des personnes de plus de 65 ans vivant dans un ménage composé d'au moins 2 personnes	+	+	=	=	=	-	-	-
	Propriétaires	+	+	=	+	=	-	-	-

2.5.2.3 Vie en établissement *versus* maintien à domicile des personnes âgées ?

Au niveau individuel, vie en établissement et vie à domicile sont naturellement des substituts (si l'on met de côté les formules intermédiaires). Cependant, le collectif n'est pas la somme des individualités et les comparaisons internationales montrent qu'aujourd'hui hébergement collectif et maintien à domicile sont des compléments. La plus ou moins grande disponibilité des services d'aide à domicile est certes un déterminant individuel de la vie à domicile ou en établissement mais, dès lors que l'on se penche sur des données agrégées, il apparaît très clairement qu'une forte disponibilité de l'aide à domicile va de pair avec une forte proportion de personnes âgées vivant en établissement.

Le tableau synthétique présenté ci-dessus nous amène plutôt à considérer aide à domicile et vie en établissement comme les deux composantes d'une politique d'aide formelle, substitut à l'aide informelle prodiguée dans les familles. Dans ce cadre, deux questions majeures doivent être résolues. Quelle est la pérennité de cet arbitrage dans un contexte d'augmentation du taux d'activité féminin avec, dans le même temps, une tendance à la dé-cohabitation intergénérationnelle ? Quel peut être l'impact de la hausse des services d'aide à domicile sur la demande d'entrée en institution dans un contexte où la demande est rationnée ?

2.5.3 Quelques éléments sur l'opinion des personnes âgées et de leurs familles

2.5.3.1 L'enquête barométrique de la DREES

L'enquête barométrique de la DREES³⁸ a pour objet de suivre de façon périodique les attitudes et opinions des Français, en matière de santé, de famille, de retraite et de protection sociale. En matière de dépendance, il apparaît que les solutions pour faire face varient fortement selon l'âge, la catégorie professionnelle et la proximité à ce type de situation.

A la question «Si l'un de vos proches devenait dépendant, que feriez-vous ?», les quatre propositions («Vous l'accueilleriez chez vous», «Vous vous en occuperiez à son domicile», «Vous payeriez des aides pour son maintien à domicile» et «Vous le placeriez dans une institution spécialisée») sont globalement citées dans des proportions similaires mais avec une répartition très différente selon les catégories socioprofessionnelles.

La première proposition est retenue par 27 % des personnes interrogées mais beaucoup plus par les agriculteurs que par les professions libérales et cadres supérieurs (écart de 17 points).

La deuxième est retenue par 25% des personnes mais beaucoup plus par les ouvriers et les chômeurs que par les professions libérales et cadres supérieurs (écart respectifs de 14 et 19 points).

24% des personnes interrogées retiennent la troisième proposition surtout chez les professions libérales et cadres supérieurs (23 points au dessus de la moyenne).

La quatrième solution («Vous le placeriez dans une institution spécialisée») est en progression de 5 points depuis le dernier baromètre (quatre ans plus tôt). Elle recueille l'approbation de 19% des personnes interrogées.

Le fait de connaître une personne dépendante modifie quelque peu les choix exprimés : l'éventualité d'un placement en institution spécialisée est alors nettement plus cité, même si trois quarts des personnes continuent de privilégier les autres réponses.

Enfin, 44% des individus interrogés, soit une augmentation de 5 points en 4 ans, envisagent pour eux-mêmes la possibilité de vivre en EHPA. C'est notamment le cas des personnes les plus âgées (écart de 10 points entre les plus et les moins de 25 ans).

2.5.3.2 Autres enquêtes

Des sondages sont régulièrement réalisés sur les questions de prise en charge des personnes âgées en institution. Parmi ceux-ci, on peut par exemple retenir les quelques résultats de deux enquêtes réalisées respectivement en 2003 et 2005.

➤ **Sondage SOFRES pour *Notre Temps/ le Mensuel des Maisons de Retraite : la maison de retraite de demain...*** (Questions posées à 1 000 personnes âgées de plus de 18 ans en février 2003³⁹)

• **Question : Globalement, quelle opinion avez-vous des maisons de retraite en France ? Diriez-vous que vous avez :**

- Une très bonne opinion..... 3	}	51 %
- Plutôt une bonne opinion.....48		
- Plutôt une mauvaise opinion.....32	}	40 %
- Une très mauvaise opinion8		

³⁸ Pierre Boisselot (2005), «L'évolution entre 2000 et 2004 des opinions des Français en matière de santé et de protection sociale», DREES, Etudes et Résultats n°395.

³⁹ Publié notamment dans le *Mensuel des maisons de retraite* n°59 de mars 2003.

- Sans opinion.....9

- **Question : Voici un certain nombre d'opinions qu'on entend parfois à propos des maisons de retraite en France. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes plutôt d'accord ou plutôt pas d'accord :**

	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion
- Cela coûte cher d'aller en maison de retraite.....	95	3	2
- Les proches de la personne âgée sont rassurés de la savoir plus en sécurité.....	84	11	5
- Les personnes âgées ne souhaitent pas aller en maison de retraite.....	81	10	9
- On y met ses parents (ou grands-parents) à contre cœur.....	76	17	7
- En entrant en maison de retraite, la personne âgée est souvent moins seule et moins isolée.....	73	21	6
- En maison de retraite, la personne âgée bénéficie d'une meilleure prise en charge médicale.....	67	22	11
- Les personnes âgées y sont souvent maltraitées	27	60	13

- **Question : Si l'un de vos parents entrant en maison de retraite, vous vous sentiriez plutôt :**

- Triste..... 42
 - Rassuré..... 36
 - Coupable..... 34
 - Inquiet..... 23
 - Soulagé..... 20
 - Sans réponse..... 5

(Le total des pourcentage est supérieur à 100, les personnes interrogées ayant pu donner deux réponses)

- **Question : Imaginez que vous deveniez un jour dépendant et que la maison de retraite corresponde aux critères que vous venez de choisir, est-ce que ce serait, pour vous, une bonne ou une mauvaise solution ?**

- Une très bonne solution.....14
 - Plutôt une bonne solution.....65 } 79%

- Plutôt une mauvaise solution.....11
 - Une très mauvaise solution..... 6 } 17%

- Sans opinion..... 4

➤ **Sondage SOFRES pour la FHF/ Géront'Expo/ le Mensuel des Maisons de Retraite⁴⁰**

- **Question : Globalement, quelle opinion avez-vous des maisons de retraite en France. Diriez-vous que vous en avez :**

	Rappel enquête TNS Sofres février 2003	Rappel enquête TNS Sofres avril 2004	Février 2005
- Une très bonne opinion.....	3	2	2
- Plutôt une bonne opinion.....	48	51	50
- Total bonne opinion.....	51	53	52
- Plutôt une mauvaise opinion.....	32	29	31
- Une très mauvaise opinion.....	8	7	7
- Total mauvaise opinion.....	40	36	38
- Sans opinion.....	9	11	10
	100%	100%	100%

- **Question : Pour chacun des aspects suivants, quand on est très âgé, quelle est la solution qui vous semble la meilleure entre être hébergé dans une maison de retraite et rester à son domicile ?**

⁴⁰ Publié notamment dans le *Mensuel des maisons de retraite* n°78 de février 2005.

	Etre hébergé dans une maison de retraite	Rester à son domicile	Ni l'un, ni l'autre	Sans opinion	Total
- Pour être en sécurité.....	57	34	5	4	100%
- Pour rencontrer des gens, ne pas être seul.....	55	38	4	3	100%
- Pour être bien soigné.....	44	45	6	5	100%
- Pour être bien traité.....	25	62	7	6	100%
- Pour avoir une vie agréable.....	16	75	5	4	100%

2.6 Les scénarios retenus par la mission

Afin d'éclairer au mieux les pouvoirs publics, la mission a souhaité ne pas s'en tenir à la présentation des projections techniques exposées en 2.4.

Rappelons le, celles-ci avaient pour objet de baliser le champ des possibles en distinguant bien trois dimensions : les éléments donnés (la démographie), les éléments qu'il est possible d'anticiper (l'évolution de la dépendance), le champ des politiques publiques et de l'action de la société en matière de prise en charge des personnes âgées.

La discussion au sein de la mission a permis :

- d'apporter un certain nombre d'éléments d'interprétation de l'exercice ;
- de limiter le nombre de scénarios ouverts ;
- de distinguer à ce titre les différentes échéances (2010, 2015, 2025) ;
- d'assortir les scénarios présentés d'un certain nombre d'éclairages complémentaires.

2.6.1 Interprétation d'un exercice de projection du nombre de places nouvelles à un horizon lointain

Pour répondre à la commande ministérielle, la mission s'est attachée à établir le besoin en places nouvelles pour une population définie : les personnes âgées de plus de 75 ans (seuil plus pertinent pour bâtir les projections que le seuil de 85 ans appelé par la commande).

Elle n'a pas qualifié à ce stade l'adéquation du stock de places existant aux caractéristiques des personnes hébergées, aux normes en vigueur ou prévisibles, à la montée en gamme des demandes exprimées par les personnes âgées ou leurs familles. Quelques éclairages sur ce sujet sont donnés en troisième partie (cf. infra) ; cette question fera par ailleurs l'objet d'investigations dans le deuxième volet de la commande ministérielle. Il est donc évident que s'ajoutent au besoin identifié de places nouvelles d'importants efforts de renouvellement ou de restructuration du parc actuel.

Il est évident enfin que certaines populations requerront des possibilités de prise en charge, auxquelles les EHPA pourront partiellement répondre. On pense notamment aux personnes handicapées vieillissantes, sujet qui mérite assurément une analyse spécifique, qu'il n'appartenait pas à la mission de conduire au fond.

Encadré 2.6 - 1 : Les personnes handicapées vieillissantes

Selon l'enquête *HID*, on compte entre 600 000 et 800 000 personnes handicapées de plus de 40 ans (personnes handicapées vieillissantes). Parmi elles, plus de la moitié ont aujourd'hui entre 40 et 59 ans et 20 % ont entre 60 et 70 ans (entre 120 000 et 160 000 personnes handicapées vieillissantes). Les déficiences le plus souvent observées dans cette population sont ⁴¹ :

- Surdité complète, d ficiency auditive : 37 %
- Déficiences visuelles (aveugles ou malvoyants) : 22 %
- Absence totale de parole ou troubles du langage : 22 %
- Déficiences psychologiques ou du comportement : 17 %

6 % des personnes handicapées vieillissantes vivent au sein d'institutions et 6 % vivent avec leurs parents dans des ménages ordinaires. L'augmentation de l'espérance de vie de ces personnes pose évidemment la question de la prise en charge après le décès de leurs ascendants. En effet, les principales études menées sur l'espérance de vie des personnes handicapées concluent à une amélioration généralisée de cette espérance à l'exception des personnes en situation de handicap par troubles psychiques⁴².  g s en moyenne de 48 ans, ces enfants cohabitants vivent avec leur mère âgée, quant à elle, de 75 ans et présentent, dans la grande majorité des cas (86 %), au moins une d ficiency intellectuelle ou mentale.

2.6.2 Limiter les scénarios ouverts

La mission n'a pas souhaité retenir, dans la synthèse présentée aux pouvoirs publics, l'ensemble des hypothèses présentées en 2.4.

Elle a fait le choix de ne pas mettre en avant les scénarios extrêmes, à savoir les scénarios 2 et 4 : le 2, fondé sur l'hypothèse que les actions de maintien à domicile se déploieraient en faveur de l'ensemble des personnes âgées, dépendantes ou non dépendantes, de telle sorte que soit annulé, à l'horizon 2030, l'écart entre les personnes isolées et les personnes vivant en couple ; le 4, fondé sur l'hypothèse que toutes les personnes âgées dépendantes auraient, à l'horizon 2030, les mêmes comportements que les personnes isolées dépendantes en ce qui concerne l'entrée en institution.

Ces deux scénarios supposeraient des politiques publiques extrêmement r solvues et efficaces, dans deux registres d'action : respectivement le maintien à domicile et la construction d'un nombre de places très important.

Postuler la capacité des politiques publiques à contrebalancer le poids de l'aide informelle au sein des couples y compris pour les personnes les plus dépendantes, quand on sait toutes les difficultés, sinon les réticences, à mobiliser l'offre de prestations, est apparu excessif à la mission, quand bien même certains exemples étrangers montrent des ruptures possibles en la matière.

  l'autre extrême, faire fi de la préférence affichée pour le maintien à domicile lorsqu'une aide informelle peut être mobilisée, en développant massivement l'entrée en institution pour toutes les personnes âgées dépendantes est apparu peu pertinent.

Seuls trois scénarios ont donc été retenus : le scénario 1 (taux de résidence à domicile et en établissement constants), le scénario 3 (maintien à domicile accru des personnes âgées à l'exception des plus dépendantes) et le scénario 5 (résidence accrue en établissement des personnes âgées très dépendantes).

2.6.3 Distinguer les  ch ances

Toujours dans le but d'offrir aux pouvoirs publics un exercice opératoire, la mission a souhaité présenter qu'un scénario à échéance 2010, en l'occurrence le scénario 1. Cela ne signifie pas que des

⁴¹ H. Michaudon (2002), «Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID », *Etudes et Résultats*, n 204.

