



Institut des
Politiques Publiques

RAPPORT IPP N° 41 - 16/03/2023

Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives

Amélie Carrère

Delphine Roy

Léa Toulemon

A large, semi-transparent version of the IPP logo is positioned in the bottom right corner of the page. It features the lowercase letters 'ipp' in a dark teal font, centered between two curved teal lines that form a partial circle above and below the text.

ipp



L'Institut des politiques publiques (IPP) est développé dans le cadre d'un partenariat scientifique entre PSE-Ecole d'économie de Paris (PSE) et le Centre de Recherche en Economie et Statistique (CREST). L'IPP vise à promouvoir l'analyse et l'évaluation quantitatives des politiques publiques en s'appuyant sur les méthodes les plus récentes de la recherche en économie.

www.ipp.eu



Cette recherche a bénéficié du soutien financier de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre d'un contrat de recherche, de décembre 2019 à décembre 2022.

Avec le soutien de la



LES AUTRICES DU RAPPORT

Amélie Carrère est économiste à l'IPP depuis septembre 2020. Avant de réaliser sa thèse de doctorat en sciences économiques sur la « Prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une analyse des déterminants de l'institutionnalisation ou du maintien à domicile », elle a travaillé à la DREES, service statistique du ministère des affaires sociales et de la santé en tant que responsable de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE).

Page personnelle : <https://www.parisschoolofeconomics.eu/fr/carrere-amelie/>

Delphine Roy est directrice du programme « Santé et autonomie » de l'IPP depuis décembre 2019. Administratrice de l'Insee, elle a auparavant travaillé sur le travail domestique, les subventions à l'emploi à domicile, les modes de garde des jeunes enfants et la perte d'autonomie.

Page personnelle : <https://www.parisschoolofeconomics.eu/fr/roy-delphine/>

Léa Toulemon a rejoint l'IPP en octobre 2018, où elle travaille sur les aidants des personnes âgées en perte d'autonomie : sur les liens entre le genre et l'aide apportée au sein du couple et sur l'effet de l'aide sur la santé. Elle s'intéresse également aux conditions de travail des aidants professionnels. Lors de sa thèse et de son postdoctorat (Sciences Po et Chaire Hospinnomics), elle a travaillé sur la qualité de l'emploi, et sur les prix et les taux de remboursement du système de santé français.

REMERCIEMENTS

Nous remercions tout d'abord l'équipe de la direction scientifique (DS) de la CNSA pour sa confiance, son suivi toujours bienveillant et ses suggestions toujours éclairantes, qui ont grandement contribué à l'avancement du projet : Julie Micheau et Marine Boisson-Cohen, Claudia Marquet et Pearl Morey.

Nous remercions également les autres membres du comité de pilotage pour leurs remarques pertinentes lors des réunions semestrielles du comité, et leurs relectures des rapports intermédiaires : Layla Ricroch et Patrick Aubert pour la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Amandine Weber, Elodie Corcuff, Quoc Duy Nghiem pour la CNSA, ainsi que les autres personnes de la CNSA avec qui nous avons eu l'occasion d'échanger lors de présentations informelles, et dont la connaissance fine du secteur nous a souvent aidées.

Nos remerciements vont aussi aux discutant.e.s des 4 webinaires « Rendez-vous de la recherche sur l'autonomie » organisés avec la CNSA - Gaël Hilleret (Webinaire 1); Marc Bourquin (Webinaire 2); Diane Desprat (Webinaire 3); Jean-René Lecerf (Webinaire 4), ainsi qu'aux participants qui nous ont fait des suggestions lors des conférences et colloques où nos recherches en cours ont été présentées : Conférence « Retraite et vieillissement » de la Caisse des Dépôts de Consignations, école d'automne et symposium de l'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (ILVV), journées des économistes de la santé français (JESF), webinaires de la CNSA, ainsi qu'aux relecteurs de la *Revue Économique*.

Remerciements

Nous remercions enfin nos collègues de l'Institut des politiques publiques (IPP) pour leurs suggestions lors d'une présentation interne du projet.

Ce projet a par ailleurs bénéficié du travail d'Elsa Perdrix, Lucie Le Rolland et Mahdi Ben Jelloul, à différentes étapes de sa réalisation. Nous les remercions vivement pour leur contribution.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

L'élément majeur du contexte est connu de tous : l'arrivée des générations nombreuses du baby-boom aux âges où la perte d'autonomie devient plus fréquente va créer un besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne d'une ampleur inédite. Or, au moment précis où la vague démographique approche, les politiques publiques de l'autonomie se voient enjointes de prendre un « virage domiciliaire » qui correspond à la fois au souhait de la majorité des personnes âgées de « vieillir chez soi », et à une volonté plus globale de favoriser la prise en charge à domicile et la désinstitutionnalisation - comme en attestent, sur trois plans différents, le « virage ambulatoire » pris depuis une dizaine d'années par le secteur sanitaire, l'avis 128 du Conseil Consultatif National d'Éthique sur les enjeux éthiques du vieillissement qui se prononçait contre la « concentration » des personnes âgées dans des établissements d'hébergement et prônait des « alternatives à l'Ehpad », ou encore les rapports successifs de l'ONU sur les droits des personnes handicapées, très critiques envers la prise en charge en établissement.

Le projet de recherche lancé en 2019 par l'Institut des politiques publiques (IPP), dans le cadre d'un contrat de recherche avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) cherche à apporter des connaissances, jusqu'ici manquantes, sur les personnes âgées en perte d'autonomie, dans trois dimensions : les trajectoires individuelles (dimension longitudinale), l'aide de l'entourage (dimension familiale), et les disparités territoriales (dimension spatiale). Ce rapport en présente les résultats.

Mis ensemble, ces résultats interrogent les conditions de possibilité du virage domiciliaire.

