Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE

CONCOURS D'ENTREE A L'ECOLE DE 2018

CONCOURS EXTERNE

4ème épreuve d'admissibilité

QUESTIONS SOCIALES
(durée : cinq heures – coefficient 4)

Rappel : extrait de l'*arrêté du 16 avril 2014 modifié fixant la nature, la durée et le programme des épreuves des concours d'entrée à l'Ecole nationale d'administration*

Une épreuve de questions sociales consistant en la rédaction d'une note d'analyse et de propositions à partir d'un dossier.

L'épreuve de questions sociales a pour objet, à partir d'une mise en situation au sein de l'administration, d'apprécier la maîtrise par le candidat des connaissances de base dans cette matière, sa compréhension des enjeux et sa capacité de relier les approches juridique, financière et institutionnelle pour construire une analyse et formuler des recommandations. Il ne s'agit pas d'une note de synthèse et la seule exploitation du dossier fourni ne permet pas de répondre à la question posée.
Cette épreuve n'est pas une épreuve de droit de la sécurité sociale ni de droit du travail mais suppose de disposer d'un socle de connaissances juridiques dans les deux grands domaines des politiques sociales :

- les politiques du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ;
- les politiques de protection sociale et de solidarité.

Elle doit permettre de mesurer la maîtrise par les candidats des principaux enjeux des politiques sociales (enjeux démographiques et sociétaux, financiers, de gouvernance, européens et d'efficacité).
Le dossier fourni en appui, qui ne dépasse pas vingt-cinq pages, doit être utilisé par le candidat pour appuyer sa démonstration grâce à l'exploitation de documents de réflexion voire de données chiffrées. Le candidat doit faire preuve de cohérence et de clarté dans ses analyses et formuler des propositions argumentées et opérationnelles.

SUJET

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie marque un changement dans les politiques publiques visant la prise en charge des personnes âgées : « Il ne s'agit rien de moins que de rompre avec une partie de l'histoire de notre pays sur ce sujet pour instaurer un nouveau droit relevant de la solidarité nationale, faisant de la perte d'autonomie un nouveau risque social. » (Mme Élisabeth Guigou, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales - mercredi 28 mars 2001).

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a pour but d'organiser la nouvelle transition démographique avec pour ambition d'offrir aux personnes âgées les moyens de la plus large autonomie.

Le cabinet du ministre en charge des personnes âgées vous demande une note d'analyse sur l'évolution des principes ayant guidé les politiques conduites en faveur des personnes âgées et sur le diagnostic de la situation actuelle concernant l'accompagnement de la perte d'autonomie de ces personnes. Vous proposerez les axes à développer pour répondre aux évolutions futures des besoins de ces populations.

« Reproductions effectuées par l'ENA avec l'autorisation du CFC (20, rue des Grands Augustins – 75006 PARIS). »

	Documents joints	**Pages**
1.	Articles du code de l'action sociale et des familles.	**1 et 2**
2.	« Handicap, perte d'autonomie et politiques sociales en faveur des personnes âgées » – Blanche Le Bihan – La prévention de la perte d'autonomie, la fragilité en question-apports, limites et perspectives – *Actes du séminaire organisé par le Liraes* - Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes à Paris les 6 et 7 mars 2014 (extraits).	**3 et 4**
3.	« La France et ses territoires face au défi du vieillissement : mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population » – Luc Broussy — janvier 2013 (extraits).	**5 à 9**
4.	« La réforme du financement des EHPAD » – *L'Atelier des Aidants* – 24 avril 2018.	**10 et 11**
5.	« Synthèse du rapport IGAS – IGA sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement » – Anne Carole Bensadon, Christine Daniel, François Scarbonchi - septembre 2017 (extraits).	**12 à 15**
6.	« Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements » – Loïc Trabut, Joëlle Gaymu - *Population et société,* n°539 - INED - décembre 2016.	**16 à 19**
7.	« 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2015 » – Premiers résultats de l'enquête EHPA – Marianne Muller – DREES — *Études et résultats n 1015* – Juillet 2017 (extraits).	**20 à 22**
8.	« L'expérience sociale du vieillissement » – Vincent Caradec – *Idées économiques et sociales,* n° 157 Automne 2009 (extrait).	**23**
9.	« Du « cinquième risque » à la solidarité pour l'autonomie » – Yves Mamou – *Le monde économie* – 15 février 2010.	**24**

Liste des abréviations et glossaire :

ADF : Assemblée des départements de France
AGGIR : Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARS : Agence régionale de santé
ASV : Adaptation de la société au vieillissement
CCAS : Centre communal d'action sociale
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GIR : Groupe iso-ressources (correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée)
GMP : GIR moyen pondéré
GRACC : Groupe de recherche sur les actions et les croyances collectives
IGA : Inspection générale de l'administration
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LIRAES : Laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé
SAAD : Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SPASAD : Services polyvalents d'aide de de soins à domicile
USLD : Unité de soins longue durée

Document n° 1

Articles du code de l'action sociale et des familles.

Article L113-1

- Modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 24

Toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement.
Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail.

Article L113-1-1

- Créé par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 24

Dans les conditions définies au chapitre II du titre III du livre II, la personne âgée en perte d'autonomie a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie.

Article L113-2

- Modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 76

I.- Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants mentionnés à l'article L. 113-1-3. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-5, les actions menées par les différents intervenants, y compris en faveur des proches aidants. Il définit des secteurs géographiques d'intervention. Il détermine les modalités d'information, de conseil et d'orientation du public sur les aides et les services relevant de sa compétence.

Le département coordonne, dans le respect de leurs compétences, l'action des acteurs chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques intéressant les conditions de vie des personnes âgées, en s'appuyant notamment sur la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées mentionnée à l'article L. 233-1 et sur le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1.

Le département veille à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées, notamment les centres locaux d'information et de coordination mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 et les institutions et les professionnels mettant en œuvre la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3.

II.- Le département peut signer des conventions avec l'agence régionale de santé, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gérontologique.