⁴² Azéma B. et Martinez N., «Les personnes handicapées vieillissantes : espérance de vie et de santé, qualité de vie. Une revue de la littérature», *Revue Française des Affaires Sociales*, avril-juin 2005

politiques publiques volontaristes en faveur des scénarios 3 et 5 ne peuvent pas ou ne doivent pas être engagées dès à présent.

Le choix a été fait de ne pas rebaser les calculs pour les scénarios 3 et 5 (rebasage logique si on considérait que d'ici 2010, il ne saurait y avoir de place pour des politiques résolues en fonction de l'un ou l'autre des scénarios 3 et 5).

En privilégiant un scénario à 2010, la mission fixe un objectif de création de places de 39000 à 54000 (par rapport à la situation en 2004, c'est-à-dire sans considérer les acquis du plan *Veilles et Solidarités*). Si le scénario 3 de maintien accru à domicile était retenu dans les prochaines années, cet effort de création de places réalisé dans l'intervalle (suivant le scénario 1) permettrait, entre autres, d'absorber une partie des besoins de renouvellement du parc actuel.

Même si ce choix n'a pas fait l'unanimité, la mission a retenu trois scénarios dès 2015, considérant qu'en une décennie le trajet décrit par les scénarios 3 et 5 pouvait être parcouru.

Au total, les projections retenues par la mission sont les suivantes :

- Sur la base de 406.200 places occupées par les personnes âgées de plus de 75 ans dans les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée en 2004, les projections de besoins de places en établissement sont données dans le tableau 2.6 - 1.

Tableau 2.6 - 1 : Projections des besoins de places en établissement

	2010	2015	2025
Scénario 3 Maintien à domicile renforcé (à l'exception des personnes âgées les plus dépendantes)		[372.000 ; 393.000] [-8% ; -3%]	[340.000 ; 381.000] [-16% ; -6%]
Scénario 1 Taux de résidence à domicile et en établissement constants	[445.000 ; 460.000] [+10% ; +13%]	[477.000 ; 504.000] [+17% ; +24%]	[540.000 ; 594.000] [+33% ; +46%]
Scénario 5 Résidence accrue en établissement pour les personnes âgées les plus dépendantes		[488.000 ; 519.000] [+20% ; +25%]	[563.000 ; 623.000] [+39% ; + 53%]

[Nombre de places hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes ; nombre de places hypothèse haute]

[Evolution du parc /2004 hypothèse basse ; évolution du parc /2004 hypothèse haute]

- Sur la base d'un chiffre de référence en 2004 de 185.000 personnels en équivalent temps plein (45 ETP pour 100 places), les projections de personnels en établissement sont donnés dans le tableau 2.6 - 2.

Tableau 2.6 - 2 : Projections des personnels en établissement (ETP)

	2010	2015	2025
Scénario 3 Maintien à domicile renforcé (à l'exception des personnes âgées les plus dépendantes)		V1 : [168.000 ; 177.000] V2 : [206.000 ; 218.000] V3 : [212.000 ; 224.000]	V1 : [153.000 ; 171.000] V2 : [190.000 ; 214.000] V3 : [194.000 ; 217.000]
Scénario 1 Taux de résidence à domicile et en établissement constants	V1 : [200.000 ; 207.000] V2 : [243.000 ; 252.000] V3 : [254.000 ; 262.000]	V1 : [215.000 ; 227.000] V2 : [260.000 ; 276.000] V3 : [272.000 ; 288.000]	V1 : [245.000 ; 267.000] V2 : [293.000 ; 324.000] V3 : [308.000 ; 339.000]
Scénario 5 Résidence accrue en établissement pour les personnes âgées les plus dépendantes		V1 : [220.000 ; 230.000] V2 : [266.000 ; 281.000] V3 : [278.000 ; 292.000]	V1 : [254.000 ; 280.000] V2 : [307.000 ; 341.000] V3 : [322.000 ; 355.000]

[Personnels ETP en établissement hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes ; personnels hypothèse haute]

V1 = variante 1 : le taux d'encadrement moyen (45 ETP pour 100 places) a été appliqué aux projections du nombre total de places.

V2 = variante 2 : le taux d'encadrement moyen (45 ETP pour 100 places) a été appliqué au nombre de places destinées aux personnes âgées non dépendantes et le taux d'encadrement des établissements médicalisés (57 ETP pour 100 places) au nombre de places destinées aux personnes âgées dépendantes.

V3 = variante 3 : le taux d'encadrement des établissements médicalisés (57 ETP pour 100 places) a été appliqué aux projections du nombre total de places en établissement, qu'elles soient occupées par des personnes dépendantes ou non.

- Pour ce qui est des aides à domicile, les projections sont données dans le tableau 2.6 - 3. À titre indicatif, les personnels d'aide à domicile estimés selon la même méthode étaient, en 2004, 95.000 (ETP). D'autres types de personnels que ceux financés par l'APA contribuent à l'aide quotidienne aux personnes âgées dépendantes, notamment via les aides fiscales et les exonérations de cotisations sociales pour l'emploi de personnel à domicile.

Tableau 2.6 - 3 : Projections des personnels d'aide à domicile (ETP)

	2010	2015	2025
Scénario 3 Maintien à domicile renforcé (à l'exception des personnes âgées les plus dépendantes)		Variante de référence : [135.000 ; 144.000] Variante haute : [363.000 ; 389.000]	Variante de référence : [164.000 ; 174.000] Variante haute : [445.000 ; 472.000]
Scénario 1 Taux de résidence à domicile et en établissement constants	Variante de référence : [110.000 ; 122.000] Variante haute : [280.000 ; 308.000]	Variante de référence : [117.000 ; 133.000] Variante haute : [301.000 ; 341.000]	Variante de référence : [127.000 ; 148.000] Variante haute : [327.000 ; 375.000]
Scénario 5 Résidence accrue en établissement pour les personnes âgées les plus dépendantes		Variante de référence : [113.000 ; 127.000] Variante haute : [288.000 ; 327.000]	Variante de référence : [120.000 ; 138.000] Variante haute : [303.000 ; 352.000]

[Personnels d'aide à domicile ETP hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes ; personnels hypothèse haute]

Variante de référence construite sur la base du nombre moyen d'heures d'aide actuellement attribuées aux personnes âgées bénéficiaires de l'APA (62 heures mensuelles pour les personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) et 34 heures mensuelles pour les personnes moyennement dépendantes (GIR 3 et 4), volume d'heures converti ensuite en équivalent temps plein (ETP) sur la base d'une référence de 35 heures de travail hebdomadaire.

Variante haute constituée sur la base de 150 heures mensuelles d'aide pour les personnes dépendantes et isolées (GIR 1 à 4), 62 heures pour les personnes âgées très dépendantes ayant un conjoint et 34 heures pour les personnes moyennement dépendantes et ayant un conjoint ; volume d'heures converti en ETP sur la base d'une référence de 35 heures de travail hebdomadaire.

2.6.4 Éclairages complémentaires

La comparaison internationale n'invite pas spontanément à privilégier telle ou telle option. On l'a dit, la France figure dans le peloton de tête des pays pour ce qui est de la prise en charge en institution : selon le scénario retenu et sauf à ce que les pays considérés changent eux-mêmes radicalement de politique, elle rejoindrait les pays les plus en pointe (la Suède en particulier) ou reviendrait dans la moyenne.

Le **scénario 3** suppose une décroissance modérée du parc (entre 25 et 65.000 places en 2025 par rapport à la situation 2004), laquelle absorberait tout ou partie du besoin de renouvellement actuel. Les hypothèses qui fondent ce scénario sont conformes aux souhaits que semblent exprimer les personnes âgées et leurs proches : le maintien à domicile, mais pas dans n'importe quelles conditions. L'entrée en institution de plus en plus tardive et de plus en plus fondée sur l'existence d'une dépendance sévère semble une tendance lourde, observée avant même les premières politiques visant la dépendance. Elle a quelque chance de se poursuivre. En outre, les mesures récentes en faveur des services à la personne, la compétence générale de structuration de la prise en charge confiée aux départements ou encore le renforcement des compétences régionales en matière de formation professionnelle tendent à accréditer l'hypothèse d'un maintien accru à domicile des personnes moyennement dépendantes. Pour ce qui est des personnes les plus dépendantes, l'hypothèse d'un taux d'entrée en institution stable nécessite d'importants efforts en termes de dispositifs de soins à domicile et d'accompagnement dans le cadre d'accueil de jour et de nuit et d'hébergement temporaire.

Le **scénario 1** suppose des efforts diversifiés en termes de construction de places (entre + 135.000 et +190.000 d'ici 2025) et de mobilisation de personnels (en établissement et à domicile). Par construction

(puisque'il suppose constants les taux de résidence à domicile et en établissement), il ne révèle pas les engagements de la collectivité en faveur de telle ou telle option.

Le **scénario 5** suppose, quant à lui, un effort continu sur 20 ans de création de places (entre 160 et 220.000 d'ici 2025) qui s'ajouterait au besoin de renouvellement constaté, sans parler des efforts de recrutement de personnels en établissement à consentir. Ce scénario pourrait refléter les difficultés croissantes que sont susceptibles de connaître les personnes âgées dépendantes pour mobiliser l'aide de leur conjoint ou de leur famille.

Le vieillissement de la population ne décrit donc pas un seul avenir en termes de prise en charge.

Les pouvoirs publics sont face à un ensemble d'options. Il leur revient de se situer en fonction des attentes exprimées par les personnes âgées et leurs familles, des tendances sociales de fond et de leurs possibilités d'intervention. Renforcer le maintien à domicile des personnes âgées suppose ainsi non seulement de remplir les conditions décrites par les chercheurs (d'une part, traiter les facteurs déclenchants connus de l'entrée en établissement et, d'autre part, mettre en place les conditions positives du maintien à domicile) mais aussi d'organiser une importante opération de ressources humaines en faveur de l'emploi à domicile (en termes de formation, d'incitation, d'organisation du secteur, de mutualisation des ressources).

Mettre en œuvre un programme soutenu de construction de places ne requiert pas seulement des moyens financiers mais aussi de réelles capacités d'anticipation. La mission est en effet convaincue que la nature des établissements et des places considérés, ainsi que le mode de constitution de l'offre évolueront considérablement dans les années à venir, notamment pour assurer la continuité de la filière gériatrique et permettre à des opérateurs de mettre à disposition une offre diversifiée, où la place d'hébergement durable ne sera qu'un élément d'une large palette de prise en charge. Ces questions seront au centre du deuxième volet de la commande ministérielle.

Le principal motif de controverse au sein de la mission a eu trait, du côté des opérateurs, aux hypothèses retenues pour fonder les projections en matière de taux d'encadrement en établissement et de personnels à domicile. Ces projections ont été construites à titre purement indicatif et à conditions de prise en charge identiques à celles d'aujourd'hui. Ceci conduit à une estimation de l'impact « automatique » des scénarios sans prise en compte des changements quantitatifs et qualitatifs qui pourraient s'avérer nécessaires ou souhaitables. Ces questions seront reprises dans les deuxième et troisième volets de la commande ministérielle.

3 Les besoins et le parc existant

Le besoin en places nouvelles en établissement approché dans les développements précédents n'emporte aucun jugement quant à la qualité ou l'adéquation du parc actuel. L'enjeu de ce qui suit est précisément d'apporter un certain nombre d'éclairages sur les enjeux de renouvellement attachés au parc existant.

3.1 Le parc existant considéré au niveau national

3.1.1 Les locaux et équipements

Dans 31 % des cas, les EHPA présentent des critères d'isolement géographique avec les premiers commerces ou services situés à plus de 500 mètres. Par ailleurs, dans 27 % des établissements, les résidents sont contraints de faire appel à une aide extérieure (taxi ou famille) pour rejoindre un autre lieu. Cependant, près de la moitié des établissements sont desservis par des transports collectifs, dont certains sont mis en place par l'établissement lui-même. Dans la plupart des cas, les établissements sont accessibles aux personnes à mobilité réduite (dont celles en fauteuil roulant), aux abords des bâtiments comme à l'intérieur.

Tableau 3.1 - 1 : L'aménagement des établissements (en %)

	maisons de retraite	unités de soins de longue durée	logements-foyers	ensemble
abords des bâtiments accessibles aux personnes en fauteuil roulant	94	96	88	93
ascenseurs accessibles aux personnes en fauteuil roulant	86	95	74	83
entrée accessible aux personnes en fauteuil roulant	92	97	84	92
bâtiment disposant de places de stationnement adaptées	73	75	62	71
circulations horizontales dépourvues de marche	92	97	84	90
circulations horizontales équipées de mains courantes	92	95	76	87
circulations éclairées en permanence ou équipées d'un détecteur de présence	74	74	46	66

Source : enquête EHPA, Drees

Tableau 3.1 - 2 : Les caractéristiques des chambres

	Ensemble	maison de retraite				USLD
		rattachée à un hôpital	privée à but lucratif	privée à but non lucratif	autonome publique	
chambre à 1 lit surface inférieure à 16 m ²	30	39	13	30	34	29
chambre à 1 lit surface entre 16 m ² et 20 m ²	34	32	47	33	32	25
chambre à 1 lit surface supérieure à 20 m ²	18	8	22	28	15	7
chambre à 2 lits surface inférieure à 20 m ²	6	8	4	3	6	12
chambre à 2 lits surface supérieure à 20 m ²	11	12	13	5	11	23
chambre à 3 lits	1	1	0	0	1	4
ensemble	100	100	100	100	100	100

Source : enquête EHPA, Drees

On constate une répartition spécifique des types de places entre les structures : trois quarts des places en établissement sont des chambres situées, dans 80 % des cas, dans des maisons de retraite. Un quart des places sont des logements qui émanent, dans 88 % des cas, des logements-foyers.

