

Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives

Amélie Carrère, **Delphine Roy**, Léa Toulemon

18 juin 2024

Un institut universitaire d'évaluation des politiques publiques

- Depuis 2012
- Partenariat entre L'École d'Économie de Paris et le GENES (écoles et recherche en statistiques)
- Objectif : promouvoir l'analyse et l'évaluation quantitative des politiques publiques
- Diffusion vers les décideurs et le grand public (variétés de formats)
- Financement mixte (85% sur contrats)

Indépendance

- Publication de tous les travaux et résultats
 - Transparence sur les méthodes et les sources utilisées
 - Approche non partisane
- ⇒ Charte déontologique co-signée en 2012 avec 3 autres laboratoires

Présentation du rapport
« Vieillir à domicile : disparités
territoriales, enjeux et perspectives »

Généralités sur le projet

- Projet de recherche sur 3 ans, de **déc. 2019 à déc. 2022**
- Structuré en 5 axes/chapitres, dans **trois thématiques** :
 1. **Trajectoires** : vivre à domicile ou en établissement (ch. 1), facteurs de mortalité (ch. 2)
 2. **Aidants** : qui aide, pour quelles tâches, et comment la population des aidants va-t-elle évoluer ? (ch. 3)
 3. **Territoires** : Quels sont les territoires les plus exposés à la perte d'autonomie ? (ch. 4) Y a-t-il des différences dans la mise en oeuvre de l'APA entre les départements ? (ch. 5)
- 4 webinaires "RV de la recherche sur l'autonomie" en 2022
- Publication du rapport : **mars 2023**

Chapitre 1 : Qui vit en établissement parmi les personnes âgées en France aujourd'hui ? Quelles alternatives ?

1. Les personnes âgées en établissement et à domicile : une comparaison

Les personnes accueillies en Ehpad

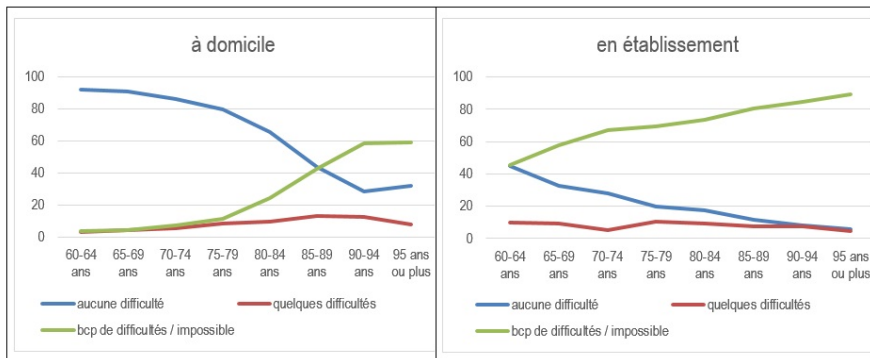
- 7 400 Ehpad en France
- 550 000 personnes environ en hébergement permanent
- 85 % des résidents sont des résidentes
- âge moyen : 85 ans
 - 40 % ont plus de 90 ans

1. Les PA en établissement et à domicile : une comparaison

Une population particulièrement fragile

- En EHPAD : limitations à tous les âges
- Limitations physiques : l'exemple de la marche

Difficultés à marcher 500 mètres sur un terrain plat



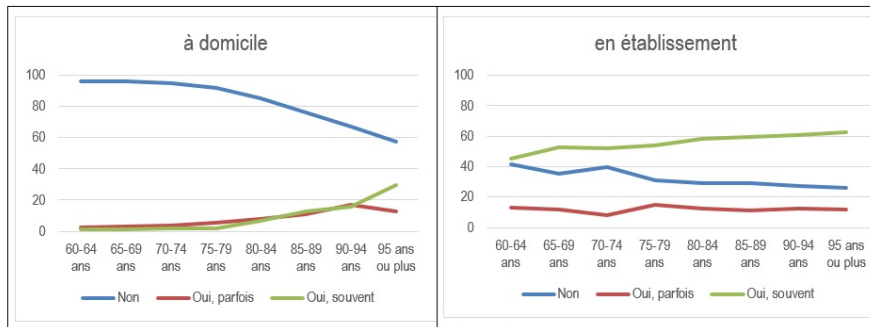
Champ > Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées

Source > Enquêtes Care-ménages (2015) et Care-Institutions (2016), DREES.