Ces conventions sont conclues dans le respect du schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 et du projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

Elles précisent les modalités selon lesquelles sont assurées sur l'ensemble du territoire du département les missions mentionnées au dernier alinéa du I du présent article. Elles peuvent également porter sur la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, ainsi que sur le soutien et la valorisation de leurs proches aidants. Dans ce dernier cas, elles peuvent préciser la programmation des moyens qui y sont consacrés.

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1 est consulté sur ces conventions avant leur signature et est informé de leur mise en œuvre.

Article L233-1

- Modifié par Ordonnance n°2016-1562 du 21 novembre 2016 - art. 23

Dans chaque département et dans la collectivité de Corse, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental ou de la collectivité de Corse, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Les financements alloués interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires. Le diagnostic est établi à partir des besoins recensés, notamment, par le schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du présent code et par le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

Le programme défini par la conférence porte sur :

1° L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation prévue au 5° du I de l'article L. 14-10-1 du présent code ;

2° L'attribution du forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 du présent code ;

3° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;

4° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, intervenant auprès des personnes âgées ;

5° Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;

6° Le développement d'autres actions collectives de prévention.

"Handicap, perte d'autonomie et politiques sociales en faveur des personnes âgées" – Blanche Le Bihan – La prévention de la perte d'autonomie, la fragilité en question-apports, limites et perspectives – *Actes du séminaire organisé par le Liraes* - Université Paris Descartes en partenariat avec l'Irdes – à Paris les 6 et 7 mars 2014 (extraits).

[...]

Handicap, perte d'autonomie et politiques sociales en faveur des personnes âgées

Politiques sociales et personnes âgées

« Politiques sociales et personnes âgées » : ce sujet est très large ! Avec la carte blanche qui m'a été donnée par Nicolas Sirven, je vais tout de même essayer de tirer un fil des travaux que je peux mener sur cette question et vous dire à travers quelles notions je peux être amenée à traiter la question de la fragilité.

Eléments de contexte

D'une part, quelques éléments sur le contexte de recherche. Il s'agit d'une réflexion qui englobe des travaux menés depuis la fin des années 1990 dans une perspective de politiques publiques et d'analyse sociologique. Ces travaux portent sur la France et ont également une dimension comparative : les travaux que nous avons menés au sein de l'EHESP sont des travaux comparatifs européens qui sont particulièrement enrichissants. Enfin, nous avons une approche qualitative dans l'analyse sociologique des politiques publiques. C'est en cela que je me distingue des précédentes interventions. Les populations fragiles dont je voudrais parler sont à la fois les personnes âgées en perte d'autonomie, bien sûr, mais aussi les aidants familiaux – conjoints ou enfants. Cette fragilité relève aussi des situations d'aide que l'on étudie, qui associent un aidant familial et une personne âgée en perte d'autonomie. C'est à ces différents niveaux que je rencontre la notion de fragilité.

Après le contexte de recherche, quelques mots du contexte d'analyse. Je ne vais pas revenir sur le contexte démographique puisque Jean-Marie Robine a très bien traité ce point, mais simplement souligner l'importance du contexte social et économique dans les questions que l'on se pose. Il faut évoquer notamment la question de la moindre disponibilité des aidants familiaux qui est en partie liée à l'évolution de la société et à une participation accrue des femmes au marché du travail. Pour nous, c'est ce qui fait de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie un problème public, dans la mesure où les aidants potentiels qui assuraient ces tâches de soins ne sont plus aussi disponibles qu'auparavant.

Par conséquent, le contexte social est central. Mais le contexte économique l'est tout autant puisque nous sommes dans une période de fortes restrictions budgétaires. A partir de ces trois dimensions, démographique (le vieillissement), économique (contraintes budgétaires) et sociale (indisponibilité des aidants familiaux), nous allons travailler et nous interroger sur la question de la perte d'autonomie et des politiques mises en place pour répondre aux besoins des personnes âgées et des familles. Bien sûr, il ne s'agit pas de s'intéresser uniquement aux personnes âgées elles-mêmes.

L'articulation entre l'intervention publique et familiale

La question clé posée depuis que je travaille sur ce sujet, c'est-à-dire depuis la fin des années 1990, est celle de l'articulation entre l'intervention publique et familiale. C'est donc à partir de cette question que je vais présenter les choses. L'intervention publique est indispensable pour faire face à l'augmentation des besoins des familles. L'intervention familiale a toujours été, et est plus que jamais, le pivot de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans une approche qualitative et sociologique de la fragilité, c'est la fragilité des personnes âgées, la fragilité des aidants familiaux et la fragilité des situations d'aide elles-mêmes qui m'intéressent.

Je déclinerai ma présentation en trois points. Dans le premier point, je rappellerai rapidement d'où l'on part, avec différents modèles européens. Le deuxième point portera sur l'évolution commune constatée dans l'ensemble des pays européens et les dispositifs de *cash for care* ou de prestations monétaires. Même s'ils ne sont pas centraux pour répondre à la question, ces deux premiers points sont importants dans le sens où ils posent le cadre dans lequel on travaille. Le troisième point, sur lequel je souhaiterais m'attarder, concerne le rôle des aidants familiaux.

Différents modèles d'intervention des pouvoirs publics en Europe

Les modèles européens s'appuient sur une analyse macro à partir des régimes d'Etat-providence. Cela renvoie à des auteurs comme Esping-Andersen (1996, 2003), qui donnent des outils pour répondre d'une première façon à cette articulation entre intervention publique et familiale. Cette approche en termes de régime d'Etat-providence permet d'identifier quatre modèles d'intervention des pouvoirs publics selon les pays européens.

De manière un peu caricaturale ou idéale typique, il y a le modèle familialiste, caractéristique des pays du Sud, avec une intervention forte de la famille. A l'inverse, le modèle social-démocrate implique en priorité une intervention des pouvoirs publics. La responsabilité première du *care* n'est pas dévolue aux mêmes acteurs en fonction de ces régimes.