Dans 53 % des cas, les logements proposés par les établissements sont de type F1 bis ou I bis, d'une surface habitable supérieure à 20 m², alors que 34 % des chambres individuelles présentent des superficies comprises entre 16 et 20 m².

82 % des chambres sont individuelles. 90 % sont équipées de toilettes et 52 % de douches. On observe cependant de grandes disparités d'offre d'équipement sanitaire selon les types d'établissement : 73 % des chambres dans les maisons de retraite privées à but lucratif sont équipées de douches contre 34 % des chambres dans les USLD et 36 % dans les maisons de retraite rattachées à un hôpital.

Tableau 3.1 - 3 : L'équipement sanitaire des chambres (en %)

	maison de retraite				USLD	ensemble
	rattachée à un hôpital	privée à but lucratif	privée à but non lucratif	autonome publique		
avec WC	95	89	84	95	90	90
avec lavabo	97	96	95	100	98	97
avec douche	36	73	53	48	34	52

Source : enquête EHPA, Drees

Tableau 3.1 - 4 : Les équipements de confort des chambres (en %)

avec occultation des fenêtres (volets, rideaux, stores...)	96
avec prise de téléphone	90
avec prise de télévision	88
avec réglage individuel du chauffage	71
avec réfrigérateur	6
avec équipement de cuisine	3

Source : enquête EHPA, Drees

3.1.2 Enjeux de renouvellement

Les enjeux de renouvellement du parc n'apparaissent pas directement dans la brève présentation factuelle qui précède.

Les critères discriminants évoluent au fil du temps : ce sont essentiellement aujourd'hui les équipements de confort (du type climatisation, stores électriques, réglage individuel du chauffage...) et de sécurité (du type appel malade portatif, mitigeur thermostatique ou détecteur incendie). À titre d'exemple, les chambres disposant de douche accessible avec un fauteuil roulant sont présentes dans 34 % maisons de retraite rattachées à un hôpital contre 64 % de maisons de retraite privées à but lucratif.

Si l'on fait le cumul des chambres simples inférieures à 16 m², des chambres doubles inférieures à 20 m² et des chambres triples, soit trois configurations que certains membres de la mission estiment aujourd'hui totalement inadaptées à l'hébergement des personnes âgées, on parvient à un total de 37% des chambres existantes.

D'une manière générale, les établissements qui présentent l'offre d'équipement la plus complète sont les maisons de retraite privées – à but lucratif ou non –, privilégiant simultanément l'accessibilité, la sécurité mais aussi le confort des résidents. *A contrario*, les logements-foyers présentent les niveaux d'équipement les plus faibles.

Pour un certain nombre d'équipements de confort souhaitables, les opérateurs se heurtent à des problèmes de règles de sécurité.

Par ailleurs, s'il n'est pas d'opérateur qui ne souhaite disposer de taux d'équipement à 100% dans chacun des équipements techniques ou de confort mentionnés, les établissements publics et privés

habilités à l'aide sociale sont contraints par le niveau tarifaire accepté ou non par le Conseil général, dans le souci d'apporter une solution d'hébergement accessible en termes financiers.

Les logiques d'opérateurs ne sont pas non plus les mêmes selon les territoires - urbains, périurbains, ruraux et semi-ruraux. Le secteur privé est ainsi naturellement soucieux de ses implantations, pour des raisons de valorisation et de protection de ses actifs immobiliers

Enfin, la datation des équipements est une autre question essentielle. Les vagues d'équipements sont fonction des différentes périodes de construction, des différentes générations de bâtiments.

Le cumul de situations défavorables (chambres petites, absence de certains équipements discriminants, situation délicate vis-à-vis des normes de sécurité etc.) désigne clairement un besoin de restructuration, voire de fermeture pure et simple de certains établissements. Une typologie, une gradation des établissements est à envisager pour les volets 2 et 3 de la commande ministérielle. Elle permettra de mesurer l'enjeu en termes d'investissement potentiel.

3.1.2.1 État du parc et médicalisation des besoins

L'état du parc et les enjeux de renouvellement doivent être aussi appréhendés en fonction de l'évolution prévisible des besoins de la population hébergée. En effet, outre l'évolution quantitative résultant d'un simple effet « vieillissement », il importe de considérer des aspects plus qualitatifs liés à l'état de santé des personnes vivant en établissement. Les premiers résultats de l'enquête *EHPA* 2003 semblent ainsi indiquer une très forte hausse du niveau de dépendance des personnes résidant en institution (hors logements-foyers) : 81 % de ces personnes seraient classées dans les GIR 1 à 4 en 2003, alors que 5 ans plus tôt, ce n'était le cas que de 57 % de la population hébergée (selon l'enquête *HID*). Il est certes nécessaire de rester prudent sur l'ampleur de cette croissance en raison, d'une part, de difficultés méthodologiques (données de type déclaratives pour l'enquête *HID* et administratives pour l'enquête *EHPA*) et, d'autre part, de l'éventualité de variations dans l'estimation du niveau de dépendance des personnes âgées vivant en institution (ce niveau de dépendance ayant des conséquences budgétaires directes). Toutefois, on peut considérer que ces chiffres traduisent une tendance certaine qui n'est pas sans conséquence sur le parc et les besoins futurs.

En termes de médicalisation de l'offre, nous rappelions plus haut que 54 % des places offertes au sein des EHPA correspondent à une prise en charge médicalisée (que ce soit dans le cadre des établissements signataires d'une convention tripartite, des sections de cure médicale ou des USLD n'ayant pas encore signé de convention tripartite). Ce chiffre traduit une progression très nette depuis 1996 où seulement 34 % des places étaient médicalisées mais il reste tout de même insuffisant pour couvrir les besoins d'une population de plus en plus dépendante. L'évolution de la « clientèle » des EHPA implique que l'offre médicalisée continue à être renforcée.

Un corollaire de ces besoins en places médicalisées concerne le taux d'encadrement au sein des EHPA. Évalué aujourd'hui à 45 ETP pour 100 places, le taux d'encadrement a connu une croissance relativement soutenue depuis 1996 (plus 0,14 point) qui peut-être rapprochée de la hausse du niveau de dépendance des résidents. La poursuite de la tendance à l'augmentation du niveau de dépendance implique que ce taux d'encadrement reste lui aussi sur une tendance à la hausse. Ainsi, dans les USLD, structures qui aujourd'hui accueillent le plus de personnes dépendantes (98 % des résidents sont en GIR 1 à 4 dont 82 % en GIR 1 ou 2), le taux d'encadrement est de l'ordre de 0,79 (cf. tableau 3.1 - 5). Ce taux d'encadrement est relativement proche de celui observé dans le secteur des adultes lourdement handicapés (foyers d'accueil médicalisé – maisons d'accueil spécialisé) à savoir entre 0,8 et 1 agent en équivalent temps plein par résident.

De même, au-delà du taux d'encadrement global au sein des EHPA, c'est la structure des effectifs qui doit aussi s'adapter aux besoins des personnes âgées dépendantes. Ainsi, si le taux d'encadrement est relativement proche au sein des résidences d'hébergement temporaire et au sein des maisons de retraite privées à but lucratif, dans ces dernières – qui comptent 54 % de résidents lourdement dépendants – le personnel paramédical et soignant représente 28 % des effectifs contre 15 % pour les résidences d'hébergement temporaire qui accueillent 16 % de personnes lourdement dépendantes.

Cette question de l'encadrement sera bien entendu reprise dans les volets ultérieurs des travaux de la mission.

Tableau 3.1 - 5 : proportion de la population hébergée lourdement dépendante, taux d'encadrement et structure des effectifs

	logement foyer	maison de retraite autonome publique	maison de retraite rattachée à un hôpital	maison de retraite privée à but non lucratif	maison de retraite privée à but lucratif	résidence d'hébergement temporaire	Unité de soins de longue durée
Part des résidents en GIR 1 à 2	n.d.	39 %	31 %	41 %	54 %	16 %	82 %
Proportion des places occupées par des personnes atteintes de détérioration intellectuelle	3 %	17 %	9 %	16 %	39 %	17 %	23 %
Taux d'encadrement (pour 100 résidents) dont :	16	54	49	46	46	47	79
- personnel de direction et des services généraux	9,92	15,66	6,37	15,18	12,42	18,8	10,27
- personnel éducatif, social et d'animation	1,6	2,16	0,98	3,22	5,98	2,82	1,58
- personnel médical	0	0,54	0,49	0,46	0,46	0	1,58
- personnel paramédical ou soignant dont	2,88	17,82	24,01	13,8	12,88	7,05	46,61
- aides soignants	2,08	12,96	17,64	9,2	7,82	5,64	31,6
- infirmiers	0,48	3,78	4,9	2,76	2,76	0,94	11,06
- agents de service	1,6	18,36	17,64	13,34	14,26	19,74	18,96

Source : d'après *Etudes et résultats* n° 379

3.1.2.2 Les logements-foyers : quel potentiel d'hébergement ?

Le rapport Grunspan⁴³ sur les logements-foyers pour personnes âgées avait pour objet d'«*évaluer l'adaptation du patrimoine des logements-foyers pour personnes âgées à l'évolution de la population hébergée, de fixer des exigences en matière de sécurité et d'accessibilité et de déterminer des modes de financement possibles pour permettre la mise à niveau de ce patrimoine.*»

De façon significative, comme l'indique l'auteur dans son avant-propos, ce concept de logement-foyer, né de la loi cadre sur l'urbanisme du 7 août 1957 et très en vogue dans les années soixante-dix, résulte du «*rapprochement de deux cultures à travers deux termes, symbolisant l'un, l'hébergement collectif de nature sociale ou médico-sociale, l'autre l'autonomie et l'intimité.* »

Les questions posées aux rapporteurs de la mission Grunspan étaient claires :

- quel est l'avenir de ces structures, étant donné l'élévation continue du niveau de dépendance moyen de leurs occupants ?
- Comment adapter les établissements aux exigences de sécurité et d'accessibilité liées à cette évolution des populations accueillies et de la demande sociale de sécurité, sans nuire à la qualité d'usage de ces structures et à leur accessibilité (en termes financiers) ?

On laissera aux auteurs leur appréciation du caractère innovant du concept de logement-foyer.

⁴³ Conseil général des Ponts et Chaussées, Jean-Pierre Grunspan, rapport du groupe de travail sur "*Les logements-foyers pour personnes âgées*", 2002.

Dans le cadre de la commande ministérielle, l'avenir de ces structures nous intéresse avant tout pour le devenir des capacités d'hébergement qu'elles recèlent. Ces structures ont aujourd'hui un problème évident de destination : doivent-elles accueillir des personnes «valides ou occasionnellement dépendantes» ou couvrir une partie des besoins d'hébergement de personnes non autonomes, autrement que par souci de continuité d'accueil des personnes hébergées ? En somme, les logements-foyers ont-ils vocation à accueillir des personnes dépendantes sous prétexte qu'ils en hébergent déjà ? Cette question est à la base de la réflexion sur l'avenir de ces structures dans le cadre de la réforme de la tarification : ont-elles vocation à se transformer en EHPAD après signature d'une convention tripartite ? À quels coûts cette transformation est-elle possible ?

Malgré l'accélération récente de la signature de conventions, il n'est pas certain que la mobilisation de cette partie du parc pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes soit très rentable, en termes de volume de places et de coûts. Elle doit en tout cas être adaptée pour tenir compte des différences de situation décrites par exemple par l'UNIOPSS⁴⁴ :

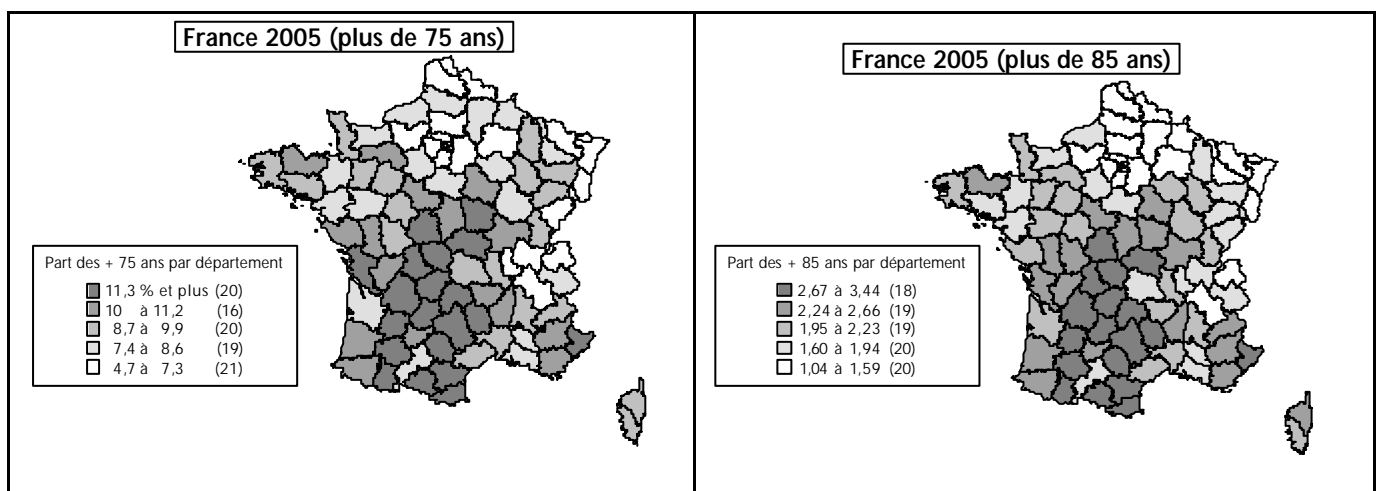
- un certain nombre de structures paraissent en état de pérenniser leur projet initial en continuant d'accueillir des personnes âgées autonomes ;
- un autre groupe de logements-foyers est constitué des établissements qui accueillent des résidents de plus en plus dépendants, mais ne paraissent pas en mesure d'engager les opérations d'adaptation nécessaires : pour ces établissements, souvent touchés dès à présent par des problèmes de sous-occupation, la fermeture ou la reconversion s'imposent (20% du parc de logements-foyers pourrait être concerné) ;
- le troisième groupe rassemble les établissements qui accueillent eux aussi des personnes de plus en plus dépendantes mais apparaissent disposés à engager les restructurations nécessaires à cette prise en charge, en se transformant en EHPAD ou en bénéficiant d'une adaptation de la réforme de la tarification (sous forme de conventionnement tripartite partiel par exemple).