- Tout d’abord, en montrant que les résidents d’établissement sont une population aux besoins particulièrement importants, mais également une population hétérogène. Les plus jeunes d’entre eux, entre 60 et 75 ans, cumulent les difficultés et sont actuellement en Etablissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) précisément car il s’est avéré impossible qu’ils restent à domicile. Permettre de rester à domicile aux personnes actuellement accueillies en Ehpad demanderait donc une prise en charge à la fois très importante quantitativement, et qualitativement adaptée aux différents publics actuels des Ehpad.
- En montrant également que l’aide informelle n’est ni gratuite, ni inépuisable, ni évidente. De nombreux facteurs influencent le fait d’aider ou non un proche en perte d’autonomie, et le type d’aide apportée, notamment le genre des aidants potentiels. Les projections du nombre de personnes âgées en perte d’autonomie et d’aidants potentiels montrent que cette ressource pourrait venir à manquer dans les années 2030, notamment pour les hommes âgés, qui seraient de plus en plus nombreux à n’avoir ni conjointe ni enfant. Les personnes âgées en perte d’autonomie de demain pourront donc moins compter sur leurs proches pour les aider, ce qui compliquerait une éventuelle prise en charge à domicile. Le virage domiciliaire devra nécessairement s’accompagner d’une politique de soutien aux aidants familiaux, et d’une réflexion sur leur rôle.
- Ensuite, parce que les besoins de prise en charge des personnes âgées sont différents selon les départements. Certains départements sont particulièrement touchés par les troubles cognitifs qui sont actuellement moins souvent pris en charge à domicile. Sur ces territoires où les incapacités sont plus sévères, l’offre en établissement est relativement plus développée. Ces terri-

toires devront fortement s'adapter pour réussir le virage domiciliaire annoncé. D'autant plus que l'offre de manière générale est d'ores et déjà en tension, et inégalement répartie sur le territoire.

- Enfin, les budgets des conseils départementaux, qui financent une grande partie des dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie, sont hétérogènes. La contrainte budgétaire des départements limite nécessairement les dépenses d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Le virage domiciliaire ne pourra réussir que si la question budgétaire est résolue, d'autant plus que les coûts de l'accompagnement des personnes âgées à domicile sont amenés à progresser avec la revalorisation des aides à domicile et que ceux des personnes qui vivaient avant en établissement seront vraisemblablement plus élevés que ceux des personnes actuellement à domicile.

Cette recherche invite donc à penser ensemble les différentes échelles de la prise en charge de la perte d'autonomie, enjeu à la fois individuel, familial, local et national. Il rend également compte de la nécessaire articulation des différents acteurs (privés, publics, associatifs / sanitaires, sociaux et médico-sociaux), et de l'interdépendance entre prise en charge à domicile et en établissement. Il montre finalement que la réponse des politiques publiques au défi démographique des années 2030-2040 devra être d'une ampleur bien plus importante que ce qui a été fait dans la dernière décennie.

En effet, la plupart des données exploitées pour ce projet, celles des enquêtes Vie Quotidienne et Santé (VQS), CARE et Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) en particulier, datent des années 2014-2016. On pourrait donc objecter que les résultats qui en sont tirés ne tiennent pas compte des avancées, réelles, qui ont eu lieu depuis. La loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite « loi ASV »), entrée en application en 2016, a en particulier amélioré l'APA à domicile (hausse des plafonds, répit pour les aidants...), encouragé le développement des résidences autonomie, et fait avancer le secteur de l'aide à domicile en supprimant

la distinction entre les services autorisés et agréés. Plus récemment, des mesures ont été mises en œuvre pour renforcer la qualité et l'attractivité du secteur de l'aide à domicile, comme la mise en place d'un tarif plancher à 22, puis 23 euros pour la valorisation d'une heure de service prestataire dans les plans d'aide APA, et la revalorisation des salaires des aides à domicile du secteur associatif prévue par l'avenant 43 à la convention collective nationale de la branche de l'aide à domicile.

Toutefois, les données disponibles les plus récentes dont on dispose montrent que ces mesures n'ont toutefois guère modifié le tableau d'ensemble dressé par ce rapport.

En ce qui concerne l'APA à domicile, [Arnault et Wittwer \(2021\)](#) mettent en évidence que même si les montants moyens proposés aux bénéficiaires de l'APA des Groupe Iso-Ressources (GIR) 1, 2 et 3 ont augmenté entre 2011 et 2017, ceux des GIR 4 ont en moyenne diminué. L'analyse des auteurs montre que cette diminution des montants des plans d'aide des personnes relativement plus autonomes a permis la hausse des plans des personnes les plus sévèrement dépendantes, la contrainte budgétaire totale n'ayant pas disparu.

Les résidences autonomes sont certes plus nombreuses en 2019 qu'en 2015, et le nombre de places a augmenté de 7 % entre ces deux dates (soit 7 660 places en hébergement permanent en plus, passant ainsi de 105 480 à 113 140 places). Mais le taux d'occupation de ces établissements et le nombre de personnes accueillies ont baissé sur cette même période ([Balavoine, 2022](#)). Ainsi, fin 2019, sur 100 places installées en résidence autonomie, 87 sont occupées, contre 93 fin 2015. De plus, leur localisation était très concentrée en 2015 ([Carrère et al., 2021](#)), et leur répartition n'est pas plus homogène sur le territoire en 2019 comme le souligne le rapport du projet « [Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : estimer les besoins locaux](#) » qui sera publié au premier semestre 2023.

Les résidences services seniors se développent également, mais leurs tarifs varient

fortement d'un territoire à un autre, et restent globalement élevés par rapport aux pensions de la plupart des retraités. Cette offre ne peut donc actuellement concerner que la fraction la plus aisée des personnes âgées.

Enfin, l'attractivité du secteur de l'aide à domicile reste en 2023 un sujet de préoccupation pour les politiques publiques, malgré l'agrément par l'État de l'avenant 43 de la branche de l'aide à domicile et le tarif plancher pour l'APA à domicile porté à 22, puis 23 euros. 12 600 places supplémentaires ont été ouvertes entre 2020 et 2022 pour les formations d'aides-soignants, d'infirmiers et d'accompagnants éducatifs et sociaux, mais cela reste peu au regard des besoins du secteur. En 2022, une campagne de recrutement d'urgence pour les métiers du soin et de l'accompagnement a été lancée, témoignant de la persistance des difficultés.