Ces régimes d'Etat-providence et ces modèles de *care* sont intéressants, mais ils ne permettent pas d'appréhender une dimension majeure lorsqu'on s'intéresse à la perte d'autonomie et aux politiques publiques, à savoir celle du changement. Ce sont des modèles qui proposent une photographie des mesures et des dispositifs pris à un moment précis. Or, l'idée de travailler sur les évolutions et sur les trajectoires des politiques est centrale dans nos approches. Pour ce faire, nous avons essayé d'observer les trajectoires des politiques publiques dans les différents pays et de repérer les éléments de convergence et de diver-gence. On a ainsi identifié un fort élément de convergence, la généralisation des prestations monétaires, ce qu'on appelle le *cash for care*.

Le développement des dispositifs de *cash for care* dans l'ensemble des pays européens

La généralisation des prestations monétaires dans l'ensemble des pays d'Europe est une réponse aux besoins d'aide des personnes âgées en perte d'autonomie et de leur famille, et ce, quel que soit le modèle d'Etat-providence initial : dans les pays du modèle social-démocrate comme dans les pays familialistes du Sud, on observe des dispositifs de *cash for care* qui se développent avec une idée forte.

Cette idée forte est celle du fameux argument du libre choix, dans le sens où ces prestations monétaires doivent permettre aux familles de s'organiser librement au quotidien pour assurer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Elles peuvent ainsi déléguer, choisir le type d'aide et le professionnel qui interviendra au domicile du parent âgé. Cet argument du libre choix est discutable.

Le principe est bon, certes, mais encore faut-il avoir le choix. Or, on s'aperçoit que le choix qui est fait n'est pas le même selon les pays. Lorsqu'on travaille à l'échelle nationale, on observe que ce choix n'est pas le même en fonction des régions. Il est évident qu'en zone rurale, le choix qui s'offre aux familles n'est pas de même nature qu'en zone urbaine. Il y a donc tout un tas d'éléments intéressants qui permettent d'interroger cette idée de libre choix. D'ailleurs, on observe la même chose pour la petite enfance.

Ce qui est intéressant pour nous, c'est que cette notion de libre choix permet d'introduire et de réfléchir aux divergences, qui s'expliquent par les différences entre les contextes sociaux, politiques et historiques dans lesquels s'inscrivent ces prestations.

Nous avons ainsi mis en évidence que la conception même des dispositifs variait. Par exemple, dans les pays de type social-démocrate, notamment les pays d'Europe du Nord, l'introduction de prestations monétaires a lieu dans un contexte où l'universalité est de mise, où la prestation est généralement une prestation en services et où la primauté du *care* revient aux pouvoirs publics. Cette introduction des prestations monétaires signifie donc une réintroduction de la famille. Qui a la responsabilité première du *care*, c'est bien en cela que c'est vraiment important. On arrive alors à la question des aidants familiaux. En effet, développer des politiques fondées sur des prestations monétaires revient à développer des politiques publiques qui s'appuient sur la famille puisque, comme on le sait, l'organisation du maintien à domicile à travers l'octroi de prestations monétaires aux familles ne peut se faire sans la présence d'un aidant familial.

La comparaison de ces prestations permet de voir qu'on est dans une logique de refamilialisation dans les pays d'Europe du Nord. A l'inverse, dans les pays d'Europe du Sud, où la responsabilité première est celle de la famille, introduire des prestations monétaires revient à défamilialiser puisqu'il s'agit de donner aux familles la possibilité d'externaliser une partie des tâches qu'elles assumaient jusqu'à présent. Par conséquent, on voit bien l'importance du contexte.

Ensuite, dans la comparaison des dispositifs, on pourrait comparer les montants et les conditions d'accès. Il faudrait également comparer les modalités de régulation de ces prestations monétaires qui ne sont pas les mêmes, notamment avec l'élément fort du contrôle ou non de ces prestations monétaires, essentiel pour alimenter la thématique du libre choix. Est-ce qu'on octroie de l'argent en laissant les familles s'organiser ? Ou alors, pour prendre l'exemple français, est-ce qu'on octroie de l'argent pour financer un plan d'aide avec une vérification de l'usage du fi nancement pour payer des services ?

Tout cela constitue des façons d'alimenter cette analyse de l'articulation entre l'intervention familiale et l'intervention publique. Quel que soit le modèle initial, on voit bien qu'un acteur fort émerge : la famille. La famille a toujours été là. Dans le contexte actuel de restrictions budgétaires, on se demande s'il n'y a pas un renforcement du rôle de la famille et par là même de l'intervention des aidants familiaux.

[...]

"La France et ses territoires face au défi du vieillissement : mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population" — Luc Broussy — janvier 2013 (extraits).

[…]

Après le logement, le quartier, la ville, il nous faut aborder le quatrième cercle concentrique : la France. La France et ses territoires. Des territoires qui ne vont pas tous vivre les défis du vieillissement avec la même ampleur. Des territoires qui sont déjà et seront plus encore demain inégaux face au vieillissement.

I. Des territoires inégaux face au vieillissement…

La part des personnes âgées de 60 ans ou plus dans la population totale est, en 2012, de 23,7% en France métropolitaine[87]. Elle pourrait croître à 31,1 % à l'horizon 2030. Mais derrière ces pourcentages moyens se cachent de très grandes diversités territoriales. En effet, déjà en 2012, **le département le plus « jeune » de France métropolitaine, la Seine-Saint-Denis, compte 15,7% de personnes âgées de 60 ans ou plus[88] quand la Creuse, le département le plus « vieux » de France, en compte 34,7 %.** À l'horizon 2030, la Seine-Saint-Denis pourrait compter 20,5% de 60 ans ou plus et la Creuse... 45,4% ! Même si ces chiffres projetés sont susceptibles de variations, il est certain qu'**il va donc falloir apprendre à vivre dans un pays qui, durablement, se caractérisera par une géographie très diverse du vieillissement.**

Mais, pour mieux comprendre les différentes conséquences du vieillissement sur les territoires, il convient de distinguer deux notions essentielles différentes : **le vieillissement**, au sens mathématique ou *stricto sensu* du terme et non au sens général employé dans le titre de ce rapport, **et la gérontocroissance**.