3.2 L'approche des besoins sur le territoire : que peut-on dire aujourd'hui?

3.2.1 Caractéristiques démographiques

État de santé, grand âge et besoins potentiels sont étroitement liés. L'analyse démographique est une manière d'aborder les besoins potentiels actuels et à venir. Il s'agit d'envisager les effectifs de la population susceptibles d'avoir recours à un accompagnement, quel qu'il soit. Notons toutefois que cette approche induit que les phénomènes de sénescence (temps biologique) et d'avancée en âge (temps chronologique) se confondent, au-delà des spécificités de chacun.

Cartes 3.2 - 1 et 2 : La part des 75 ans et plus et des 85 ans et plus en 2005



Sources : INSEE, RGP 1999.

⁴⁴ Alain Villez, «EHPA et EHPAD - Cahier des charges pour le troisième millénaire», Note pour la mission EHPAD, juin 2005.

À quelques exceptions près, les répartitions géographiques des plus de 75 ans et des plus de 85 ans sont sensiblement identiques en 2005 et 2025.

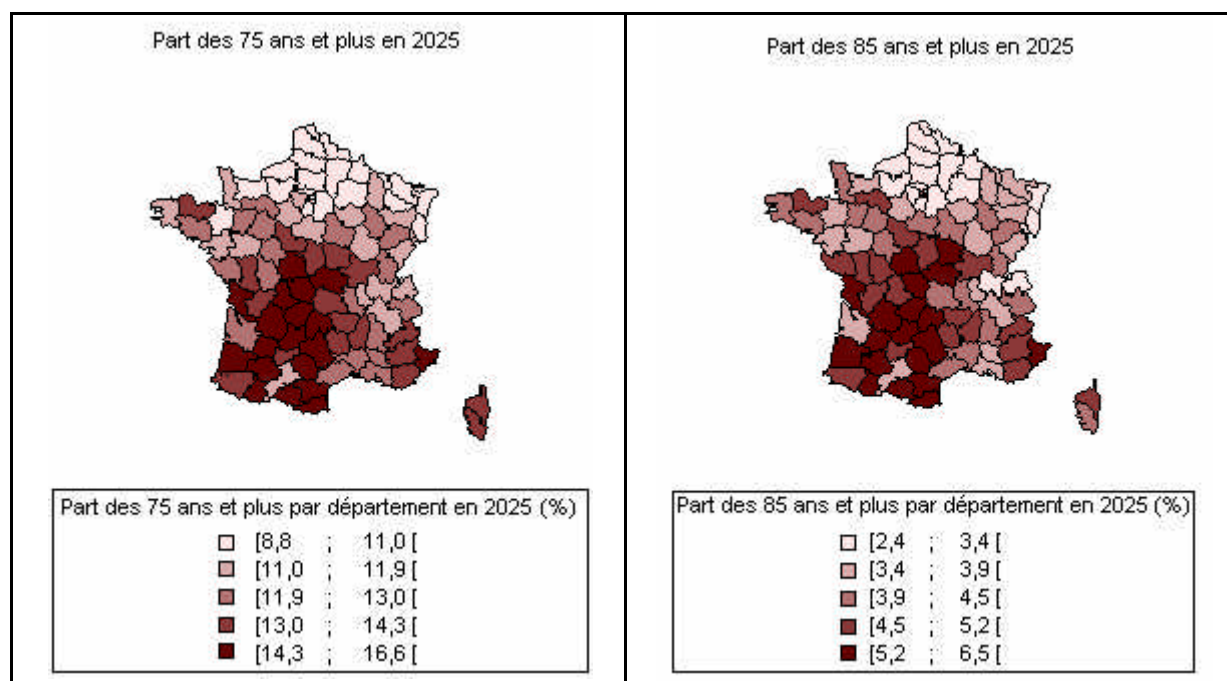
D'une manière générale, les 75 ans et plus sont surreprésentés dans le quart Sud-ouest, au regard des 7,7% de la moyenne nationale. *A contrario*, la partie Nord/Nord-est du territoire et certains départements de la région Rhône-Alpes paraissent moins marqués. On relève cependant une exception pour les 75 ans et plus dans les départements de la Meuse, de la Haute-Marne, des Vosges et de la Haute-Saône qui disparaît lorsque l'on considère uniquement les 85 ans et plus.

Une typologie peut être brossée succinctement pour 2005 :

- dans la majorité des cas, les départements ne connaissent pas de changement profond lorsque l'on change l'âge seuil de 75 ans pour celui de 85 ans et plus ;
- on distingue pourtant des départements pour lesquels la part des 85 ans et plus est relativement faible au regard de celle des 75 ans et plus. Il s'agit notamment du Morbihan, de l'Orne, de la Meuse, des Vosges, du Puy-de-Dôme ;
- à l'inverse, on remarque des départements pour lesquels la part des 85 ans et plus pèse sur le poids des 75 ans et plus. Il s'agit par exemple de la Gironde, de l'Aube, du Maine-et-Loire, de Paris.

À l'horizon 2025, on observe sensiblement la même répartition, le même gradient Est/Nord-est, quart Sud-ouest. Les critères constitutifs de la typologie restent identiques, mais la composition des classes diffère.

Cartes 3.2 - 3 et 4 : la part des 75 ans et plus et des 85 ans et plus en 2025



Ainsi, dans la plupart des cas, la répartition des départements selon les âges est proche aux deux dates. L'enjeu se place désormais dans l'évolution des proportions entre 2005 et 2025. Ainsi, alors que le Lot compte 13,2% de 75 ans et plus et 3% de 85 ans et plus en 2005, il en comptera respectivement 16,3% et 6,4% en 2025.

Si l'analyse démographique apparaît comme une première approche des besoins potentiels de la population, elle n'est ni parfaitement fiable, ni évidemment suffisante. D'autres indicateurs doivent compléter cette analyse afin de donner une image plus juste des besoins.

Le basculement migratoire autour de la retraite et de l'entrée dans la dépendance nécessiterait en particulier une analyse approfondie : sont notamment en cause l'héliotropisme et/ou le rapprochement par rapport aux zones littorales ou encore l'éloignement des grandes métropoles, etc.

Cependant, les données INSEE sur les migrations des populations restent assez limitées. La seule source statistique qui permettrait d'étudier les migrations interdépartementales des personnes âgées est le recensement (comparaisons 1990/1999). Cependant, bien peu d'études spécifiques sur le sujet sont disponibles.

Tout au plus peut-on citer ces quelques chiffres issus du recensement de la population de 1999, qui montrent que les personnes vivant en institution et logement-foyer en 1999 ont changé de département plus souvent que les autres aux mêmes âges⁴⁵. Cela peut indiquer une pénurie dans leur département d'origine, ou la volonté de se rapprocher du reste de la famille (enfants notamment).

Tableau 3.2 - 1 : Part des personnes ayant changé de département entre 1990 et 1999 (en %)

	Hors logement ordinaire		Logements-foyers		Ensemble de la population	
	60-79 ans	80 ans et plus	60-79 ans	80 ans et plus	60-79 ans	80 ans et plus
Hommes	12	14	11	15	7	5
Femmes	18	15	14	13	6	7
Ensemble	15	15	14	14	7	6

Source : recensement général de la population de 1999. Champ : personnes vivant en France métropolitaine en 1999, hors personnes habitant à l'étranger en 1990 et celles vivant dans des habitations mobiles en 1999.

3.2.2 L'évaluation de la dépendance à l'échelle départementale

3.2.2.1 Outils disponibles

Réalisée entre 1998 et 2001, l'enquête *HID* est, on l'a dit, la première à avoir rassemblé de manière globale des données sur la dépendance en France. Cette enquête s'est faite en deux passages en institution (1998 et 2000) et à domicile (1999 et 2001). Cette enquête offre une vision longitudinale de la dépendance. Cependant, l'échantillon de l'enquête *HID* n'est pas suffisant pour procéder à une estimation départementale fiable du nombre de personnes dépendantes, à l'exception de sept départements et une région⁴⁶ où des enquêtes complémentaires sur un échantillon étendu ont été menées.

Une autre source de données sur la dépendance est l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) instaurée par la loi du 20 juillet 2001 pour toute personne âgée « incapable d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à son état physique ou mental. »⁴⁷ L'APA est attribuée suite à une évaluation médico-sociale et à une décision administrative qui relève du département. L'analyse de la dépendance par l'exploitation des données de l'APA comporte cependant des biais méthodologiques :

- les personnes dont les ressources sont suffisantes pour assurer seules le financement d'aides ou qui ne souhaitent pas recourir à l'allocation (pour des raisons de confidentialité sur leurs ressources ou en raison de l'existence d'un ticket modérateur, qui atteint 90% au-delà d'un certain seuil de ressources) ne sont ainsi pas prises en compte dans les relevés de l'APA ;
- certaines personnes vivant en institution dans un département reçoivent l'APA versée par un autre département (celui de leur résidence antérieure) ;
- la montée en charge de l'APA s'est faite à des rythmes différents selon les départements ;

⁴⁵ À noter que l'on se sait pas si les personnes en institution en 1999 l'étaient déjà en 1990 ou si elles résidaient à domicile.

⁴⁶ Val d'Oise, Bouches-du-Rhône, Hérault, Loire, Seine-et-Marne, Ille-et-Vilaine, Pas-de-Calais et région Haute-Normandie (Seine Maritime et Eure).

⁴⁷ *Journal Officiel* du 21 juillet 2001.

- enfin, l'enquête *HID* a révélé des écarts considérables entre les estimations, selon les indicateurs de dépendance retenus. « *La proportion de 60 ans et plus vivant au domicile et présentant des incapacités varie selon les grilles d'évaluation.* »⁴⁸

Il est essentiel de tenir compte de ces limites méthodologiques lors de l'interprétation des résultats.

Encadré 3.2 - 1 Estimations départementales en matière de dépendance

La connaissance du nombre de personnes âgées dépendantes (par exemple, au sens de la grille AGGIR) au niveau départemental est délicate, cette variable n'étant pas observable directement. Différentes voies ont été empruntées, impliquant dans tous les cas une part plus ou moins importante de modélisation, qui peut avoir pour conséquence de lisser d'éventuelles disparités départementales.

Une première voie consiste à réaliser une enquête auprès des personnes, puis à recueillir, soit directement l'information sur le niveau de dépendance, soit sur une variable proche. C'est la démarche adoptée lors de l'enquête *HID* 1999, l'INSEE ayant réalisé dans sept départements et une région une extension du filtre VQS (adossé au recensement et permettant de sur-représenter les personnes handicapées ou dépendantes). À partir de techniques d'estimation complexes dites de « petits domaines », l'INSEE a ainsi publié le nombre de personnes âgées dépendantes dans sept départements et une région, la Haute Normandie (cf. *INSEE Résultats société n° 12*).

Il va de soi que le protocole et le coût de telles extensions peuvent s'avérer prohibitifs, surtout si on doit les répéter. Par ailleurs, l'effectif de personnes âgées dépendantes effectivement mesuré dans le cadre de ce type d'enquête reste entaché d'erreurs de sondage (fonction de la taille de l'échantillon) ou d'erreurs de mesure (le protocole d'évaluation par enquêteur pouvant ne pas conduire au même résultat que le protocole d'évaluation du GIR par une équipe médico-sociale).

Une seconde voie consiste à modéliser au mieux le lien entre la dépendance et d'autres variables connues au niveau départemental, en faisant l'hypothèse que les régularités statistiques observées au niveau national se déclinent au niveau départemental.

Le réseau d'action régionale de l'INSEE a ainsi proposé deux approches pour estimer et projeter le nombre de personnes âgées dépendantes des départements à partir des résultats nationaux des enquêtes *HID*. La première approche mobilise les spécificités des tables de mortalité départementales existantes et projetées. La seconde approche met en avant les particularités départementales en termes de répartition des personnes âgées entre maisons de retraite et domicile, en distinguant les personnes vivant seules. Ces matériaux assortis de conseils d'utilisation ont été diffusés à toutes les Directions régionales de l'INSEE pour répondre aux questions de leurs interlocuteurs locaux.