Enfin, suite à la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2022, les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) seront prochainement regroupés sous la catégorie unique de Services autonomie à domicile (SAD)¹. Cette unification des services devrait améliorer la coordination entre le secteur sanitaire et médico-social.

Malgré ces avancées, les résultats des recherches présentées dans ce rapport ne paraissent pas fondamentalement modifiées par les transformations ayant eu lieu depuis 2016 : notre conclusion demeure que les conditions d'un virage domiciliaire réussi pour les générations vieillissantes du baby-boom ne sont, aujourd'hui encore, pas réunies.

Les principaux résultats de chaque chapitre sont résumés dans la suite de cette synthèse.

1. voir, article L. 313-1-3 du Code de l'action sociale et des familles (en vigueur à partir de juin 2023).

Chapitre 1. Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes âgées en France aujourd'hui ?

Ce chapitre présente une comparaison des caractéristiques des personnes de 60 ans ou plus selon leur lieu de vie, à partir des données des enquêtes CARE de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Il reprend le texte d'une publication dans la collection des « Dossier de la DREES », parue en février 2023 (Roy, 2023).

À l'heure où le virage domiciliaire constitue une orientation majeure des politiques publiques du grand âge, ce chapitre met en lumière une des questions posées par la volonté de désinstitutionnalisation des personnes âgées : l'hétérogénéité des publics accueillis en établissement, et leur besoin d'aide particulièrement important, par rapport aux personnes vivant à domicile.

Parmi l'ensemble des seniors de 75 ans ou plus, près d'un sur dix vit en établissement d'hébergement. Les résidents d'établissement ont 86 ans en moyenne, et les trois quarts sont des femmes. Seuls 13 % des résidents en établissement sont en couple, contre 64 % à domicile. Ce contraste n'est pas surprenant, étant donné l'âge moyen des deux populations. Mais cela s'explique non seulement par la part de veufs et veuves plus élevée en établissement, mais aussi par celle des personnes célibataires : en établissement, 17 % des seniors sont célibataires, contre 7 % à domicile. Avant 75 ans, le célibat est même la situation la plus fréquente en établissement, loin devant le divorce, le veuvage et le mariage. Un senior sur quatre en établissement n'a aucun enfant en vie, contre un sur dix à domicile, et un sur trois n'a aucun petit-enfant, contre un sur cinq à domicile. On retrouve donc des résultats connus (Besnard et Abdoul-Carime, 2020) : les personnes en établissement, surtout les plus

jeunes, sont plus isolées sur le plan familial que les personnes à domicile.

Elles sont également socialement plus défavorisées. Les différences sont, ici encore, beaucoup plus marquées parmi les moins de 80 ans : beaucoup moins de cadres et de professions intermédiaires, tant parmi les femmes que les hommes. Les anciens ouvriers sont fortement sur-représentés en établissement parmi les hommes. Parmi les hommes de moins de 80 ans vivant en établissement, 11 % n'avaient pas de profession avant l'âge de la retraite, contre 0,2 % à domicile. Ce pourcentage très important peut indiquer qu'il s'agit de personnes ayant eu un handicap avant leur entrée en établissement, ou des difficultés d'insertion les ayant maintenus dans l'inactivité, et souligne encore une fois la plus grande vulnérabilité sociale de ces résidents les plus jeunes.

Les prévalences par âge – c'est-à-dire les proportions au sein de chaque tranche d'âge – des difficultés sensorielles ne sont pas très différentes selon le lieu de vie. Certes, les difficultés à lire les caractères d'un journal sont plus fréquentes en établissement, quel que soit l'âge, mais les limitations auditives sont croissantes avec l'âge, au même rythme à domicile et en établissement, et la majorité des personnes âgées entendent sans difficulté dans une pièce silencieuse jusqu'à 90 ans, quel que soit leur lieu de vie.

Les limitations motrices sont, à l'inverse, massivement plus fréquentes en établissement : à tous les âges, et dès 60 ans, une majorité des résidents ont beaucoup de difficultés à se pencher ou s'agenouiller. C'est également le cas pour monter un escalier, marcher 500 mètres sans aide (sauf entre 60 et 65 ans), et porter 5 kilos sur 10 mètres. À domicile, pour ces quatre difficultés, le pourcentage de personnes sans difficulté est supérieur à 75 % parmi les plus jeunes (60-64 ans), et décroît régulièrement avec l'âge. A partir de de 80-85 ans, à domicile, il y a davantage de personnes qui ont beaucoup de difficultés que de personnes qui n'ont pas de difficulté. Seules les difficultés à se servir de ses doigts et de ses mains font exception :

elles présentent un profil similaire dans les deux lieux de vie, avec une majorité de personnes qui n'ont aucune difficulté à tous les âges, mais qui décroît régulièrement avec l'âge. Les difficultés motrices importantes, à tous les âges, sont donc caractéristiques des personnes en établissement.

Enfin, les limitations cognitives augmentent avec l'âge à domicile, mais les prévalences restent modérées à tous les âges. En établissement en revanche, trous de mémoire, difficultés à comprendre et se faire comprendre, à résoudre les problèmes de la vie quotidienne, et à nouer des relations sont fréquents à tous les âges.

Les personnes de moins de 75 ans en établissement ont donc des limitations particulièrement importantes pour leur âge, tandis que les résidents les plus âgées ont des limitations sensorielles et physiques proches des personnes vivant à domicile, mais bien plus de limitations cognitives. Cela explique en partie le taux particulièrement élevé de personnes sous protection juridique en établissement, supérieur aux deux tiers pour les résidents de moins de 75 ans.