1. Les PA en établissement et à domicile : une comparaison

- Limitations cognitives : l'exemple des difficultés à résoudre les problèmes de la vie quotidienne

Difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne



Champ > Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées
Source > Enquêtes Care-ménages (2015) et Care-Institutions (2016), DREES.

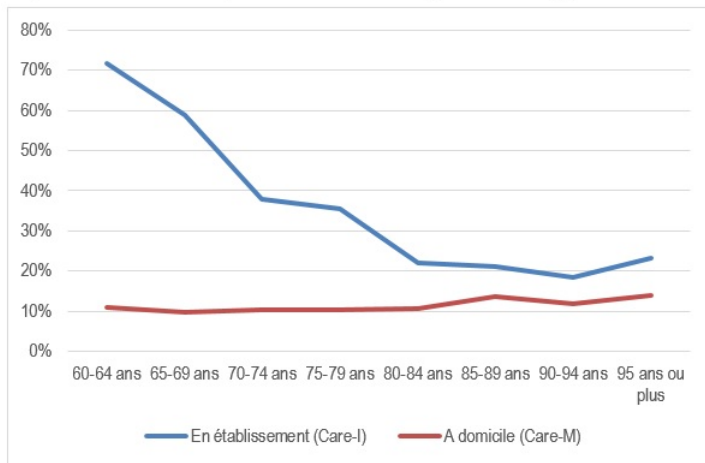
1. Les PA en établissement et à domicile : une comparaison

- Différence est particulièrement importante avant 80 ans
- → Focus sur les personnes de moins de 80 ans vivant en établissement

Les personnes de moins de 80 ans vivant en établissement

- Une part beaucoup plus importante n'a aucun enfant

Proportion des seniors n'ayant aucun enfant en vie, par tranche d'âge, selon le lieu de vie



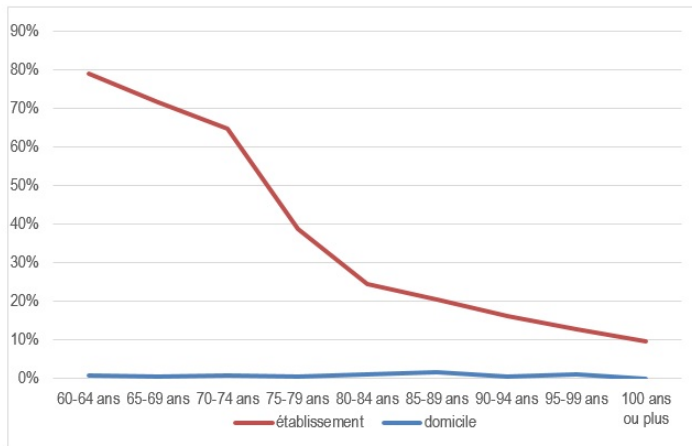
Niveaux de diplôme et de revenus

- Moins 80 ans en établissement
 - revenus nettement plus faibles
 - 40 % n'ont aucun diplôme (contre 15 % à domicile)
- 80 ans ou plus en établissement
 - Même distribution de niveaux de diplôme qu'à domicile
 - Même revenus moyens

Les personnes de moins de 80 ans vivant en établissement

Massivement sous protection juridique

Proportion de personnes sous protection juridique, par âge et lieu de vie



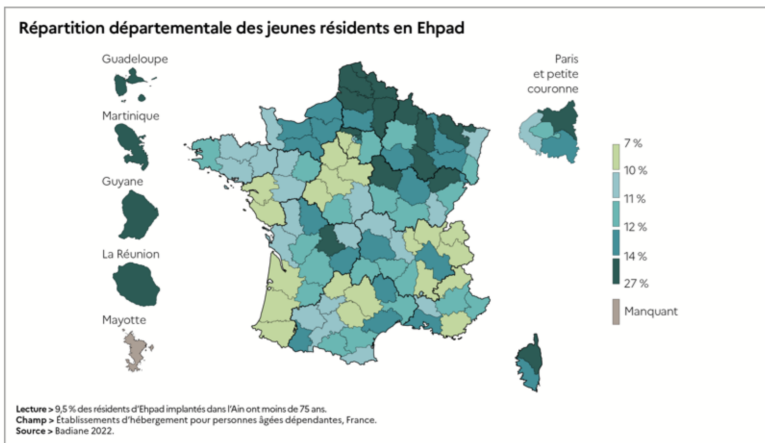
Source > Enquêtes Care-ménages (2015) et Care-Institutions (2016), DREES.