Il reste cependant que, dans ce type de modélisation, la liaison entre les variables n'est pas à 100 %, les « résidus » non expliqués pouvant justement représenter des variables non introduites dans le modèle qui sont la traduction de spécificités locales. Ainsi, par exemple, s'il existe bien une liaison entre les quotients de mortalité et la dépendance, il peut subsister des facteurs supplémentaires, sanitaires ou sociaux, non pris en compte, comme les causes de mortalité ou la répartition par groupe socio-professionnel.

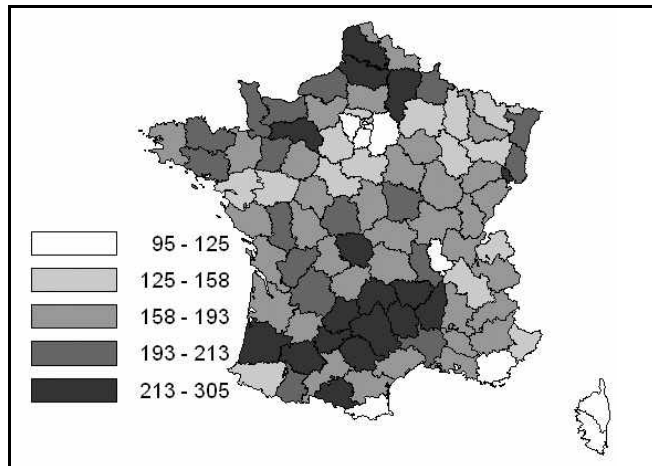
À ce stade, il semble prudent d'utiliser ce type de modèle plutôt en évolution d'une année sur l'autre, pour estimer l'impact du vieillissement au niveau départemental, plutôt que de l'utiliser pour estimer le nombre absolu de personnes âgées dépendantes. Pour ce dernier, les statistiques de reconnaissance administrative de la dépendance (le nombre de bénéficiaires de l'APA, dont la montée en charge semble en cours d'achèvement) peuvent servir de base, même si ce nombre dépend en partie des politiques locales ou des comportements des individus (en matière de recours à cette prestation notamment).

3.2.2.2 Résultats globaux à partir des données de l'APA

Fin 2003, on recensait en moyenne 173 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en France métropolitaine. Ce taux est compris entre 95 ‰ (en Essonne) et 305 ‰ (en Ariège). Pour dix départements, dont ceux de l'Île-de-France, la part des bénéficiaires de l'APA dans la population âgée est inférieure à 124 ‰. Pour dix autres départements – principalement du Sud-Ouest ou du Centre – elle est supérieure à 225 ‰. Les données brutes apparaissent très contrastées.

⁴⁸ Henrard J.-C., Ankri J., *Vieillesse, grand âge et santé publique*, 2003.

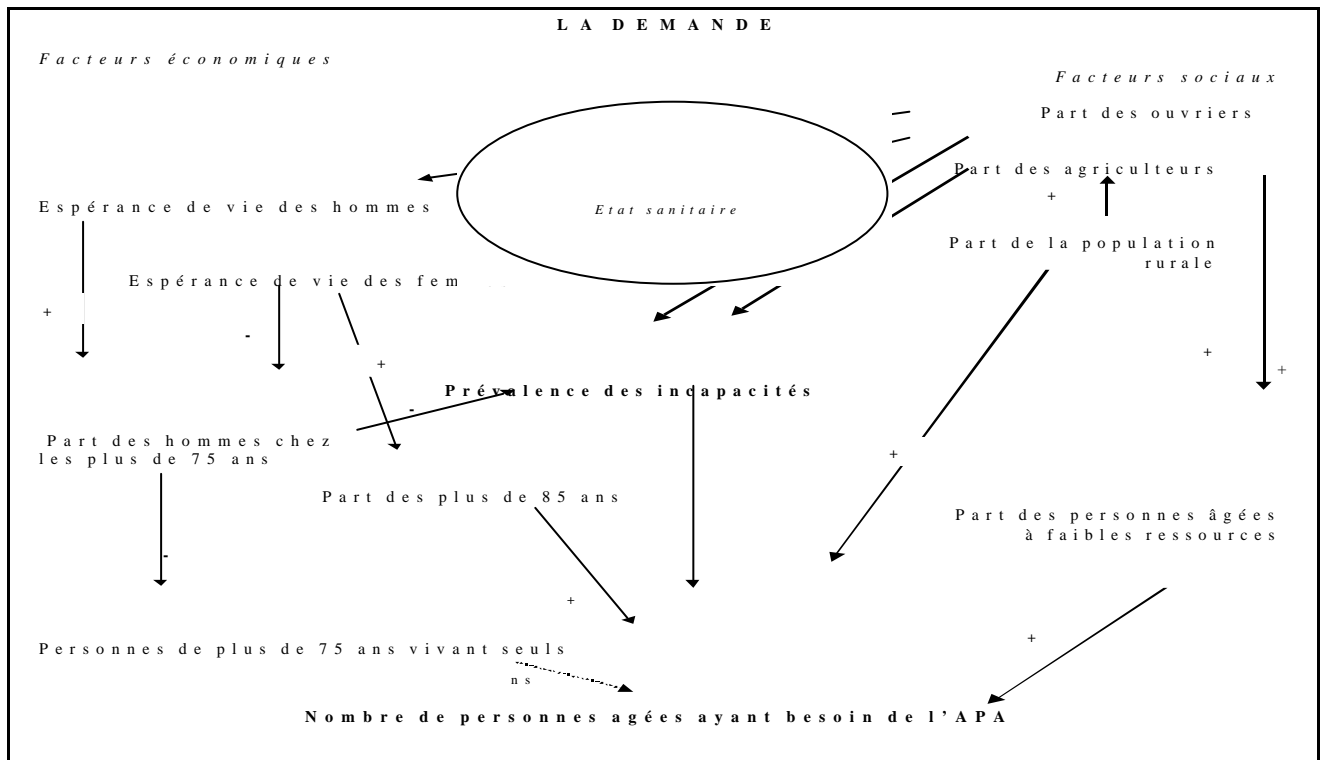
Carte 3.2 - 5 : Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus



Un travail de modélisation a été mené par la DREES⁴⁹ afin d'estimer le nombre de personnes âgées dépendantes par département, en utilisant la structure socioprofessionnelle et les facteurs identifiés comme influençant la dépendance.

Un modèle économétrique a donc été réalisé pour expliquer le nombre de bénéficiaires de l'APA par les caractéristiques socio-démographiques du département. Par la suite, le résidu de cette équation économétrique a été expliqué par des caractéristiques propres à la politique du Conseil général.

Le schéma suivant illustre les déterminants de la demande d'APA liée aux caractéristiques de la population.



⁴⁹ Jeger F., « L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003 », *Etudes et Résultats* n°372, DREES, janvier 2005.

3.2.2.3 Le rôle des caractéristiques socioprofessionnelles

Les résultats de l'enquête *HID* soulignent que certaines catégories sociales sont beaucoup plus exposées à la dépendance que d'autres.

L'essentiel de la demande d'APA dans le département dépend de la part de la population rurale, de la part des personnes âgées à faibles ressources et de celle des agriculteurs ou ouvriers dans la population active.

Le tableau suivant illustre les fortes disparités de prévalence de la dépendance selon les anciennes catégories socioprofessionnelles.

Tableau 3.2 - 2 : Proportion de personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans au sens de la grille AGGIR selon la catégorie sociale (sexe et âge corrigés de la structure socio-démographique)

	GIR 1 à 3	GIR 4
Agriculteurs	4,6	2,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2,2	1,7
Professions intermédiaires	3,4	1,8
Ouvriers	5,4	2,8
Employés	3,8	2,9

Sources : *HID* 1998 et 1999 *INSEE résultats et société* n°22

Les plus grandes disparités de répartition s'observent pour les dépendances les plus lourdes. L'écart de prévalence de la dépendance est particulièrement élevé entre les cadres ou professions intellectuelles supérieures et les ouvriers (3,2 points). D'une manière générale, les anciens agriculteurs et ouvriers sont les populations les plus marquées par la dépendance.

L'hypothèse vérifiée de la DREES est que « *le fait de vivre dans tel ou tel département influe moins sur le risque de dépendance que les facteurs sociaux dont l'effet sur l'état sanitaire ou l'espérance de vie est avéré au plan national.* »⁵⁰

3.2.2.4 Normes sociales et familiales

Une étude de l'INSEE⁵¹ confirme que la probabilité de vivre en institution dépend essentiellement du GIR et du contexte familial (présence d'un conjoint et présence d'enfants) : plus les personnes sont dépendantes, et moins elles ont d'aide potentielle, plus elles résident en institution.

L'entrée en institution est donc fortement corrélée à la structure du réseau social et familial établi autour de la personne âgée. Le statut matrimonial joue un rôle important dans l'entrée en institution ; il s'agit de l'aide de première ligne au grand âge. Si la vie en couple se prolonge (augmentation de l'espérance de vie pour les deux sexes)⁵², l'importante surmortalité masculine se traduit par 5 fois et demie plus de veuves que de veufs et par l'augmentation du veuvage avec l'avancée en âge (INSEE, RGP 1999). Il en résulte que, pour l'essentiel, le veuvage induit une augmentation des recours à une aide extérieure au ménage. Selon l'enquête *HID*, l'aide informelle concerne près de 80 % des personnes aidées. Une analyse de ces mêmes données souligne que les personnes demeurant à domicile ont un potentiel relationnel près de deux fois supérieur (8,3 parents) à celui des personnes résidant en institution (4,2 parents)⁵³.

⁵⁰ *Op. cit.*

⁵¹ Duée M., Rebillard C., *La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme*, INSEE, 2004. (document de travail déjà cité)

⁵² Flipo A., Le Blanc D., Laferrère A., « De l'histoire individuelle à la structure des ménages », *INSEE Première* n°649, 1999.

⁵³ Renaut S., « Vivre ou non à domicile après 75 ans : l'influence de la dimension générationnelle », in *Gérontologie et Société* n°98, 2001.

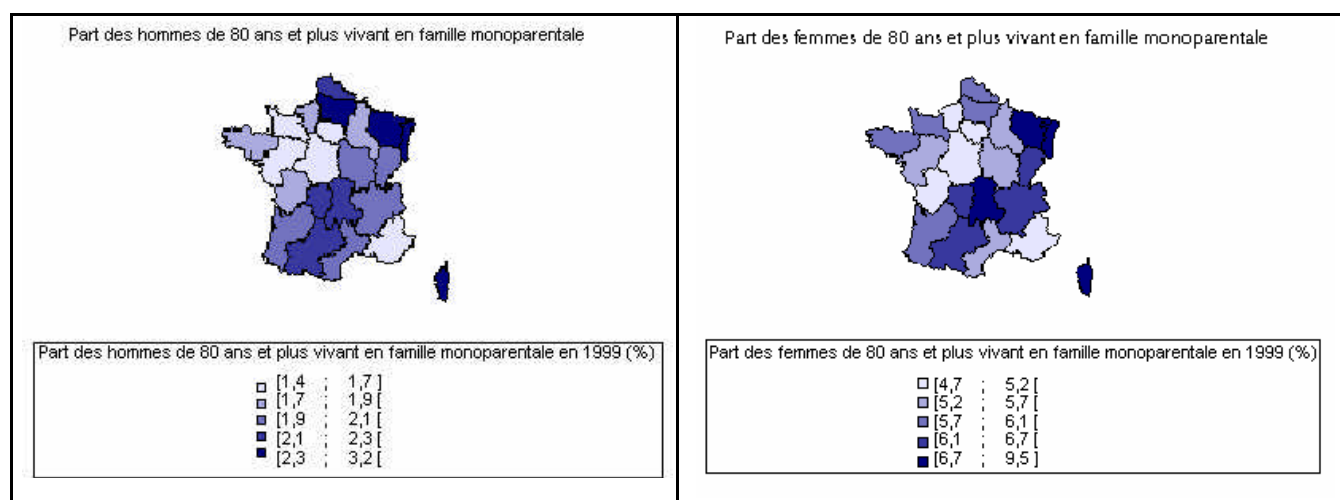
Les sources statistiques pour l'approche territoriale de l'aide informelle sont limitées. Les solidarités intergénérationnelles peuvent être observées sous l'angle du mode de cohabitation de la personne âgée⁵⁴. Deux indicateurs permettent de donner une approximation des cohabitations intergénérationnelles :

- le nombre de personnes âgées chefs de famille «monoparentale» : il s'agit des personnes âgées sans conjoint vivant avec un ou plusieurs enfants, eux-mêmes célibataires ;
- le nombre de personnes âgées vivant « hors famille », c'est-à-dire sous le même toit qu'une famille, que ce soit leurs enfants, d'autres parents ou même des personnes sans lien de parenté.

Notons en premier lieu que les femmes sont plus fréquemment intégrées à ces deux types de ménages que les hommes. Ces différences de taux par sexe s'expliquent par la surmortalité masculine aux âges élevés.