Ces résultats mettent en évidence les différences entre les personnes âgées à domicile et en établissement, à âge comparable (notamment la forte prévalence des limitations cognitives en établissement, à tous âges), mais aussi certaines ressemblances, surtout aux grands âges, comme sur les limitations sensorielles et physiques ou les caractéristiques socio-économiques.

Ils montrent également la dualité des publics accueillis en Ehpad, en-deçà et au-delà de l'âge de 75 ans environ. Cette dualité était déjà connue, mais notre étude est la première à la documenter dans toutes ses dimensions : limitations fonctionnelles, caractéristiques démographiques, diplômes, revenus, protection juridique... Elle interroge les politiques publiques, sur l'accueil en un même lieu, et selon les mêmes modalités, de plusieurs publics aux caractéristiques si différentes. On trouve ainsi, parmi les plus jeunes résidents d'Ehpad, des personnes handicapées vieillissantes, aux besoins d'aide assez importants, ou des personnes présentant des troubles psy-

chiques. Les besoins de ces publics sont différents, leur prise en charge n'implique pas les mêmes tâches et pas nécessairement la même charge de travail, ce qui a des conséquences sur l'organisation des établissements et de leur personnel.

La comparaison des caractéristiques des seniors vivant en établissement et à domicile permet enfin de préciser les conditions sous lesquelles les premiers pourraient rester à domicile plus fréquemment, voire totalement. La DREES a récemment rappelé qu'il faudrait pouvoir accueillir 108 000 personnes âgées supplémentaires en établissement d'ici 2030, si la proportion de personnes résidant en établissement restait inchangée à chaque âge et degré de perte d'autonomie ([Miron de l'Espinay et Roy, 2020](#)). Or, la politique actuelle ne s'oriente pas vers le développement massif de nouvelles places en établissement.

Les conditions économiques et sociales du soutien à leur autonomie à domicile doivent donc être anticipées, au regard des caractéristiques que l'on vient de décrire : le relatif isolement social et les faibles revenus des plus jeunes, le fait qu'un quart d'entre eux est sous protection juridique, la prévalence très importante des troubles cognitifs et moteurs. Elles impliquent en particulier l'existence et la viabilité économique d'un important secteur de l'aide à domicile, entendue au sens large : aide-ménagère, au repas, à la toilette... mais aussi une prise en charge sanitaire à domicile, qui correspondrait aux tâches assurées aujourd'hui par le personnel médical et paramédical des Ehpad : celles-ci vont de l'aide à la prise de médicaments, aux nombreux actes infirmiers ou de kinésithérapie par exemple, jusqu'à la prise en charge de la fin de vie (soins palliatifs).

Chapitre 2. Les facteurs de mortalité sont-ils les mêmes à domicile et en établissement ?

L'enquête CARE, appariée avec les données de l'état civil des années suivant l'enquête, permet d'étudier les facteurs de mortalité à l'œuvre sur les deux cohortes de personnes enquêtées : en 2015 à domicile, et en 2016 en établissement.

L'analyse de la mortalité a été effectuée sur les deux sous-populations, ensemble et séparément. Sur les données empilées, on retrouve très précisément les quotients de mortalité de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) pour 2016, sauf aux âges très élevés où la mortalité est plus élevée dans l'enquête CARE.

Les facteurs de risque de décès sont les mêmes en établissement et à domicile, avec des ampleurs différentes. On note toutefois que certains facteurs de risque, et notamment les limitations cognitives et la maladie d'Alzheimer, sont atténués pour les personnes en établissement, alors que même « toutes choses égales par ailleurs », les personnes en établissement ont une probabilité de décès plus élevée, du fait d'un état de santé plus dégradé. L'Ehpad pourrait donc constituer un environnement protecteur contre ces facteurs - au risque d'une liberté d'agir parfois réduite.

Les facteurs de risque communs aux personnes vivant à domicile et en établissement sont une mauvaise ou très mauvaise santé déclarée, une Affection de longue durée (ALD) reconnue par l'Assurance maladie, une insuffisance pondérale, ou une perte d'autonomie sévère (mesurée par l'indice de Katz). Une analyse par modèles de durée confirme ces résultats.

Certains facteurs de risque s'observent à domicile mais pas en établissement :

- à un an comme à trois ans, avoir été hospitalisé dans l'année
- à trois ans, avoir une limitation fonctionnelle cognitive, répondre par proxy, ou se déclarer très limité dans les activités du quotidien

- déclarer un diagnostic de maladie d'Alzheimer accroît également la probabilité de décès à domicile, à un an comme à trois ans, mais pas en établissement.

Ces différences semblent intéressantes, on a introduit des termes d'interaction dans les modèles (linéaires et modèles de durées), qui permettent de quantifier la différence d'effet d'une variable entre domicile et établissement. Les facteurs de risque communs restent les mêmes que ci-dessus, mais trois facteurs apparaissent alors comme ayant des effets différents entre domicile et établissement :

- une limitation sensorielle serait liée à une plus grande probabilité de décès, en établissement seulement
- être en détresse psychique au sens d'avoir un score *Mental health five items* (MH5) inférieur à 55 est associé à une meilleure survie, par rapport aux personnes ayant un score moyen, à domicile uniquement. Ce résultat paradoxal peut être lié à la consommation élevée de psychotropes des personnes âgées. Les personnes en moins bonne santé se voient prescrire davantage de médicaments de ce type, qui peuvent améliorer leur score de santé mentale, sans pour autant réduire le risque de décès. Ce point devrait faire l'objet de recherches complémentaires à l'avenir.
- enfin, le résultat selon lequel un diagnostic d'Alzheimer est facteur de surmortalité à domicile mais pas en établissement semble robuste : il apparaît quelle que soit la spécification du modèle. Ce résultat est compatible avec un effet protecteur de l'institutionnalisation pour les personnes souffrant de cette pathologie, même si on ne peut pas conclure au caractère causal du lien, à l'issue de ces régressions. Cela serait cohérent avec la motivation première des familles qui sollicitent une place en Ehpad pour ces malades, essentiellement afin de les protéger. Mais on ne peut pas exclure que ce résultat provienne d'un biais de variable omise : les caractéristiques observables permettant de contrôler de l'état de santé sont imparfaites, et les personnes en établissement n'ayant pas de diagnostic d'Alzheimer souffrent peut-être d'autres pa-

thologies qui conduisent au décès, au même rythme que la maladie d'Alzheimer.