Champ > Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

- Les moins de 75 ans en Ehpad ont des caractéristiques spécifiques
- En partie des personnes handicapées avançant en âge, ou personnes avec troubles psychiques, aux besoins spécifiques
- Question de politique publique : prise en charge en EHPAD avec des plus de 80 ans aux difficultés différentes ?
- Tous les territoires sont-ils concernés de la même façon ?

Répartition des jeunes résidents d'établissement

Plus nombreux là où les moins de 75 ans sont + nombreux parmi les PA (mortalité plus élevée) = des territoires plus défavorisés (revenu médian faible) (DREES, 2024)



Les raisons d'entrer en Ehpad sont multiples (IGAS, 2024)

- Besoin d'aide pro plus important que ce qui est accessible financièrement (plafond APA : 19h/semaine à 23.5€/h)
- Maladies neuro-dégénératives : besoin de surveillance constante
- Aidants de l'entourage non disponibles ou eux-mêmes en mauvaise santé
- Logement et environnement non adaptés
- Isolement, crainte des chutes... Les perceptions sont importantes

Ces facteurs vont-ils se résorber à l'avenir ?

Avec l'arrivée aux grands âges des baby-boomers :

- Si on garde la même répartition domicile / établissement à degré de perte d'autonomie donné...il faudrait créer 100 000 places d'Ehpad d'ici 2030
- Même avec un renforcement du soutien à domicile, toutes les personnes âgées ne pourront pas y rester

→ Réfléchir au modèle économique et à la régulation du secteur des RSS

→ Développer très vite les résidences autonomie, les préparer à une perte d'autonomie accrue

→ Accompagner la transformation domiciliaire des Ehpad

Chapitre 3 : Les soutiens aux personnes âgées dépendantes : comment la population des aidants sera-t-elle amenée à évoluer ?

L'aide informelle : quels enjeux ?

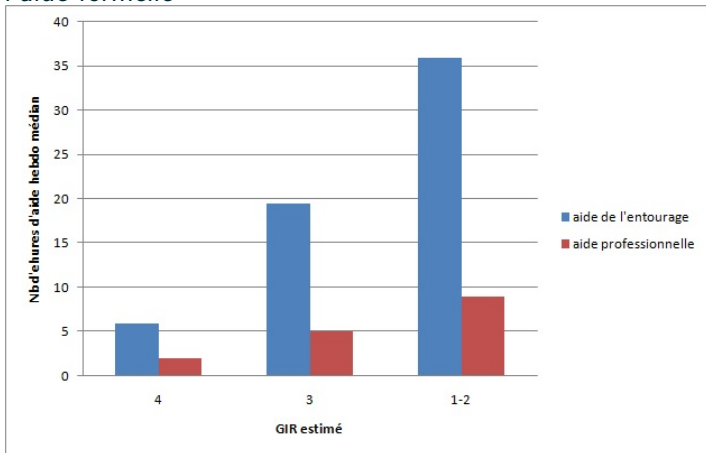
- Augmentation de la population âgée
 - Quelle proportion de ces personnes aura besoin d'aide ?
 - Qui pourra fournir cette aide ?
- Des besoins hétérogènes : dépendance légère vs sévère
- Progrès de la médecine : difficile à anticiper
- Dans tous les cas : besoins croissants, baby-boomers (1945-1970) auront entre 85 et 100 ans de 2030 à 2070

Besoin d'aide : aide humaine principalement

- Aujourd'hui, qui la fournit ?
- 4 millions de proches aidants : surtout les enfants (1/2) et les conjoints (1/4)
- Aides à domicile + infirmiers : 550 000 salariés
- EHPAD : 400 000 salariés

Intro ch. 3 : les proches aidants

L'aide informelle croît avec le niveau de dépendance, plus vite que l'aide formelle



Champ : personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile, Fr métro. Source : DREES, ER1103

3. Les proches aidants

- Qui sera disponible demain pour apporter une aide ?