L'Alsace, la Lorraine et la Corse sont les régions qui présentent systématiquement les plus forts taux de mode de cohabitation «monoparentale». Leurs taux s'élèvent respectivement à 5,4 % pour l'Alsace et la Lorraine et 7,4 % pour la Corse, contre une moyenne nationale de 4,3 %. En considérant les femmes âgées de 75 à 80 ans, l'Auvergne et Midi-Pyrénées apparaissent également parmi les régions où ce mode de cohabitation est le plus répandu. L'entrée dans la dépendance se faisant autour de 80 ans, il est intéressant de considérer cet âge pour comprendre quel impact la solidarité peut avoir sur l'entrée en institution. Sept régions se distinguent par des taux élevés pour ce type de solidarité : le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, la Lorraine, l'Alsace, l'Auvergne, le Limousin et la Corse.

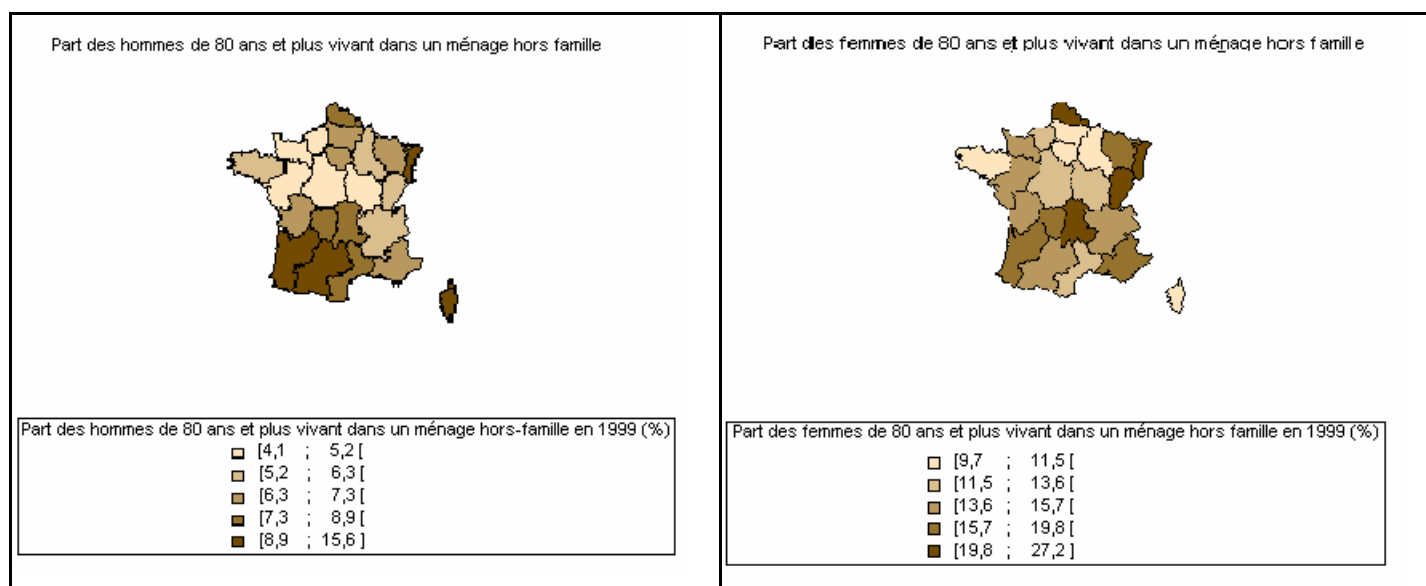
Carte 3.2 - 6 et 7 : Hommes et femmes de plus de 80 ans vivant en famille «monoparentale»



Source INSEE RGP 1999

⁵⁴ Le soutien familial n'a pas forcément besoin de la cohabitation.

Carte 3.2 - 8 et 9 : Hommes et femmes de plus de 80 ans vivant hors famille



Source INSEE RGP 1999

On remarque une localisation très spécifique de la surreprésentation des modes de cohabitation « hors famille ». Le Sud-ouest de la France, l'Alsace et surtout la Corse présentent des taux compris entre 8,9 % à 15,6 % pour les hommes (pour une moyenne nationale de 6,5 %) et 19,8 % à 27,2 % pour les femmes (pour 14,5 % en France).

3.3 Les disparités territoriales au sein du parc actuel

3.3.1 Le taux d'équipement et ses limites

L'indicateur taux d'équipement offre une lecture synthétique du parc des établissements dans les départements. Cependant, il n'offre pas une vision parfaitement fiable de la situation et en particulier de l'éventuelle adéquation entre l'offre d'équipements et les besoins de la population.

➤ Aspects démographiques et épidémiologiques

En l'absence de données départementales relatives à la population âgée dépendante, le taux d'équipement est obtenu en utilisant le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus au dénominateur. Pour en tirer des enseignements en termes d'adéquation de l'offre et de la demande, il faudrait d'une part que la proportion des personnes âgées dépendantes et que les états de santé soient uniformes d'un département à l'autre et, d'autre part, que la demande soit proportionnelle aux effectifs des 75 ans ou plus du département.

Notons qu'il est également possible d'utiliser le seuil de 85 ans au dénominateur, âge auquel l'entrée en institution est plus représentative que pour les 75 ans et plus. Cependant, utiliser le dénominateur standard «75 ans et plus» présente l'avantage de permettre des comparaisons dans le temps avec les statistiques précédentes.

La construction de cet indicateur repose en outre sur l'hypothèse que l'équipement du département a vocation à être utilisé essentiellement par la population dudit département. Les flux entre le département du domicile et celui de l'établissement ne sont donc pas pris en compte. Ce biais est d'autant plus regrettable que les frontières d'un département sont aisément franchies lorsque l'offre est plus abondante et moins onéreuse dans un autre département, et que les distances restent relativement courtes (en limites de circonscriptions administratives). C'est notamment le cas de Paris et de sa banlieue. En outre, il faut tenir compte des flux transfrontaliers : ainsi, selon les chiffres communiqués par Pierre Rondal, président

du Conseil wallon des établissements de soin, plus de 2.000 ressortissants du Nord de la France seraient accueillis dans les établissements wallons.

➤ **L'équipement**

Il est nécessaire de souligner qu'à taux d'équipement identique, la qualité de l'offre peut être très différente d'un établissement à l'autre. Chacune des catégories agrégées (maisons de retraite, USLD, logements-foyers) recouvre des établissements aux caractéristiques très variées. Le statut et la taille de l'EHPA, le recrutement des résidents, la date de construction, le coût du loyer, le type de places (logement ou chambre), la qualité globale d'hébergement et de soins (lorsqu'ils sont dispensés) sont autant de critères qui limitent sensiblement la pertinence de la comparaison. Par ailleurs, les définitions de services prodigués dans l'établissement sont parfois insuffisantes. Ainsi, comme il a été signalé, la médicalisation peut recouvrir des aspects très différents d'un établissement à l'autre.

➤ **L'échelle de la comparaison**

La place que tient le département dans le cadre de la comparaison nationale n'est pas non plus représentative de la qualité et de la répartition de l'offre en infra-départemental. Il faut envisager que certains départements présentent des taux élevés d'équipement, sans que la totalité du territoire en bénéficie réellement. À une échelle fine, la taille des établissements biaise considérablement l'analyse globale, notamment sur l'approche de l'accessibilité territoriale. L'implantation d'un EHPA comptant de nombreuses places peut perturber la lecture des données en masquant les disparités infra-départementales.

➤ **Une lecture précautionneuse**

Enfin, de faibles taux d'équipement ne signifient pas nécessairement que la prise en charge départementale est lacunaire. D'autres critères complètent la politique départementale pour les personnes âgées.

La politique de maintien à domicile est notamment lisible au travers de l'offre en soignants infirmiers (SSIAD et libéraux). Certains départements semblent compenser leurs faibles taux d'équipement en EHPA par des dispositifs de soins à domicile plus développés.

Par ailleurs, le rôle de la prévention dans la politique adressée aux personnes âgées peut influencer les besoins réels d'entrée en institution.

Sous ces réserves, on peut néanmoins avancer un certain nombre d'éléments, qui prennent particulièrement sens si on s'attache à décomposer les composantes de l'offre.

3.3.2 Répartition entre les différentes composantes de l'offre, entre les différents statuts

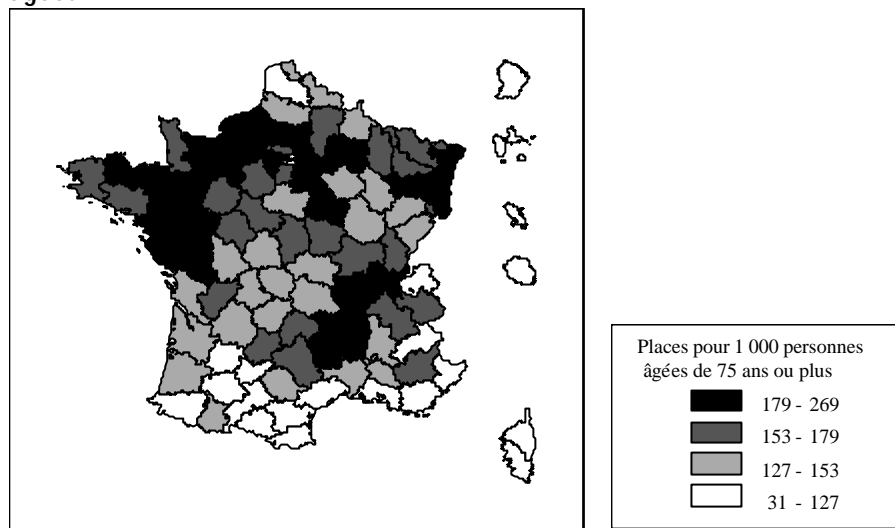
Il existe de fortes disparités spatiales tributaires de l'implantation des différentes catégories d'établissements (maisons de retraite, logements-foyers, unités de soins longue durée).

Dans la moitié des départements français, les taux d'équipement en établissements pour personnes âgées sont compris entre 31 et 152 places pour 1 000 personnes âgées. Dans l'autre moitié, les taux varient entre 153 et 269 places.

La répartition de l'offre en établissements (maisons de retraite, logements-foyers et USLD) pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus révèle des disparités entre plusieurs ensembles de départements (carte 3.3 - 1). Des Pyrénées-Atlantiques aux Alpes-Maritimes, les départements du Sud présentent les taux les plus faibles de l'Hexagone. Répartis de manière plus dispersée, les autres départements les moins bien dotés sont le Pas-de-Calais, la Haute-Savoie, les Hautes-Alpes et le centre de l'Île-de-France. Le cas de Paris et de sa proche banlieue contraste particulièrement avec les départements limitrophes dont certains figurent parmi les mieux équipés en EHPA. Cette particularité découle d'une déficience en termes d'offre en maisons de retraite et s'équilibre grâce à des migrations vers l'extérieur de l'Île-de-

France. À l'inverse, les départements les mieux dotés constituent un arc à l'Ouest de la France (Normandie, Bretagne, Pays de la Loire), allant de l'Oise et la Seine-Maritime à la Vendée et aux Deux-Sèvres. Les régions Alsace et Rhône-Alpes figurent également parmi les mieux équipées.

Carte 3.3 - 1 : Les disparités d'offre globale en établissements pour personnes âgées



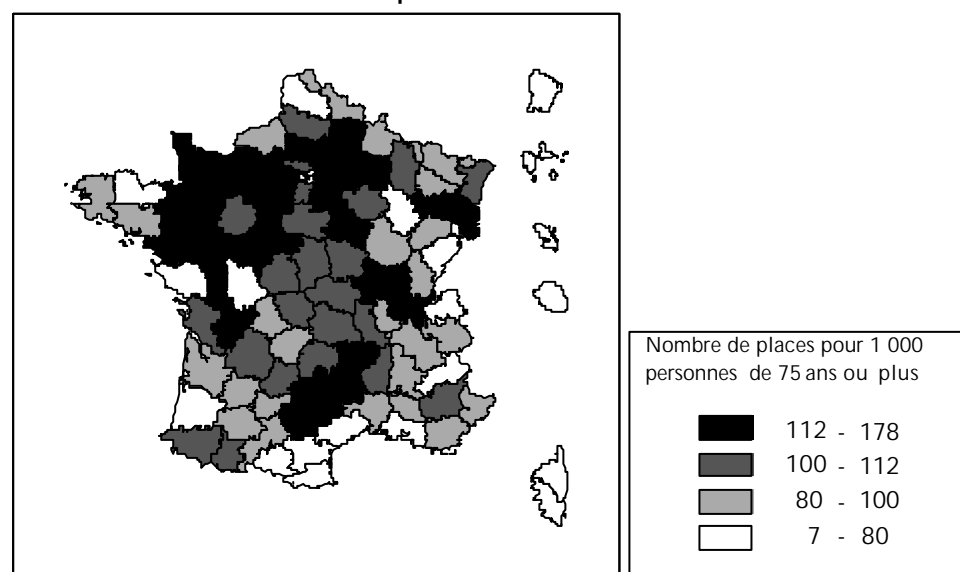
Sources : FINESS, INSEE, calcul de la Drees

Si les maisons de retraite représentent en moyenne en France plus de 65 % des places en établissements, les logements-foyers 23 % et les USLD un peu moins de 12 %, la répartition par catégorie d'établissement est également très variable selon les départements.

Le nombre moyen de places en maisons de retraite est de 95 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Dans la moitié des départements, ce taux est compris entre 7 et 99 ‰. Dans l'autre moitié, il est compris entre 100 et 178 places ‰.