Cette analyse encourage les politiques publiques à faire porter une attention toute particulière, par les personnes au contact des personnes âgées, aux personnes présentant un ou plusieurs facteurs de risque accru de décès identifiés ci-dessus. Lors d'une demande d'APA par exemple, les personnes les plus fragiles au sens de ce risque pourraient être repérées et susciter une surveillance particulière : personnes vivant dans le même logement qu'un enfant aidant ou avec d'autres personnes qu'un conjoint, personnes en insuffisance pondérale, et retours à domicile après une hospitalisation.

D'autre part, le fait que la maladie d'Alzheimer et les limitations cognitives soient des facteurs accrus de mortalité à domicile mais non en établissement, comme les statistiques descriptives du chapitre 1 qui soulignent les spécificités des résidents d'Ehpad, invitent à réfléchir aux conséquences et aux modalités de la désinstitutionnalisation souhaitée par les décideurs publics, ainsi qu'aux modalités de possibilité de prise de risques par les résidents d'Ehpad, dans le cadre de l'exercice de leurs droits.

Chapitre 3. Les soutiens aux personnes âgées en perte d'autonomie : comment la population des aidants sera-t-elle amenée à évoluer ?

Lorsqu'une personne âgée perd son autonomie, ses proches sont souvent sollicités pour l'aider, parfois en complément d'une aide professionnelle. En permettant à des personnes âgées de moins en moins autonomes de rester à domicile, le virage domiciliaire suppose donc une implication forte des proches aidants.

Ce chapitre s'intéresse aux proches aidants de personnes âgées à domicile, pour mieux appréhender la population concernée et les facteurs liés au fait d'aider. Nous projetons ensuite la population des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches grâce à un modèle de microsimulation, pour voir dans quelle mesure les personnes âgées de demain pourront compter sur la présence d'aidants familiaux. Nous identifions une population d'aidants potentiels : les conjoints et les enfants des personnes âgées ayant au moins une restriction dans une activité instrumentale de la vie quotidienne. Parmi ces aidants potentiels, nous étudions les facteurs qui déterminent le fait d'être effectivement aidant.

Concernant les conjoints, hommes et femmes ont autant de chance d'aider leur conjoint en perte d'autonomie, et lorsqu'on contrôle pour l'âge des deux membres du couple, les hommes ont davantage de chance d'aider leur conjointe, sauf si celle-ci se trouve dans une situation de perte d'autonomie sévère. Le fait d'avoir des enfants diminue la probabilité d'aider, et l'état d'autonomie du conjoint aidant a un effet important sur la probabilité d'aider. Quand on regarde plus en détail l'effet du genre sur la probabilité d'aider, on voit que cela dépend du type de tâche considéré. S'il y a peu d'écart entre femmes et hommes en considérant toutes les aides, cela masque une disparité importante : les hommes ont plus de chances d'aider leur conjointe pour les tâches qui s'effectuent à l'extérieur du domicile, comme faire les courses (+8 points de pourcentage), tandis que les femmes aident davantage pour les soins corporels (+10 points de pourcentage), comme s'habiller ou se laver.

Concernant les enfants, le fait d'habiter près de son parent en perte d'autonomie, voire de cohabiter, est un facteur très important. Certains facteurs ont un effet indirect car ils influencent la probabilité d'habiter près de chez ses parents : le fait d'être en couple et la CSP. Nous observons aussi des interactions entre le genre des

parents et celui des enfants : les filles aident davantage leurs parents que les fils, et les enfants aident davantage leur parent s'il est de même sexe. Au total, le surplus d'aide des filles n'est pas homogène, et dépend du genre et de la situation conjugale du parent en perte d'autonomie. Ainsi, les filles aident davantage leur mère que les fils si cette dernière est seule (souvent veuve). Dans une moindre mesure, elles aident davantage leur père ou mère en couple, mais elle n'aident pas plus leur père seul que les fils.

Contrairement aux conjoints, dans le cas des enfants, en regardant le détail des tâches effectuées, les conclusions sur les liens entre genre et aide sont inchangées : les filles aident davantage leurs parents pour tout type de tâche, sauf le bricolage.

Nous projetons ensuite les populations d'aidants potentiels, pour voir si les personnes âgées de demain pourront compter sur l'aide de leurs proches dans les mêmes proportions qu'aujourd'hui.

Face à la hausse des besoins liée au vieillissement de la population et au virage domiciliaire anticipé, la question de la disponibilité d'aidants familiaux va être centrale dans les années à venir. Au total, il y aura sans doute moins d'aidants disponibles, principalement du fait de la baisse du nombre moyen d'enfants par femme. Le plus faible nombre d'enfants en moyenne se traduit par une diminution de la taille des fratries, ce qui pourrait induire une augmentation du nombre d'enfants contraints à aider, qui ne pourront pas se reposer sur les frères ou sœurs. Le nombre de personnes mariées ou pacsées décroît également, mais notre modèle ne permet pas de savoir si cette baisse sera compensée par une hausse de la proportion de personnes en union libre aux âges élevés. Globalement, la proportion de personnes sans enfant ni conjoint devrait augmenter parmi les hommes en perte d'autonomie (de 6 % en 2015 à 11 % en 2040), et diminuer puis se stabiliser chez les femmes.