- Le vieillissement traduit un effet de structure : c'est l'augmentation du pourcentage de personnes âgées dans la population totale d'un territoire pendant une période considérée.
- La gérontocroissance traduit un effet de flux : c'est l'augmentation du nombre de personnes âgées sur un territoire donné pendant une période considérée.

Or, ces deux **phénomènes ont des conséquences différentes** pour les territoires.

Certes, à l'horizon 2030, ce qui n'a pas toujours été le cas au cours des trente dernières années, et à l'échelle nationale, ces deux phénomènes vont aller de pair : la croissance du nombre de personnes âgées dans les prochaines décennies - la gérontocroissance - va s'effectuer parallèlement à une hausse du pourcentage de personnes âgées dans la population totale – le vieillissement *stricto sensu*.

Prenons deux départements, la Creuse et le Nord. Le pourcentage de personnes âgées de 60 ans ou plus dans le département de la Creuse pourrait s'accroître de 34,7% en 2012 à 45,4% à l'horizon 2030, la Creuse restant le département le plus vieux de France. Mais, au final, cette évolution ne s'accompagnerait que d'une faible gérontocroissance, un flux de 5 176 personnes âgées supplémentaires par rapport à 2012. Si la Creuse a un défi, c'est d'abord celui de gérer le déséquilibre avec une population active qui, en 2030, serait moins nombreuse que la population des « 60 ans ou plus ».

---

[87] Et de 23,4% pour l'ensemble France métropolitaine et 4 Dom (Guyane, Réunion, Guadeloupe et Martinique).

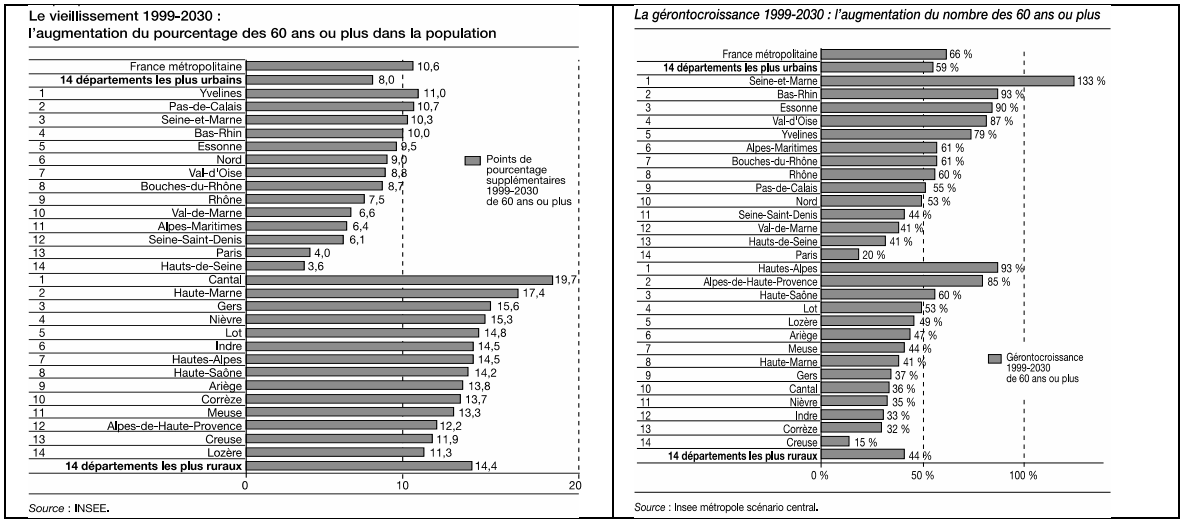
[88] Outre-mer, La Réunion compte, en 2012, 12,7% de 60 ans ou plus et la Guyane 7,0%.

Dans la même période 2012-2030, dans le département du Nord, le pourcentage de personnes âgées de 60 ans ou plus - le vieillissement *stricto sensu* - passerait de 20,1 à 26,3%, ce qui continuerait à en faire un département plutôt « jeune ». Mais ce pourcentage s'accompagnerait par une très forte gérontocroissance, une augmentation de 160 167 personnes âgées de 60 ans ou plus, soit un flux 30 fois plus important que dans le département de la Creuse. Ainsi, le département du Nord aurait beau rester « jeune » par rapport à la moyenne nationale, il aurait par exemple à prendre en charge un flux supplémentaire de 77 000 personnes âgées de 75 ans ou plus entre 2012 et 2030.

Un département « vieux » qui doit gérer une progression de 5 200 personnes âgées en 18 ans ; un département « jeune » qui doit gérer une progression de 160 000 personnes âgées dans la même période : les défis posés sont à l'évidence bien différents.

Or, à l'horizon 2030, en fonction du croisement de l'impact respectif du vieillissement et de la gérontocroissance, les départements vont se retrouver dans des situations différentes. Les deux figures ci-dessous, livrant des projections sur les trois premières décennies du XXIe siècle, montrent bien la diversité des perspectives. Au fond, on peut résumer l'évolution projetée à l'horizon 2030 de la façon suivante :

- **aux départements urbains les plus fortes gérontocroissances ;**
- **aux départements ruraux les plus fort vieillissements.**



En effet, les 14 départements français les plus urbains connaitraient une hausse du taux de vieillissement de 8 points entre 1999 et 2030 quand, pour les 14 départements les plus ruraux, l'évolution de ce taux serait de 14,4 points. En matière de gérontocroissance, ce sont en revanche les départements les plus urbains qui connaitraient en moyenne les hausses les plus fortes.

La gérontocroissance serait, quant à elle, particulièrement intense dans les départements de la Grande Couronne : Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne et Val-d'Oise. Car, en Ile-de-

France comme dans beaucoup d'autres zones urbaines, le phénomène du vieillissement tient tout simplement à l'avancée en âge des populations qui y résident.

Là encore, ces projections signifient que les défis posés aux territoires seront bien différents selon les départements.