Les départements les plus équipés en maisons de retraite pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus sont situés dans l'Ouest (Basse-Normandie et les Pays de Loire), dans l'Est de l'Île-de-France, dans le Sud (avec la Lozère, l'Aveyron, la Haute-Loire et le Tarn), en Picardie et Champagne-Ardenne. (carte 3.3 - 2)

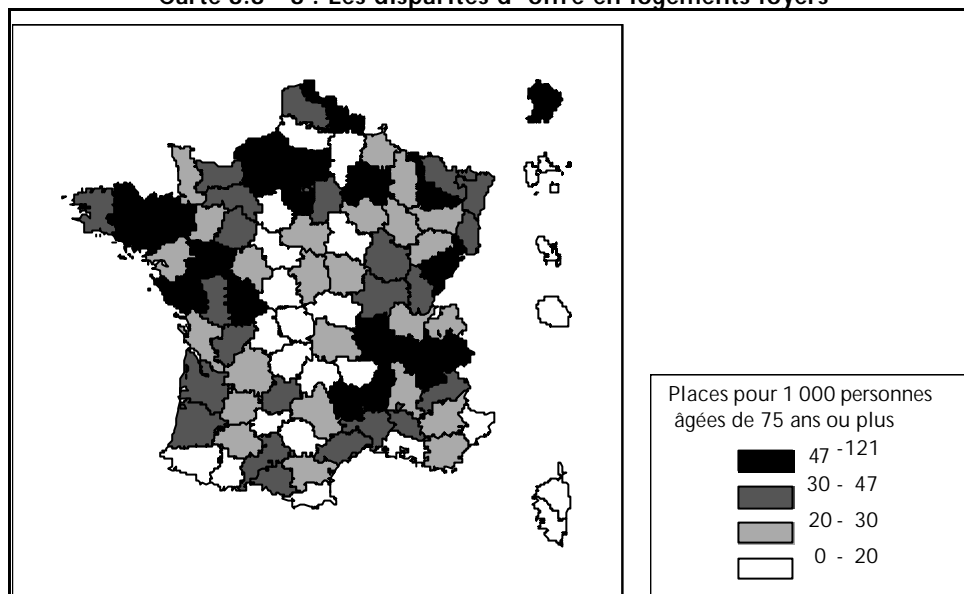
Carte 3.3 - 2 : Les disparités d'offre en maisons de retraite



Sources : FINESS, INSEE, calcul de la Drees

À l'inverse, les départements pour lesquels le nombre de places est le plus faible sont dispersés et généralement périphériques. Le Pas-de-Calais, les Côtes-d'Armor, la Vendée, les Landes, les Hautes-Alpes, la Haute-Savoie, le Doubs, Belfort, la Vienne, Paris et sa petite couronne et la Haute-Marne s'ajoutent à un axe Sud moins bien équipé.

Carte 3.3 - 3 : Les disparités d'offre en logements-foyers



Sources : FINESS, INSEE, calcul de la Drees

On recense en moyenne 37 places en logement-foyer pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Dans la moitié des départements, ce taux est compris entre 0 (pour la Réunion) et 29 places pour 1 000 personnes âgées. Dans l'autre moitié des départements, ce taux est compris entre 30 et 121 places.

Les départements pour lesquels le nombre de places est le plus élevé (entre 47 et 121 places pour 1 000) se situent en Bretagne, en Haute-Normandie et Rhône-Alpes et dans quelques départements des Pays-de-Loire. (carte 3.3 - 3). Sur ce type d'équipement, l'Ile-de-France, figure parmi les mieux équipés.

Les départements pour lesquels les taux d'équipement en logements-foyers sont les plus faibles se concentrent dans la région Centre, en Auvergne et en Limousin.

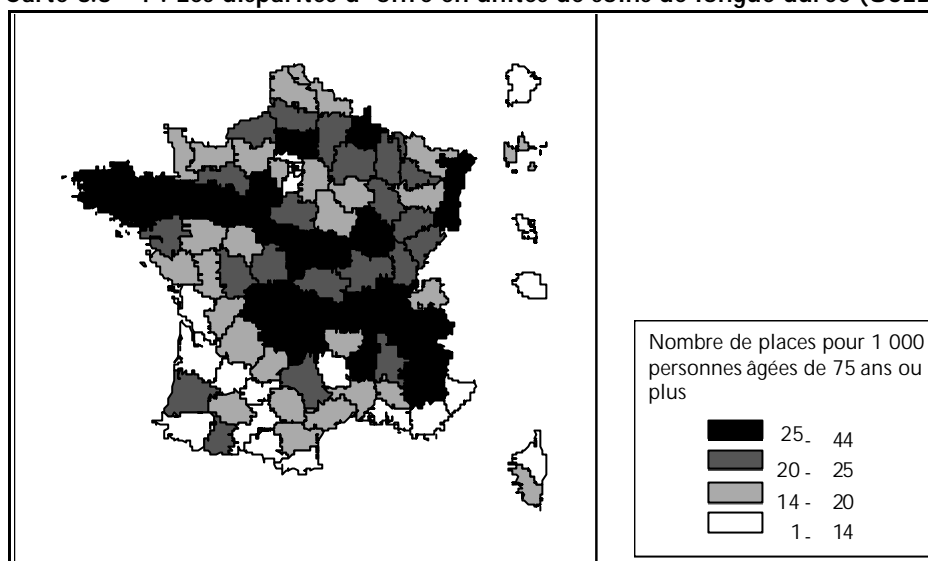
Ces chiffres sont évidemment à considérer dans le contexte d'incertitude qui entoure l'avenir des logements-foyers : un fort taux d'équipement en la matière associé à un taux médiocre dans les autres structures recèle une situation potentiellement précaire pour le territoire en question.

La moitié des départements comptent entre 1 et 19 places en USLD pour 1 000 personnes âgées. L'autre moitié compte entre 20 et 44 places.

Les départements des Pays de la Loire, du Centre, de l'Auvergne, du Rhône-Alpes, de la Bourgogne et les départements bretons affichent les taux les plus élevés (carte 3.3 - 4). *A contrario*, en Ile-de-France, les départements des petite et grande couronnes affichent des taux en complète opposition avec ceux de Paris. Cependant, ce constat doit être nuancé. En effet, les lits publics d'USLD sont comptés dans le département d'implantation de l'entité juridique (AP-HP), ce qui biaise la lecture territoriale.

Les départements les moins bien équipés décrivent un arc Sud-Ouest/Sud-Est, de la Charente-Maritime aux Alpes-Maritimes.

Carte 3.3 - 4 : Les disparités d'offre en unités de soins de longue durée (USLD)

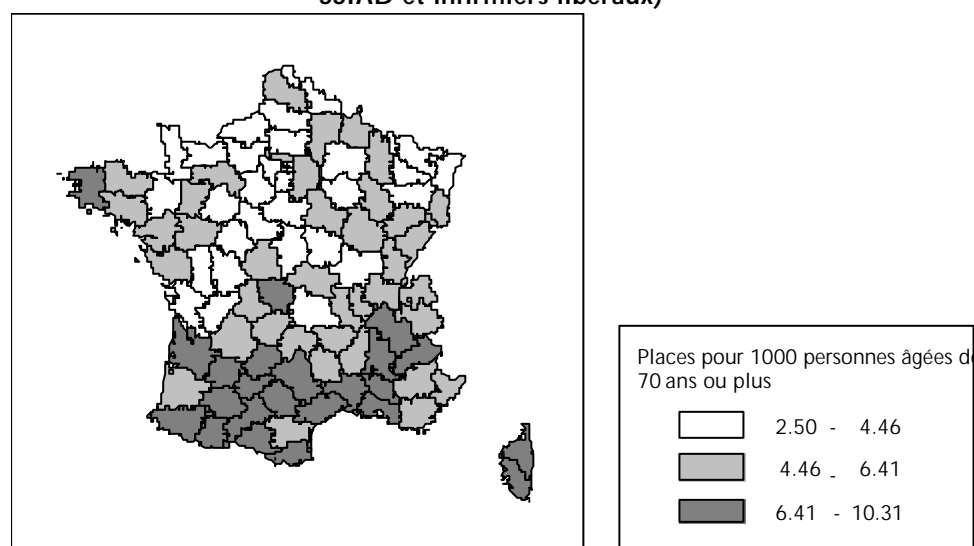


Sources : SAE 2001, INSEE ; calcul Drees

Plusieurs départements cumulent une faiblesse relative de leur nombre de places installées dans plusieurs catégories d'établissements. Huit départements, dont trois situés en Ile-de-France, ont deux types d'établissements pour lesquels les taux d'équipement sont les plus faibles. Il s'agit des Alpes-Maritimes, de l'Ariège, des Pyrénées-Atlantiques, du Tarn-et-Garonne, de la Corse du Sud, des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val de Marne. Pour chacune des trois catégories d'établissements présentées, les Bouches-du-Rhône, la Haute-Corse et les Pyrénées-Orientales présentent des taux parmi les plus faibles.

Les aides au maintien à domicile pallient-elles ces disparités de répartition des EHPA ? Une réponse statistique cartographiée est envisageable grâce à l'analyse spatiale de l'offre de soignants infirmiers à domicile.

Carte 3.3 - 5 : Les disparités d'offre en soignants infirmiers (soignants salariés des SSIAD et infirmiers libéraux)



Sources : SAE 2001, INSEE ; calcul Drees

La France compte en moyenne 5,3 soignants infirmiers pour 1000 personnes de 70 ans et plus⁵⁵. Cependant, on constate une très grande variabilité de l'offre sur le territoire : les densités départementales s'échelonnent entre 2,5 et 10,31 ‰. Par ailleurs, 60 % des départements ont des taux inférieurs à 5,3 ‰.

⁵⁵ Les chiffres provenant de la CNAM, le dénominateur devient les 70 ans et plus.

À l'inverse, les densités les plus élevées (plus de 8,4 soignants pour 1 000 personnes de 70 ans et plus) sont concentrées dans une poignée de départements. L'Hérault, la Haute-Corse, les Hautes-Alpes et l'Aveyron présentent des taux supérieurs ou égaux à 9 ‰ (carte 3.3 - 5).

Un contraste nord-sud apparaît nettement à la lecture de la répartition de l'offre globale de soignants infirmiers. Ce phénomène émane de la concentration des professionnels libéraux dans les départements du Sud. Par conséquent, la prise en charge des personnes âgées par les professionnels de soins infirmiers apparaît sensiblement mieux assurée dans la partie méridionale de la France.

Conclusion

Au moment de conclure le rapport correspondant au premier volet de la commande ministérielle, nous aimerions tout d'abord insister à nouveau sur un certain nombre de points de méthode. Comme il se doit, les projections en matière de dépendance et les projections du nombre de places en EHPAD seront principalement retenues de ce travail. Leur usage doit tenir compte des principes d'élaboration.

Il s'agit tout d'abord de projections, non de prévisions. Pour les réaliser, ont été utilisées les hypothèses et les données qui paraissent les plus robustes. Le choix a été fait de donner des fourchettes à chaque échéance, compte tenu de deux hypothèses d'évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité et de cinq hypothèses (ramenées à trois par la mission) de taux d'entrée en établissement.

Il s'agissait pour la mission de borner les anticipations des pouvoirs publics, non de prescrire telle ou telle orientation, surtout pas d'entrer dans une logique de choix binaire entre domicile et établissement.

Les hypothèses INSEE-DREES de personnes dépendantes (GIR 1 à 4) de plus de 75 ans sur lesquelles sont fondées les projections de la mission sont les suivantes (en milliers) :

	2005	2010	2015	2025
Hypothèse haute	682	741	808	920
Hypothèse basse	657	691	732	805

Les projections du nombre de places dans les maisons de retraite et les USLD, retenues par la mission, sont données pour les personnes de 75 ans et plus (à partir d'une base de 406.200 en 2004).

Projections des besoins de places en établissement

	2010	2015	2025
Scénario 3 Maintien à domicile renforcé (à l'exception des personnes âgées les plus dépendantes)		[372.000 ; 393.000] [-8% ; -3%]	[340.000 ; 381.000] [-16% ; -6%]
Scénario 1 Taux de résidence à domicile et en établissement constants	[445.000 ; 460.000] [+10% ; +13%]	[477.000 ; 504.000] [+17% ; +24%]	[540.000 ; 594.000] [+33% ; +46%]
Scénario 5 Résidence accrue en établissement pour les personnes âgées les plus dépendantes		[488.000 ; 519.000] [+20% ; +25%]	[563.000 ; 623.000] [+39% ; + 53%]

[Nombre de places hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes ; nombre de places hypothèse haute]

[Evolution du parc /2004 hypothèse basse ; évolution du parc /2004 hypothèse haute]

L'amplitude de ces fourchettes apparaîtra peut être peu concluante à certains lecteurs. La mission assume cette critique potentielle. Son objectif était avant tout de situer les pouvoirs publics face à un ensemble d'options, évaluées à ce stade en termes de places.

Elle a aussi donné à titre indicatif les effectifs de personnel à mobiliser, en établissement et hors établissement dans chacun de ces scénarios.