Ainsi, le virage domiciliaire risque de faire peser une responsabilité de plus en plus importante sur un nombre réduit de personnes. Si le nombre total d'aidants va sans doute augmenter en accompagnant la hausse du nombre de personnes en perte d'autonomie, le nombre d'aidants potentiels par personne en perte d'autonomie va, lui, baisser. Les aidants seront donc de plus en plus contraints à aider, ce qui pourrait avoir des conséquences tant sur l'effet de l'aide sur leur santé que sur la qualité de l'aide apportée.

Chapitre 4. Quels sont les territoires les plus exposés à la perte d'autonomie ?

Ce chapitre analyse et explique les différences départementales de perte d'autonomie, selon l'âge et le type de perte d'autonomie.

Dans un premier temps, nous mettons en évidence des différences de prévalences de la perte d'autonomie entre les départements, c'est-à-dire de pourcentage de personnes en perte d'autonomie dans le département, toutes mesures de la perte d'autonomie confondues. Les prévalences sont élevées en Guadeloupe, à La Réunion, en Martinique, dans le Nord de la France, l'Ariège, le Cantal, la Creuse et la Corrèze. Ces territoires sont majoritairement ruraux. À l'inverse, l'Île-de-France, la Haute-Savoie, la Normandie et le Morbihan ont des prévalences de la perte d'autonomie faibles.

Lorsqu'on analyse séparément les différentes mesures de la perte d'autonomie, on identifie des différences selon les types d'incapacité : types de limitations fonctionnelles (physiques ou cognitives), et difficultés pour se laver ne sont pas uniformément répartis sur le territoire. Les départements du Nord de la France sont plus touchés par les limitations fonctionnelles physiques. Ceux du centre-Sud de la France (Creuse, Dordogne, Corrèze, Aveyron, Lozère, Ardèche, Cantal, Hautes-Pyrénées, Gers et Ariège) et les départements d'outre-mer sont plus touchés par les limitations

fonctionnelles cognitives. Les départements du Nord et ceux d'outre-mer affichent des stades moins avancés dans le processus de perte d'autonomie (limitations fonctionnelles non cumulées à des restrictions d'activités), au contraire du centre de la France, où les difficultés pour se laver sont plus fréquentes.

À l'exception du Nord et de l'Est de la France, où les prévalences de la perte d'autonomie sont plutôt élevées à tous les âges, on constate que les différences départementales selon le type de perte d'autonomie cachent en partie des différences dans les âges d'exposition à la perte d'autonomie. En effet, les limitations physiques apparaissent plus tôt que les limitations cognitives ou les restrictions d'activités. Les départements les plus touchés par la perte d'autonomie sévère (restrictions d'activités ou troubles cognitifs) sont aussi les départements ayant des prévalences élevées après 75 ans (centre de la France, Bretagne et vallée du Rhône). Les départements sur la ligne Seine-Maritime - Aube (dont la Seine-Saint-Denis), la vallée du Loir, la Corse, l'Aude, le Gard, la Drôme et le Puy-de-Dôme ont des prévalences élevées surtout avant 75 ans. La perte d'autonomie reste faible dans les départements littoraux quel que soit l'âge considéré. La région parisienne (excepté la Seine-Saint-Denis) affiche toujours les prévalences les plus faibles, surtout parmi les plus de 75 ans. Ainsi, des prévalences élevées de perte d'autonomie sévère ne sont pas forcément synonyme de « mal vieillir » puisqu'elles supposent une forte longévité à la fois en bonne (pour atteindre les âges où le risque de perte d'autonomie est grand) et en mauvaise santé (pour vivre longtemps avec ses incapacités). A l'inverse, avoir des incapacités faibles peut aussi signifier que les personnes meurent avant d'atteindre les âges de la perte d'autonomie.

Pour s'extraire des différences de structure démographique entre les départements, nous estimons, par département, le risque de perdre son autonomie à âge et sexe équivalents. Les départements d'outre-mer, du Nord-Est et le centre de la France cumulent les désavantages. En effet, ce sont des départements où les prévalences de la perte d'autonomie sont élevées, malgré une longévité faible ce qui conduit à

des probabilités de perte d'autonomie, à sexe et âge donnés, les plus élevés. A âge et sexe équivalents, les difficultés sévères (cumul de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité) sont plus souvent visibles dans le centre-Sud (Creuse, Corrèze, Lozère, Ariège, Cantal, Ardèche, Haute-Loire et Aveyron). Les troubles plus simples sont plus communs en Île-de-France, en Guyane, Guadeloupe et Martinique.

Une explication possible à ces différences (outre l'âge) est l'offre en Ehpad. Elle permet, lorsqu'elle est abondante, abordable, de qualité, de prendre en charge des incapacités sévères dans le département ; la situation inverse peut conduire à changer de département pour entrer en établissement. La cartographie de la perte d'autonomie en localisant la perte d'autonomie au département de résidence avant une entrée en établissement est proche de celle en localisant la perte d'autonomie au département de résidence actuel. Toutefois, quelques départements « bénéficient » (au sens où cela fait baisser leur taux de prévalence) de l'exode de personnes âgées en perte d'autonomie vers d'autres départements (Paris et sa petite couronne, ainsi que le Rhône) tandis que d'autres départements accueillent en forte proportion des personnes âgées en perte d'autonomie issues d'autres départements (la Lozère, l'Yonne, l'Ain, le Territoire-de-Belfort et dans une moindre mesure, la Seine-et-Marne, la Creuse, l'Oise et l'Ardèche) et voient leur prévalence de la perte d'autonomie augmenter.