3. Les proches aidants : projections de population

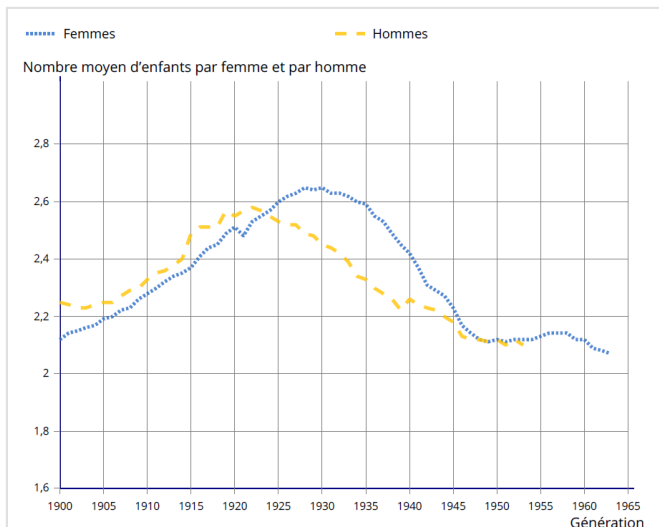
Les dynamiques existantes / attendues influenceront sur le nombre d'aidants potentiels

- Recul du veuvage (↑ espérance de vie) mais hausse des divorces
- Des dynamiques pré-déterminées pour les enfants
- On connaît déjà le nombre d'enfants des personnes âgées de demain

3. Les proches aidants : projections de population

- Baisse du nombre moyen d'enfants (?)

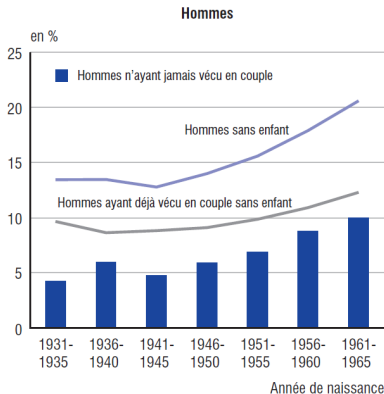
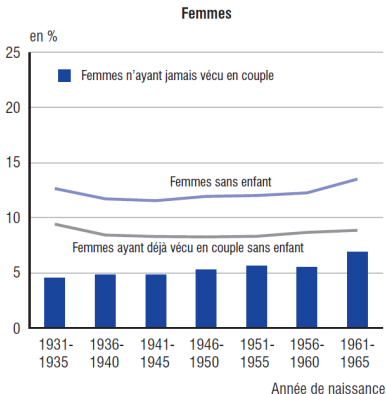
Figure 1 – Descendance finale par génération



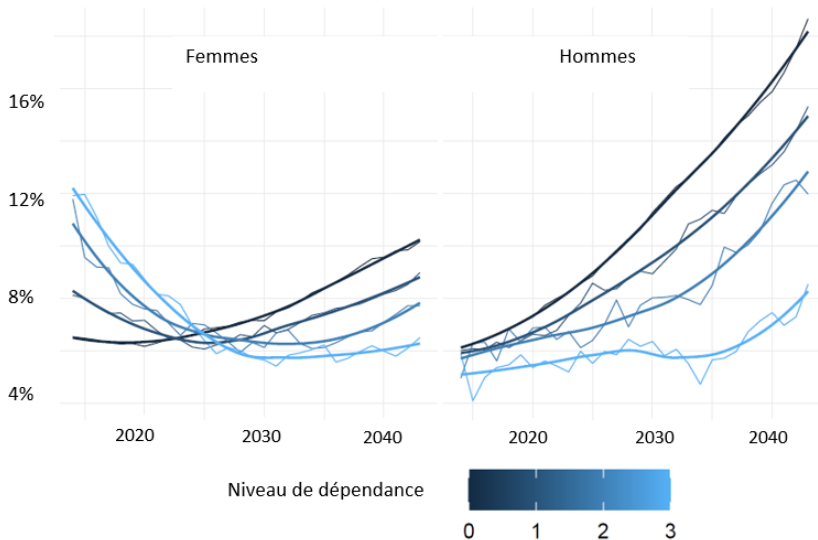
3. Les proches aidants : projections de population

- Hausse du nombre d'hommes sans enfants (?)