Ces résultats et ces options pour l'action publique sont donnés en vis-à-vis d'éléments plus qualitatifs. Les progrès réalisés en matière de système d'information de la dépendance permettent aujourd'hui des exercices de modélisation micro-économique, des analyses au plus près des comportements, fonction de la composition des réseaux familiaux, des ressources, de la nature des déficiences, de leur ordre

d'apparition. Ils permettent notamment d'aborder les particularités de la prise en charge des déficiences psychiques et l'importance de l'organisation de la filière gériatrique.

Les analyses qualitatives et les efforts de modélisation de l'entrée en institution permettent de mesurer les efforts à accomplir pour accréditer telle ou telle hypothèse relative au maintien privilégié à domicile ou à la prise en charge accrue en établissement.

Le référentiel international, quant à lui, ne prescrit pas un mode de prise en charge particulier ; il permet simplement de mettre en cohérence un certain nombre de choix de politique publique pour éclairer les orientations françaises.

En toute hypothèse, si les efforts à consentir (en termes de bâti et/ou de personnel) sont conséquents, ils n'apparaissent pas insurmontables à un horizon de vingt ans pour autant que les efforts soient répartis sur l'ensemble de la période. Ils supposent en revanche d'importantes capacités d'anticipation, au développement desquelles la mission entend contribuer à travers le traitement des différents volets de la commande ministérielle.

Les projections du nombre de places en établissement sont enfin situées au regard de l'état actuel du parc d'établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Compte tenu du jugement porté sur l'adaptation ou l'obsolescence du parc actuel, sur les possibilités de restructuration, sur la montée ou non de revendications consuméristes, sur les stratégies de prise en charge médicalisée, etc., le différentiel entre la situation présente et la situation projetée apparaîtra plus ou moins important. Les logements-foyers sont par exemple à considérer comme une solution pour l'accueil des personnes âgées autonomes (hors champ) et comme un potentiel de places à mobiliser, le cas échéant, pour l'accueil des personnes âgées dépendantes.

D'où l'importance de ne pas isoler ce premier volet de la commande ministérielle des suivants. Sans se tromper de cible là encore : évoquer la perspective d'un « modèle optimal de constitution d'un EHPAD » ne signifiera pas pour la mission engager l'ensemble des acteurs dans une voie unique, source immanquable de déboires futurs. Au contraire, il s'agira de donner sens aussi bien aux chiffrages des besoins en EHPAD qu'aux possibilités de considérer l'ensemble des options intermédiaires ou alternatives.

Ce rapport fournira aux acteurs territoriaux, en particulier dans les départements, un certain nombre d'éléments de méthode pour aborder la question de la prévalence de la dépendance et les besoins de prise en charge afférents. L'un des apports du deuxième volet de la commande ministérielle consistera notamment à mettre à disposition des acteurs les ressources disponibles pour l'évaluation de la dépendance et à décrire les bonnes pratiques d'élaboration des schémas gérontologiques.

Le troisième volet permettra enfin d'éclairer d'une autre façon les pouvoirs publics : compte tenu des évaluations du nombre de places cible (1^{er} volet), dans une gamme de prise en charge définie (2^{ème} volet), comment faire en sorte que la montée en charge des équipements soit à la fois adaptée et soutenable ?

Annexes

Annexe 1 : Lettre de commande

Annexe 2 : Composition de la mission

Annexe 3 : Thématiques des réunions plénières

Annexe 1

Lettre de commande



Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

*Secrétariat d'Etat
aux Personnes Âgées*

Paris le 18.02.05

Le Secrétaire d'Etat

JPLD/CG/10/01/05

202.05.28

Monsieur le Commissaire,

Le vieillissement de la population française pose le problème de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Certes, ce vieillissement s'accompagne d'un gain d'espérance de vie sans incapacité qui était de trois mois par an jusqu'au milieu des années 1990. Mais le taux de prévalence d'entrée dans la dépendance augmente très sensiblement au-delà de 85 ans, tranche d'âge dont les effectifs vont augmenter très nettement dès 2005 puisqu'ils concernent les naissances intervenues à partir de 1920, soit 150 000 de plus qu'en 1919.

Parmi les questions se rapportant à cette évolution démographique se pose celle de la construction de nouvelles places en établissement pour personnes âgées dépendantes tant en termes quantitatifs, qualitatifs que financiers.

Pour apporter des éléments en vue de l'élaboration d'une politique publique à ce sujet qui concerne tant l'Etat que les Départements, je souhaite que le Commissariat général du Plan puisse étudier les différents facteurs susceptibles de contribuer à la définition de celle-ci.

Sur le fondement d'un diagnostic concerté à partir des enquêtes existantes et en cours concernant l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité, les besoins de prise en charge globaux et déclinés par type (domicile, établissements, options intermédiaires), les capacités d'hébergement existantes et les taux d'occupation, les trois volets suivants seront successivement examinés :

.../...

Monsieur Alain ETCHEGOYEN
Commissaire au Plan
18 rue de Martignac
75007 PARIS

33, rue Saint-Dominique 75700 Paris - Téléphone : 01.42.75.80.00 - Télécopie : 01.42.75.89.15

- détermination du besoin en nombre de places nouvelles en EHPAD à l'horizon 2010-2015 et estimation à l'horizon 2025 ;
- répartition géographique des établissements sur le territoire et définition d'un modèle optimal de constitution d'un EHPAD (taille, rapport avec d'autres types d'hébergement, éléments de programme architecturaux) ;
- financement des opérations de construction en tenant compte des capacités financières et des contraintes résultant du statut des différents intervenants potentiels (secteur public, secteur privé associatif et secteur privé commercial).

Je souhaite que cette étude commence rapidement afin que vous puissiez me transmettre trois rapports correspondant aux volets qui précèdent respectivement en juin 2005, octobre 2005 et décembre 2005.

Pour conduire cette étude vous pourrez vous appuyer sur les ressources de l'administration centrale (DGAS, DHOS, DSS, DREES), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que sur certaines DDASS et DRASS dont la liste sera arrêtée en lien avec la DGAS.

Je vous prie de croire, Monsieur le Commissaire, à l'assurance de ma considération distinguée.

Avec mes remerciements



Catherine VAUTRIN

Annexe 2

Composition de la mission

Membres internes

Stéphane LE BOULER
Coordinateur santé
Responsable de la mission

Guilhem BENTOGGIO
Chargé de mission

Sandrine CHAMBARETAUD
Chargée de mission

Sébastien DOUTRELIGNE
Chargé de mission

Marie LECERF
Chargée de mission

Catherine MARCADIER
Conseillère scientifique

Catherine MAUBERT
Chargée de mission

Marion UNAL
Chargée de mission

Yveline LULLY
Assistante

Morgane ROUAULT
Stagiaire

Adeline LAROCHE-LEVY
Stagiaire

Alexandre DURAND
Stagiaire

Membres externes

Marie-Thérèse COMOLET
Bureau Santé
MINEFI - DGCCRF

Bruno IMBERT
6^{ème} sous-direction
MINEFI - Budget

Sandrine DUCHENE
Chef du bureau Santé et
Comptes sociaux
MINEFI - DTPE

Michel DUÉE
Administrateur à la division
Redistribution et Politiques
sociales
INSEE

Cyril REBILLARD
Administrateur à la division
Redistribution et Politiques
sociales
INSEE

Jean-Marie DEVEVEY
Chargé de mission
DATAR

Annick BONY
Chef du bureau «Personnes
âgées »
DGAS

Frédérique CHADEL
Chargée de mission, bureau
« Personnes âgées »
DGAS

Sylviane ROGER
Conseillère technique, archi-
tecte
DGAS

Marc BOURQUIN
DHOS

Mireille ELBAUM
Directrice
DREES

Nicole ROTH
Sous-directrice
DREES

Christine FEAU
Directeur de projet
DSS

Céline LAMBERT
DSS

Isabelle HENNION
Adjointe au chef de bureau
des Politiques Sociales
DGUHC
(Bureau IUH1)
Ministère de l'Équipement

Éric BOUQUET
DGUHC
(Bureau IUH1)
Ministère de l'Équipement

Françoise DEBAISIEUX
Directrice
DRASS Champagne-Ardenne

Colette PERRIN
Directrice
DDASS Ille-et-Vilaine

Charles de BATZ de
TRENQUELLÉON
Directeur
DDASS Yvelines

Yvon GUILLERM
Directeur adjoint
ARH Bretagne

Jean-François BAUDURET
Directeur adjoint
Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie

Michel MARTIN
Sous-directeur
CNAMTS

Claude PERINEL
Directeur national de l'action
sociale
CNAVTS

Bruno LACHESNAIE
Sous-directeur
CCMSA

Daniel LENOIR
Directeur général, FNMF

Isabelle MILLET
FNMF

Jocelyne WROBEL
Directeur adjoint solidarité et
famille
Conseil général de Côte d'Or

Pierre JAMET
Directeur général des
services
Conseil général du Rhône

Jean-Jacques MEROUR
Maire de Pluneret (56)

David CAUSSE
Adjoint au délégué général,
responsable du Pôle
vieillesse-handicap, enfance
et exclusion, et du secteur
santé mentale
FHF

Murielle JAMOT
FHF

Christian MÖLLER
Président de la Conférence
nationale des directeurs
d'EHPAD

Isabelle DESGOUTE
Directeur du secteur des
personnes âgées
FEHAP

Alain VILLEZ
Conseiller technique
UNIOPSS

Luc BROUSSY
Délégué général
SYNERPA (jusqu'en juin
2005)

Florence ARNAIZ-MAUME
Déléguée générale du
SYNERPA (à partir de juin
2005)

Pascal CHAMPVERT
Président
ADEHPA

Marie-Thérèse GOUGAUD
Déléguée régionale Ile de
France
ADEHPA

Didier TABUTEAU
Directeur général
Fondation Caisses d'épargne
pour la solidarité

Didier SAPY
Directeur
FNACPPA

Béatrice LONGUEVILLE
Déléguée Générale Adjointe
UNCCAS

Claudy JARRY
Président
FNADEPA

Thierry TOUPNOT
(suppléant)
Trésorier
FNADEPA

Agnès GRAMAIN
Maître de conférence
Université de Paris-Dauphine
Centre d'étude de l'emploi

François TONNELLIER
Géographe

Brigitte CROFF
Consultante
BC Conseil et Formation

Alain COLVEZ
Directeur de recherche à
l'INSERM
Pôle d'étude et de formation
en gérontologie LR (ex-
INSERM U500)

Eric MINNAERT
Ethnologue

Annexe 3

Thématiques des réunions plénières

- ❑ **Séance d'installation - 14 mars 2005, en présence de Catherine Vautrin, secrétaire d'État aux Personnes âgées et d'Alain Etchegoyen, Commissaire au Plan**

- ❑ **Séance n° 2 – 1^{er} avril 2005**

Présentations de la DREES, par Mireille Elbaum (directrice) et Nicole Roth (sous-directrice) :

- les résultats acquis de l'enquête *EHPA* et le programme prévisionnel de travail sur celle-ci ;
- les méthodes de projection du nombre de places en établissement pour personnes âgées dépendantes.

- ❑ **Séance n° 3 – 15 avril 2005**

- Alain Colvez : données de cadrage épidémiologique ;
- Michel Duée et Cyril Rebillard (INSEE) : présentation des projections de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2010-2015 et l'horizon 2025, notamment en fonction de leur profil (sexe, par conjoint, par nombre d'enfants, niveau d'études), ainsi que des éléments concernant la projection de personnes dépendantes par groupe GIR ;
- Nicole Roth (DREES) : discussion sur les projections de l'INSEE, explicitant les différences par rapport à celles de la DREES et présentant les réflexions et perspectives en cours. Emmanuelle Cambois (INED) : éclairages complémentaires en réponse aux questions ;
- Agnès Gramain : déterminants de la probabilité d'entrée en institution et rôle des services professionnels d'aide à domicile dans la prévention de l'entrée en institution.

- ❑ **Séance n° 4 – 29 avril 2005**

- Nathalie Dutheil (DREES) : les disparités de l'offre de prise en charge des personnes âgées dépendantes au niveau départemental ;
- François Jeger (DREES) : l'allocation personnalisée d'autonomie, une approche des disparités départementales en termes de dépendance. Discutante pour ces deux présentations : Catherine Marcadier (Commissariat général du Plan) ;
- Jocelyne Wrobel et Nicole Berlière-Merlin : la construction de la planification gérontologique au niveau départemental (exemple de la Côte d'Or et du Rhône). Discutant : Alain Colvez.

- ❑ **Séance n° 5 – 20 mai 2005**

Éclairage international :

- Pierre Rondal, président du Conseil wallon des établissements de soins : la prospective des besoins d'hébergement en Belgique ;
- Sandrine Chambaretaud (Commissariat général du Plan), Guilhem Bentoglio (Commissariat général du Plan) et Corinne Mette chargée de mission à la FEDEA (Madrid) : éléments de comparaison internationale.

Présentation de la maquette du rapport sur le 1^{er} volet de la commande ministérielle.

□ **Séance n° 6 : 10 juin 2005**

Premières réflexions sur le modèle optimal de constitution d'un EHPAD, à partir des contributions de Philippe Dehan, architecte DPLG, et de membres de la mission (David Causse et Murielle Jamot pour la FHF, Alain Villez pour l'UNIOPSS et Emmanuel Goddat pour la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité). D'autres contributions ont été remises par écrit.

□ **Séances n° 7 et 8 : 24 juin et 1^{er} juillet 2005**

Discussion sur le projet de rapport.