II. … sous l'effet de facteurs différenciés

En effet, les facteurs explicatifs du vieillissement se combinent différemment selon les territoires. Éclairons d'abord ces facteurs en comparant cinq départements ruraux, puis par l'exemple de l'Île-de-France, avant de considérer l'ensemble des régions de France métropolitaine.

Les différences de vieillissement selon les départements ruraux tiennent à la variété de leur régime démographique. Ainsi, les causes de vieillissement dans les deux départements ruraux où il serait le plus intense pendant la période considérée, seraient différentes : le vieillissement du Cantal serait accentué par le caractère attractif de ce département pour les personnes âgées alors que celui de la Haute-Marne s'expliquerait notamment par une émigration de ses jeunes.
De même, parmi les trois départements ruraux au moindre vieillissement relatif, les raisons en seraient également différentes. Les Alpes-de-Haute-Provence attireraient des personnes âgées tout en étant attractif pour les jeunes. Quant à la Creuse et à la Lozère, ils connaîtraient une moindre progression d'ici 2030 de leur vieillissement, parce que leur profil démographique est déjà aujourd'hui très âgé.

Le cas de l'Ile-de-France est particulièrement illustratif : les familles qui ont accédé à la propriété dans les années 1960 se situaient en proche banlieue. Les générations d'accédants à la propriété des années 1970 ont aujourd'hui entre 50 et 60 ans. C'est la raison pour laquelle la croissance du nombre de personnes âgées est l'héritage des dates d'installation et d'accession à la propriété. Le tableau qui suit illustre parfaitement ce phénomène pour les populations les plus âgées : entre 2000 et 2030, Paris compterait une gérontocroissance des personnes âgées de 85 ans ou plus de + 13%, la petite couronne de + 65% et la grande couronne de + 155%.

Evolution projetée du nombre des 85 ans ou plus entre 2000 et 2030

Paris	**+ 13%**
Hauts-de-Seine	+ 51 %
Seine-Saint-Denis	+ 81 %
Val-de-Marne	+ 72 %
Petite couronne	**+ 65 %**
Seine-et-Marne	+ 154 %
Yvelines	+ 160 %
Essonne	+ 160 %
Val-d'Oise	+ 142 %
Grande couronne	**+ 155 %**

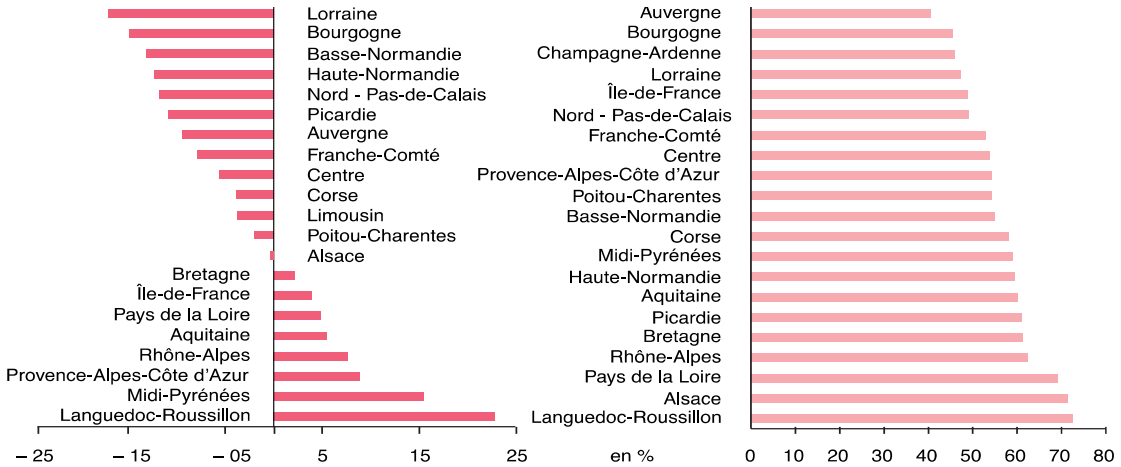
Source : Observatoire Régional de l'Île-de-France, 2003.

Considérons désormais l'ensemble des régions de France métropolitaine.

Le processus de gérontocroissance y sera d'intensité variable en fonctions de l'importance respective des trois facteurs que sont :

- le vieillissement de la population des moins de 60 ans y habitant et qui va dépasser cette borne en avançant en âge, ce que l'on appelle l'héritage démographique ;
- le vieillissement de la population âgée y habitant, ce que l'on appelle le vieillissement « par le haut » ;
- la migration des personnes âgées.

La combinaison de ces trois facteurs conduit à une gérontocroissance projetée telle qu'exprimée en pourcentage d'augmentation du nombre des personnes âgées entre 2005 et 2030 dans la moitié droite de la figure ci-dessous.



Source : Insee, modèle OMPHALE.

Quant au processus de vieillissement *stricto sensu*, il résulte pour la période étudiée, outre des trois facteurs ci-dessus, d'un quatrième, l'évolution des classes d'âge inférieures à 60 ans et, tout particulièrement, de l'évolution des moins de 20 ans, pouvant engendrer de ce qu'on appelle le vieillissement « par le bas ». Or ce vieillissement sera fort différent selon les régions. La moitié droite de la figure ci-dessus montre bien que le nombre des moins de 20 ans pourrait augmenter dans certaines régions comme le Languedoc-Roussillon et, à l'inverse, diminuer dans d'autres comme Champagne-Ardenne.