1. Part des personnes sans enfant et des personnes n'ayant jamais vécu en couple en 2011



Probabilité de n'avoir ni enfant ni conjoint selon le niveau de dépendance



1. L'aide apportée à un proche âgé dépendant est principalement fournie par son conjoint et ses enfants
2. Moins d'aidants disponibles dans les années à venir
 - Moins de personnes mariées / pacsées (vs en couple?)
 - Moins d'enfants par personne
 - Plus d'hommes âgés sans enfant et conjoint
3. Enfants / conjoints de personnes âgées dépendantes davantage contraints à aider
 - Pas nécessairement de baisse du nombre d'aidants effectifs

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

1. **Quelles sont les différences de prévalences de la perte d'autonomie (domicile + établissement) ?**
 - Plusieurs mesures de la perte d'autonomie
 - A différents âges
2. **Qu'est-ce qui explique ces différences ?**

Contexte : le rôle du département / de la métropole

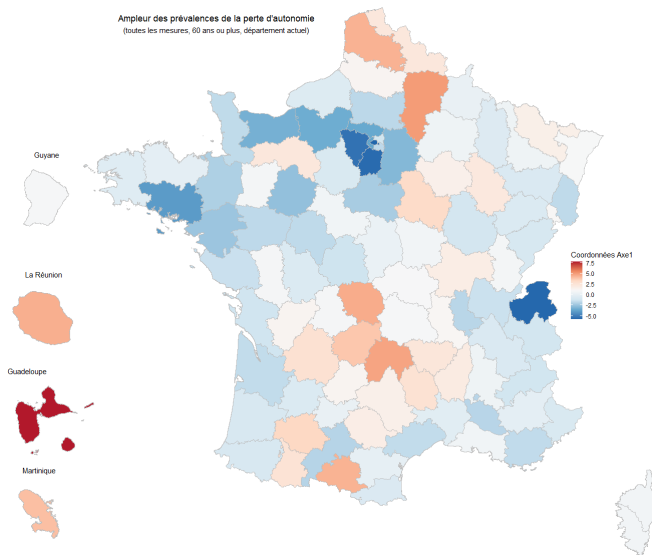
« Le département définit et met en oeuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux autres organismes de sécurité sociale ».

Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Contexte : le rôle du département / de la métropole

- évalue les besoins des personnes âgées qui font une demande d'aide (APA)
 - finance une partie des dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie
 - 1,2 million de bénéficiaires de l'APA en 2015 (8 % des personnes de 60 ans ou plus)
 - 5,6 milliards d'€ pour financer l'APA
 - = 8 % de l'ensemble des dépenses des départements.
 - + Il régule l'offre sur le territoire (autorisation et tarification des établissements et services)
- **Pertinence de l'échelle départementale**

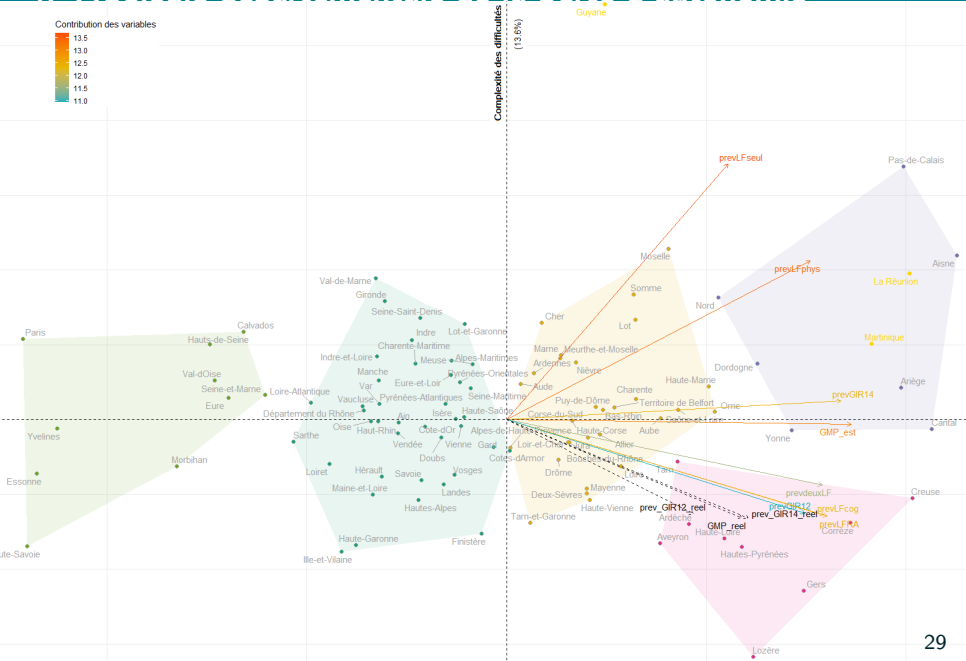
Prévalences de la perte d'autonomie



Sources : DREES, enquêtes VQS 2014, EHPA 2015 et aide sociale 2015.