Les éléments explicatifs potentiels évoqués précédemment sont étudiés dans une analyse économétrique. Elle permet de démêler les raisons possibles des différences de perte d'autonomie entre départements : sont-elles sociales, liées à l'accessibilité financière ou géographique de l'offre médico-sociale, à des mobilités géographiques, ou à d'autres facteurs territoriaux ? Nous trouvons que les différences territoriales sont en grande partie le reflet de différences sociales et de longévité. Les départements les plus avantagés en matière de longévité et de caractéristiques sociales sont aussi ceux ayant des risques plus faibles de perte d'autonomie, toutes choses égales par ailleurs. L'effet territorial serait donc en grande partie indirect puisqu'il

reflète des inégalités sociales et de longévité d'un département à l'autre. La prise en charge (l'offre) contribue dans une moindre mesure à expliquer ces différences. Cette plus faible contribution s'explique par la difficulté à identifier par quel mécanisme l'offre joue. L'offre peut avoir (1) un effet curatif : une offre adéquate contribue à réduire la probabilité de perdre son autonomie (si on recourt à cette offre), (2) un effet d'attraction : une offre adéquate contribue à attirer des personnes âgées en perte d'autonomie et donc à augmenter la proportion de personnes en perte d'autonomie, (3) un effet de longévité en mauvaise santé : une offre adéquate permet de vivre plus longtemps avec des incapacités.

Ces résultats permettent de nuancer le rôle direct du territoire dans l'explication des différences. Le fait de vivre dans un département particulier ne contribue pas nécessairement à faire augmenter le risque de perdre son autonomie. Ce sont davantage les inégalités sociales et de longévité, marquées territorialement, qui expliquent les différences. Ainsi, pour relever le défi du virage domiciliaire, il apparaît important de mieux identifier les populations qui auront le plus besoin d'une prise en charge, notamment celles qui sont socialement défavorisées, d'autant plus que les départements où la densité de personnes socialement défavorisées est élevée sont aussi ceux ayant des budgets limités.

Dans ce chapitre, nous comparons aussi un indicateur administratif de la perte d'autonomie, le GIR, selon qu'il est mesuré par les conseils départementaux ou par des données d'enquêtes. Pour tous les départements, la perte d'autonomie estimée par enquête est supérieure à la mesure issue des conseils départementaux. Les estimations par enquête sont relativement plus élevées que les évaluations départementales en Guadeloupe, en Guyane, dans la Marne, la Haute-Marne, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, les Alpes de Haute-Provence et la Corse-du-Sud. À l'inverse, elles sont plus proches des estimations des conseils départementaux en Haute-Corse, dans les Ardennes, l'Hérault, le Calvados, la Creuse, la Haute-Savoie et la Lozère. Ces différences nourrissent le débat sur la faisabilité d'un virage domiciliaire

si les pratiques départementales d'évaluation des besoins ne sont pas équivalentes d'un département à l'autre. Il est à noter qu'alors que le GIR attribué mesure les besoins d'aides humaines pour faire des activités, le GIR estimé par enquête capte plutôt les difficultés déclarées par les personnes. Cela peut expliquer aussi la différence entre ces deux mesures. Les analyses du chapitre suivant approfondissent ce constat en analysant les différences départementales dans la mise en œuvre de l'APA.

Chapitre 5. Y a-t-il des différences dans la mise en œuvre de l'APA entre les départements ?

Comme indiqué précédemment, il existe des écarts en matière de mise en œuvre de l'APA selon les départements. On compte environ 8 % de bénéficiaires de l'APA parmi les 60 ans ou plus entre 2016 et 2020 en France métropolitaine. Ce taux varie de 4 % (Yvelines) à 12 % (Hautes-Pyrénées). Il est plus élevé dans les départements de la diagonale Hautes-Pyrénées – Loire et en Corse. L'Île-de-France, l'Est de la France, la Bretagne et les Pays-de-la-Loire concentrent moins de bénéficiaires de l'APA que la plupart des départements. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, tous les départements ne sont pas confrontés de la même façon à la perte d'autonomie. Ainsi, ces différences pourraient être liées à des différences de perte d'autonomie. En effet, on constate une forte corrélation entre le nombre estimé *via* les données d'enquête, et le nombre réel de bénéficiaires de l'APA (coefficient de détermination de 92 %). Pour autant, l'écart entre le nombre de bénéficiaires potentiels et réels de l'APA est notable pour de nombreux départements (voir chapitre précédent). Et l'analyse toutes choses égales par ailleurs réalisée pour ce chapitre montre que le besoin, qu'il soit mesuré grâce à une estimation du GIR ou grâce aux prévalences de pathologies considérées comme liées à la perte d'autonomie, n'ex-

plique pas totalement les différences de taux de bénéficiaires de l'APA entre départements. Ainsi, l'élément central de l'éligibilité à l'APA n'est pas un déterminant de ces différences. Comme évoqué précédemment, le GIR attribué mesure les besoins d'aides humaines pour faire des activités alors que le GIR estimé par enquête mesure les difficultés déclarées par les personnes, ce qui peut être un élément d'explication des écarts. D'autres éléments entrent en jeu et notamment la contrainte budgétaire des départements. Ce résultat laisse à penser qu'un faible taux de bénéficiaires de l'APA est plus la résultante de facteurs départementaux que de facteurs individuels de non-recours.

Ce chapitre analyse conjointement plusieurs indicateurs départementaux liés à la mise en œuvre de l'APA. Le but est de faire un état des lieux des stratégies mises en place par les départements pour financer les besoins de leurs administrés et d'interroger leur autonomie dans un contexte budgétaire contraint.

Dans une Analyse en Composantes Principales (ACP), nous identifions un premier arbitrage auquel font face les départements : comment répartir les financements disponibles pour l'APA entre les personnes âgées ? On constate que les départements ont un arbitrage à faire entre répartir les financements disponibles entre beaucoup de personnes ce qui induit de faibles montants d'APA pour chaque bénéficiaire, ou répartir les financements disponibles entre peu de bénéficiaires ce qui permet d'allouer des montants par bénéficiaire plus élevés. L'analyse toutes choses égales par ailleurs permet d'identifier que les caractéristiques de la population âgée peuvent contraindre la façon dont les départements résolvent cet arbitrage. Contrairement à ce qui était attendu, ce ne sont pas les caractéristiques en termes d'autonomie qui contraignent les choix des départements mais plutôt les prises en charge que nous appelons « incompressibles ». En effet, lorsque les départements ont un nombre élevé de demandes « incompressibles », leur nombre de bénéficiaires de l'APA est en proportion plus grand. Cela implique, à budget constant, de tenter de limiter la dé-