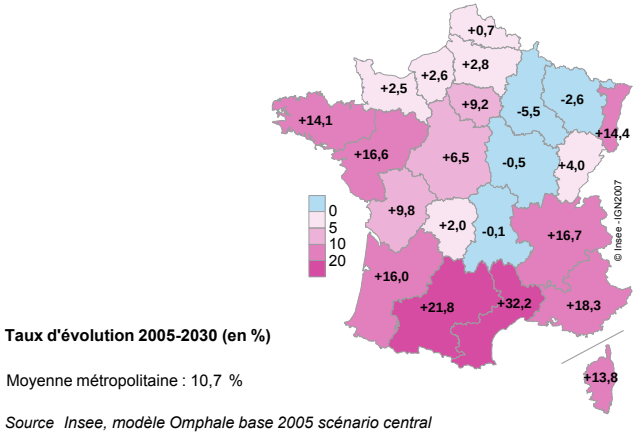
En considérant l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population totale, donc le vieillissement *stricto sensu,* **apparaissent trois catégories de vieillissement selon les régions.**

Catégorie 1 : des régions pourraient moins vieillir que la moyenne nationale surtout du fait d'un fort renouvellement des classes d'âge plus jeunes, résultant d'une fécondité supérieure à la moyenne nationale ou de leur attirance pour les jeunes et les actifs, ou d'une faible

attractivité pour les populations âgées : Île-de-France, PACA, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Nord-Pas-de-Calais.
Catégorie 2 : des régions pourraient vieillir davantage que la moyenne nationale surtout en raison d'une forte contribution de migrations interrégionales : Aquitaine, Pays de la Loire, Bretagne et Basse-Normandie ;
Catégorie 3 : d'autres régions pourraient vieillir également davantage que la moyenne nationale, mais principalement du fait du vieillissement sur place (héritage démographique) et d'un faible renouvellement des classes d'âge jeunes : Limousin, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Lorraine et Auvergne.

Concernant la catégorie 1, des régions comme PACA, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées pourraient connaître une double évolution apparemment paradoxale : toujours selon la projection moyenne, la gérontocroissance y sera forte mais, parallèlement, l'augmentation des moins de 20 ans sera aussi élevée (cf. moitié gauche de la figure ci-dessus). D'ailleurs, ces trois régions seraient celles qui verraient, à l'horizon 2030, leur population totale croître le plus.

A l'inverse, dans la catégorie 3, les régions pourraient vieillir davantage que la moyenne nationale notamment en raison d'une diminution importante de leurs jeunes de moins de 20 ans. La population de ces régions pourrait d'ailleurs diminuer comme l'indique la carte ci-dessous ; ces régions démographiquement récessives sont au nombre de 4 dans un axe Nord-Est constitué de la Lorraine, de Champagne-Ardenne, de la Bourgogne et de l'Auvergne.



Ainsi, **la France est traversée par ce que les géographes appellent la « diagonale du vide ».** Une diagonale qui commence par le Limousin, l'Auvergne et la Bourgogne qui sont déjà aujourd'hui les régions les plus « vieilles » de France et continue par la Champagne-Ardenne et la Lorraine qui pourraient être, toutes deux, des régions en voie de dépeuplement faute de renouvellement des générations.

Pour éclairer l'effet du facteur migration sur le vieillissement et la gérontocroissance, précisons que le Nord-Pas-de-Calais et l'Île-de-France apparaissent comme des terres d'émigration pour les retraités. Ainsi, pendant la période intercensitaire 1990-1999, un quart des ménages franciliens de 60 ans ou plus a déménagé, dont la moitié pour aller s'installer hors de l'Ile-de-France. [...]

[…]

Document n° 4

"La réforme du financement des EHPAD" – *L'Atelier des Aidants* – 24 avril 2018.

À la suite de la mobilisation du personnel des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), dénonçant leurs conditions de travail et face à l'opposition sur la réforme de leur financement, la Ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès Buzyn, a annoncé mercredi vouloir aboutir « d'ici l'automne » à un « ajustement » de cette réforme afin qu'il n'y ait « aucun perdant ».

Les EHPAD et leur financement

Un EHPAD est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des maisons de retraite médicalisées en grande majorité.

Il existe 3 types d'EHPAD :

- les EHPAD privés à but lucratif qui représentent environ 31% des établissements ;
- les EHPAD privés gérés par des associations ou réseaux mutualistes, soit environ 25% des EHPAD ;
- les EHPAD publics (rattachés à un établissement de santé ou à un CCAS) qui représentent près de 44% des maisons de retraite médicalisées.

Les établissements publics et ceux gérés par des associations sont généralement moins chers car ils ne cherchent pas forcément à faire du profit mais à rentrer dans leurs frais, ce qui peut expliquer une différence significative de tarif avec les établissements privés.

Comment est calculé le budget d'un EHPAD ?

Les EHPAD disposent de 4 sources de revenus :

- Le tarif « dépendance » couvre les frais matériels, l'assistance et la surveillance du résident en perte d'autonomie. La dépendance est majoritairement financée par le département et en partie par le résident.
- Le tarif « soins » prend en compte les prestations médicales et le personnel soignant en charge du résident. Ces prestations sont intégralement prises en charge par l'Assurance maladie.
- Le tarif « hébergement » pour les frais d'accueil du résident (hôtellerie, restauration et animation). Ce tarif n'est pas lié à l'état de dépendance et reste à la charge du résident. Les frais d'hébergement peuvent varier d'un établissement à l'autre au regard du département, de la qualité de l'accueil mais également du type de bâtiment (historique par exemple).
- Des prestations complémentaires peuvent être facturées comme les services d'un coiffeur ou d'une esthéticienne par exemple. Ces prestations doivent être indépendantes de l'état de dépendance du résident et figurer dans son contrat de séjour.

Le budget d'un EHPAD est **fixé par le directeur de l'établissement et son équipe comptable**. Il est ensuite transmis pour **vérification** au service de tarification de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui peut modifier les tarifs et déterminer le prix de la journée si besoin.

La réforme de financement et les craintes associées

La réforme du financement des EHPAD a été votée sous la présidence de Mr François Hollande et est maintenue par l'actuel gouvernement. Elle entend réduire les écarts de tarification entre établissements privés et établissements publics, par l'inversement de la logique de financement et la mise en place d'une règle de calcul universelle du niveau de dépendance. Ce niveau permettra de calculer les tarifs des soins et de la dépendance et ainsi de fixer le prix des EHPAD en fonction (et non plus l'inverse). Il n'y a pas de mention sur le tarif hébergement qui devrait rester à la discrétion des établissements.