Champ : Départements de France (hors Mayotte).

4. Typologie départementale de la perte d'autonomie



- Différences départementales de la perte d'autonomie :
 - **En prévalence** : élevée en Guadeloupe, La Réunion, Martinique, Nord et Centre, faibles en Île-de-France et départements littoraux.
 - **En type de perte d'autonomie** : Troubles physiques (Pas-de-Calais), troubles cognitifs (Guadeloupe) et restrictions pour se laver (Lozère).
 - **Selon l'âge** : le Nord et la Seine-Saint-Denis se distinguent par des difficultés précoces (avant 75 ans).

Conclusion du Ch. 4 (2/2)

- Il existe des différences de prévalences de la perte d'autonomie entre les départements (**toutes mesures confondues**)

→ Très liées à des **différences sociales**.

- Au sein des départements les plus exposés à la perte d'autonomie, on distingue un **gradient selon la complexité** de la perte d'autonomie.

→ Liées à des **différences de longévité**.

- **Il n'y aurait pas de département où il fait « bon de vieillir »** puisque les départements reflètent des **inégalités sociales**

- La perte d'autonomie évaluée par les conseils départementaux est en moyenne inférieure à celle estimée par enquêtes :

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

1. Quelles sont les différences de mise en oeuvre de l'APA ?
2. Quels sont les liens entre ces différences et qu'est-ce qui explique ces différences ?

- Questionner les différences territoriales de prise en charge.
- Indicateurs pour identifier les différences de prise en charge
 - **Taux de bénéficiaires de l'APA** parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus dans le département
 - **Dépense moyenne** départementale d'APA par an et par bénéficiaire dans le département.
 - **Autres indicateurs** : éligibilité, évaluation, nombre d'heures notifié, part de l'aide humaine dans le plan d'aide total, tarif de solvabilisation utilisé, tarif pratiqué par les professionnels, densité de l'offre.

Résultats à retenir (1/2)

1. Les **besoins** seuls n'expliquent pas les différences départementales de prise en charge

→ **Mesures testées :**

- prévalences de pathologies liées à la perte d'autonomie,
- estimation de la perte d'autonomie grâce à VQS-EHPA.

2. Lorsque les départements ont des **moyens financiers** importants, ils peuvent à la fois :
 - financer plus (montants par bénéficiaire plus élevés),
 - et à plus de personnes (taux de bénéficiaire plus élevé).

3. Arbitrage entre **faibles montants d'APA** à **beaucoup** de personnes âgées ou **montants élevés** à **peu** de personnes âgées
 - Taux de bénéficiaires élevés quand **demandes « incompressibles »** fortes (APA en établissement)
 - Dépenses moyennes élevées quand **dépenses « incompressibles »** fortes (bas revenus)
4. Utilisation d'autres critères pour arbitrer ?
 - **Densité d'infirmières libérales** élevée ↔ plus de bénéficiaires mais avec des montants plus faibles.
 - Présence d'une **conjointe** ↔ moins de bénéficiaires.

Conclusion générale

Conclusion générale

Les conditions du « virage domiciliaire » (analogie avec le « virage ambulatoire » à l'hôpital) sont encore loin d'être réunies aujourd'hui :

- Les personnes en établissement n'y sont pas par hasard
→ plus coûteux à domicile que pour celles qui y sont actuellement
- Davantage d'hommes sans aidant potentiel à l'avenir
- Offre inégalement répartie sur le territoire
- Secteur de l'aide à domicile ni efficace ni attractif alors que les besoins de main d'oeuvre sont énormes

→ **Soutenir l'aide à domicile, la HAD, les habitats intermédiaires.**

→ **Ne pas oublier trop vite les Ehpad, accompagner leur transformation**

- Axe 1 - marges de manoeuvre des départements, effet des concours, péréquation
- Axe 2 - Structuration de l'offre : Ehpad publics ou privés, description des habitats intermédiaires, articulation sanitaire / médico-social

Merci de votre attention !

Idées ou suggestions bienvenues

Lien vers la page du projet

Lien vers le podcast "éco pour tous" sur les coûts visibles et invisibles du maintien à domicile + bibliographie

Lien vers le replay des webinaires CNSA présentant les chapitres du rapport

Lien pour s'abonner aux publications du pôle "santé et autonomie" ou de l'IPP en général

(à compléter)