pense par bénéficiaire : d'une part, par un GIRage² plus restrictif et d'autre part, par des montants d'APA par bénéficiaire plus faibles. C'est le cas lorsque le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement est élevé. En effet, le non-recours en établissement est quasiment inexistant ce qui conduit d'office les personnes à bénéficier de l'APA (d'autant plus que ce sont les établissements qui évaluent l'autonomie des personnes âgées) mais contraint les départements sur les montants alloués, leur enveloppe budgétaire étant limitée. Il est d'autant plus possible pour les départements d'accorder de plus faibles montants d'APA par bénéficiaire lorsque la densité d'infirmières libérales est élevée (dont le financement est assuré par l'Assurance maladie). Ils peuvent être ainsi incités à établir des plans d'aide moins élevés ou à attribuer un GIR plus élevé. En parallèle, lorsque les départements ont des montants d'APA « incompressibles » importants, les montants sont en moyenne plus élevés par bénéficiaire, conduisant les départements à attribuer en moyenne moins souvent l'APA. C'est le cas lorsque les personnes âgées ont des revenus faibles : le taux de prise en charge est alors plus élevé (et sans doute la perte d'autonomie aussi) ce qui augmente les montants moyens par bénéficiaire d'APA payés par le conseil départemental, mais conduit peut-être les départements à attribuer moins souvent l'APA, car leur budget n'est pas extensible.

Le deuxième arbitrage concerne le coût de la prise en charge à domicile : lorsqu'il est élevé pour le département, cela contribue à augmenter la dépense moyenne par bénéficiaire et sature plus rapidement le plan d'aide, rendant impossible l'ajout d'autres aides (aides techniques, portage de repas, téléassistance, aménagements du logement, protections d'hygiène, etc.). Or, le défi du virage domiciliaire est aussi d'offrir un accompagnement diversifié, non limité aux aides humaines professionnelles. Ainsi, nous faisons face à un deuxième dilemme : comment s'assurer de la survie des services d'aide à domicile nécessaires à la réussite du virage domiciliaire (notamment *via* la fixation d'un tarif de solvabilisation élevé) sans supprimer les autres

2. Attribution d'un GIR aux personnes âgées.

aides, utiles à la vie au domicile, des plans d'aide ?

Les résultats suggèrent aussi que les départements font reposer la prise en charge soit sur l'entourage, soit sur la sphère sanitaire quand cela est possible. En effet, lorsque la densité d'infirmières libérales est élevée, le taux de bénéficiaires de l'APA est élevé mais les montants attribués sont plus faibles, suggérant qu'une partie de la prise en charge est financée par l'Assurance maladie. De la même façon, les départements attribuent moins fréquemment l'APA lorsque la proportion d'hommes en couple est élevée. Cela laisse penser que les conjointes prennent plus souvent le relais dans la prise en charge, permettant au département de faire des économies ou de financer les personnes âgées les plus isolées socialement.

Il apparaît aussi que la mise en œuvre de l'APA dépend de la régulation de l'offre. On constate que les montants moyens d'APA sont plus élevés lorsque les tarifs de solvabilisation sont élevés et lorsque l'offre de prise en charge à domicile est abondante. En effet, lorsque les départements fixent des tarifs de solvabilisation à domicile élevée, les montants sont mécaniquement plus élevés pour un même nombre d'heures, et les plans d'aide sont donc plus rapidement saturés. Cela limite le nombre d'heures notifié et le financement d'autres aides, mais aussi, à budget constant, le nombre de bénéficiaires. Pour la densité d'offre, le mécanisme est à analyser dans l'autre sens : lorsque l'offre est faible, rien ne sert de notifier beaucoup d'heures d'aide et d'accorder des gros montants puisqu'ils ne pourront pas être dépensés faute de disponibilité d'offre. D'ailleurs la sous-consommation des plans d'aide à domicile est plus faible lorsque la densité des services d'aide à domicile est élevée.

Dans cet ensemble d'arbitrages départementaux, ce sont les départements les plus à l'aise financièrement qui peuvent se permettre d'accorder à la fois plus souvent l'APA et des montants plus élevés.

Les résultats de ce chapitre ouvrent donc une réflexion sur la manière de répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées dans un contexte budgétaire

à la fois très contraint et décentralisé. Le virage domiciliaire ne pourra réussir que si cette question de financement est résolue. En effet, elle est au centre des arbitrages réalisés actuellement par les départements. Or, si dans les années à venir, les personnes âgées dont la perte d'autonomie est sévère restent plus systématiquement à domicile, leurs besoins ainsi que leur coût d'accompagnement seront vraisemblablement plus élevés que celles actuellement à domicile. Il est à craindre que si les financements ne suivent pas, les montants moyens attribués par bénéficiaire risquent de diminuer (comme c'est actuellement le cas lorsque le nombre de bénéficiaires augmente), que l'APA soit moins souvent accordée ou encore que les GIR aient tendance à être davantage sous-évalués. Si tel était le cas, ce sera l'entourage, déjà très sollicité, qui devra assurer la prise en charge. L'instauration d'un tarif de solvabilisation minimum à 22 euros, puis à 23 euros par heure à domicile pour la valorisation d'une heure de service prestataire dans les plans d'aide APA, a permis d'améliorer la rémunération des services d'aide à domicile et les plafonds d'aide ont été relevés ce qui permet de limiter la saturation des plans d'aide liée à cette hausse tarifaire. Par ailleurs, les départements ont reçu des aides supplémentaires pour couvrir ce surplus de dépenses, mais celles-ci seront-elles reconduites ? Enfin, le virage domiciliaire ne pourra se faire sans un développement rapide de l'offre à domicile et une meilleure coordination entre les sphères sanitaire et médico-sociale, pour qu'un manque d'offre ne soit pas une cause de sous-consommations de l'aide prévue par les plans d'APA.