Les principales craintes liées à cette réforme portent sur le maintien des disparités et des difficultés d'un secteur public déjà à bout de souffle comme l'indique un des principaux opposants à cette réforme, la Fédération Hospitalière de France (FHF), selon qui la situation critique des EHPAD résulterait de cette réforme : « la mise en place […] d'un forfait dépendance basé sur la valeur d'un point départemental calculé sur les charges moyennes constatées dans l'ensemble des Ehpad du département, ce quel que soit leur statut, alors qu'encore une fois les règles de l'emploi public, les contraintes statutaires récentes et les avantages fiscaux acquis dans les Ehpad privés sont si différentes et incompatibles avec un objectif de convergence ».
La confédération nationale des directeurs d'établissements pour personnes âgées et handicapées (CNDEPAH) s'est également déclarée inquiète sur ce mode de calcul de la dépendance et un possible alignement vers le bas de l'ensemble des structures.

Les mesures du gouvernement suite au rapport du médiateur

Pierre Ricordeau (le médiateur engagé par le gouvernement sur la question) écrit dans son rapport que les effets de cette réforme sur la tarification de la dépendance n'avaient « pas été anticipés », et qu'ils impactent négativement « une partie minoritaire mais très significative des établissements ».

Si 80% des établissements devraient en ressortir gagnants (400 millions d'euros en 7 ans), environ 20 à 25% des établissements (majoritairement publics) vont se retrouver avec une diminution significative de leurs ressources (autour de 200 millions d'euros en 7 ans selon la FHF). Les ¾ de ces gains devraient également être captés par le secteur privé.

Souhaitant que cette réforme ne fasse « aucun perdant », Mme Agnès Buzyn a déclaré la semaine dernière des mesures financières de neutralisation des effets de baisse de recettes au titre de la dépendance. Suivant les préconisations du médiateur, le gouvernement devrait débloquer 27 millions d'euros pour compenser l'aggravation de la situation financière dans les EHPAD lorsque :

- Les recettes globales des tarifs soins et dépendance sont à la baisse, une « recette temporaire » viendra compenser la baisse de la dotation globale.
- Le tarif dépendance diminue, du fait de la convergence, au-delà d'un seuil de 5 000 €, quel que soit le bilan global de la convergence des tarifs soins et dépendance.

À noter que la compensation ne devrait pas intervenir sur les tarifs des soins même lorsqu'ils induisent eux aussi des pertes. Le gouvernement indique également que ces mesures compensatoires seront accompagnées d'un groupe de travail réunissant les différentes fédérations gestionnaires d'EHPAD et l'Assemblée des départements de France (ADF) pour aboutir « d'ici l'automne » à un « ajustement » de la réforme.

Concrètement, le gouvernement va pallier les pertes que les établissements pourraient subir suite au changement du mode de calcul de la dépendance. Aucune augmentation des prix ne devrait ainsi se faire ressentir au titre de la dépendance.

Comme aucune compensation sur le tarif des soins n'est envisagée et que le prix de l'hébergement reste fixé par les établissements, rien n'assure cependant une stabilité des tarifs d'EHPAD sur ces deux points.

Document n° 5

"Synthèse du rapport IGAS — IGA sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement" — Anne Carole Bensadon, Christine Daniel, François Scarbonchi - septembre 2017 (extraits).

[…]

[1] Les ministres chargés de la santé et de l'intérieur ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration (IGA) une mission d'évaluation de la mise en œuvre du volet « domicile » de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV). Le présent rapport, élaboré par Anne-Carole Bensadon et Christine Daniel, membres de l'IGAS et François Scarbonchi, membre de l'IGA, rend compte de ces travaux. Pour les réaliser, la mission s'est appuyée sur une analyse documentaire, des échanges avec les parties prenantes et une mobilisation des données disponibles.

[2] La loi ASV comporte plusieurs dispositions qui visent à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées, mais leur application s'avère souvent complexe.

[3] Les mesures de revalorisation financière de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) améliorent son accessibilité mais ont rencontré des limites dans sa mise en œuvre : des délais prévus par décret très courts, des difficultés d'adaptation des systèmes d'information des départements, des démarches complexes pour mettre à jour les ressources des bénéficiaires, la lourdeur de la réévaluation des plans d'aide saturés[1]. Le bilan de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) illustre le caractère progressif de cette mise en œuvre.

[4] Les constats réalisés par la mission sur le terrain (la mission a notamment consulté dix-sept départements) illustrent le caractère progressif et hétérogène de cette mise en œuvre selon les départements. Ainsi, par exemple, la saturation des plans d'aide est souvent théorique. Pour beaucoup de bénéficiaires de l'APA, la volonté de maîtriser leur reste à charge explique qu'ils n'utilisent pas la totalité des heures d'aide dont ils pourraient bénéficier. La saturation du plan d'aide peut également ne pas correspondre au nombre d'heures d'aide à domicile programmé, du fait notamment d'hospitalisations intercurrentes. La mission note que la complexité et l'interaction des mesures relatives à l'APA dans la loi ASV, les nouvelles modalités de prise en compte des ressources, rendent les effets de la loi difficiles à saisir s'agissant de la réévaluation des plans d'aide et du reste à charge. Elle est en outre très peu lisible pour les aidants et les bénéficiaires.

[5] Les financements prévus pour compenser le coût de mise en œuvre des mesures APA domicile de la loi ASV n'ont pas été mobilisés à hauteur des prévisions. La loi ASV définit les modalités de compensation des charges nouvelles, dans l'optique d'une compensation intégrale de celles-ci, mais le modèle doit évoluer. La mission recommande de supprimer la distinction APA1 et APA2 au sein du concours APA et de répartir ce concours APA entre les départements, soit selon les critères de l'APA1, soit selon des critères négociés avec l'Association des départements de France (ADF).

[6] L'évolution de la dépense globale d'APA à domicile entre 2015 et 2016, moindre que prévue initialement, peut s'expliquer par la progressivité de la mise en œuvre de la réforme et les nombreux facteurs de complexité énumérés par la mission.

[1] Un plan d'aide saturé se définit comme un plan dont le montant notifié après l'évaluation médico-sociale est supérieur à 96 % des plafonds mensuels appliqués avant la réforme

[7] L'exercice du libre-choix par les personnes âgées reste difficile même si des mesures de la loi ASV améliorent l'accessibilité à l'information. Le portail national mis en place par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) constitue un progrès mais la mise en œuvre de la loi ASV a nécessité la délivrance d'informations nombreuses et complexes aux personnes âgées par les départements. Les équipes médico-sociales du département doivent expliciter les avantages et les inconvénients des différentes modes d'intervention. La mission considère que l'information des actifs et des retraités sur la nécessité d'anticiper les situations de perte d'autonomie, les aides possibles et leur financement constitue une nécessité. Les organismes de protection sociale pourraient jouer un rôle d'information auprès des personnes de moins de 60 ans et des retraités.

[8] Les nombreux dispositifs d'évaluation et de coordination dont peuvent bénéficier les personnes âgées amènent à une perte de leur lisibilité. Il convient de faire converger les dispositifs d'évaluation des besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées en tenant compte des différentes temporalités.

[9] La réforme juridique des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) prévoit que les SAAD anciennement agréés par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, du travail et de l'emploi, (DIRECCTE) basculent dans le champ de l'autorisation par les départements, ce qui constitue une avancée potentielle par l'affirmation du rôle de pilote du département pour l'offre de SAAD. Toutefois, les départements ont peu de marge de manœuvre, une fois les SAAD autorisés, pour refuser le renouvellement d'autorisation, actuellement subordonné aux seuls résultats de l'évaluation externe. Une régulation incluant la compatibilité avec les schémas départementaux de l'autonomie permettrait de mieux adapter l'offre aux besoins. En outre, les SAAD ex agréés et ceux déjà autorisés avant loi ASV ont désormais des obligations similaires en termes de qualité. La mission considère que trop d'obligations se superposent dans ce domaine et qu'une simplification est nécessaire.

[10] La question du financement des SAAD, soumis aux mêmes obligations de qualité, et tous autorisés par le département, se pose de façon accrue, de même que l'accessibilité à une contractualisation pour les SAAD, quel que soit leur statut. Pour la mission, les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) doivent rester facultatifs. La démarche de contractualisation et le contenu des engagements réciproques importent davantage que la nature du support choisi, CPOM ou convention. La réforme juridique des SAAD doit donc être considérée comme une première étape d'un processus plus global de réduction des inégalités territoriales.

[11] Le secteur de l'aide à domicile bénéficie de financements multiples qui ne remplacent pas une nécessaire réforme structurelle. L'ensemble des fédérations consultées par la mission ont insisté sur ce point. Outre le concours aux départements, la CNSA finance, sur les crédits de la section IV de son budget, le secteur de l'aide à domicile à travers des conventions. Des fonds exceptionnels ont été versés au secteur de l'aide à domicile de 2012 à 2017, dans un contexte d'urgence et non de recherche de solutions pérennes. Pour ce qui est de la tarification des services prestataires, la mission a analysé quatre modèles de tarification qu'elle a observés dans les départements consultés. Ces constats amènent à recommander une évolution du financement du secteur de l'aide à domicile, à partir des tarifs des départements mais aussi des autres ressources, sur la base d'objectifs politiques et non techniques. Des travaux doivent être conduits dans ce sens dans le cadre d'une instance ad hoc.

[12] La loi ASV offre la possibilité d'expérimenter un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) avec l'accord conjoint du président du conseil départemental et du directeur général de l'ARS pour une durée n'excédant pas deux ans. Les SPASAD s'inscrivent dans la volonté du rapprochement du soin et de l'aide dans une logique de parcours et d'accompagnement global de la personne. L'entrée dans l'expérimentation suppose la signature d'un CPOM entre le ou les représentants du SPASAD expérimentateurs, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS. Les CPOM pouvaient être signés jusqu'au 30 juin 2017, date trop récente pour effectuer une évaluation à ce stade. Plusieurs acteurs rencontrés par la mission ont insisté sur l'intérêt de la gestion coordonnée des plannings, d'une mutualisation des interventions de l'aide et du soin au domicile des personnes âgées et d'une organisation facilitant les évolutions professionnelles et les possibilités de formation. Toutefois, des obstacles à une coordination plus aboutie demeurent, notamment l'absence de fongibilité des crédits de l'assurance maladie et des départements. Dans ce contexte, la mission recommande de poursuivre jusqu'à son terme l'expérimentation SPASAD.

[13] La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, instaurée par la loi ASV, réunit l'ensemble des acteurs du département intervenant dans ce domaine. La présidence est assurée par le président du conseil départemental et la vice-présidence par le directeur général de l'ARS. Il s'agit d'un signal fort visant à asseoir la légitimité du département dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie et pas seulement celui de la prise en charge de la dépendance. Elle vise à établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, à recenser les initiatives locales et définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention.

[14] Les montants du concours « Autres actions de prévention » alloués par la CNSA aux départements au titre de la conférence des financeurs sont fixés par arrêté. Ils concernent les aides individuelles, des actions entreprises par les SPASAD et d'« autres actions collectives de prévention ». Ils s'élèvent à 102 M€ pour l'année 2016 et à 140 M€ pour l'année 2017. A ces 102 M€ s'ajoutent 5,05 M€ pour la mise en place et l'organisation de la conférence des financeurs. La mise en place de la conférence des financeurs s'est faite de façon inégale dans les départements qui portent des jugements contrastés sur cette instance. La nature des aides individuelles éligibles est peu lisible et les conditions d'octroi des aides individuelles sont fondées sur des critères discutables qui doivent être simplifiés. L'éligibilité des actions collectives de prévention est moins contraignante mais la mission souligne l'importance de leur évaluation. La conférence des financeurs a pu faciliter le développement de complémentarité entre les acteurs concernés. Des départements consultés par la mission ont souligné l'intérêt de cette instance en termes d'optimisation des dépenses de prévention. Toutefois, la question de la communication sur les actions financées dans ce cadre traduit bien les difficultés à aller jusqu'au bout d'une démarche de mutualisation. La complexité des mécanismes d'octroi de financement, le court délai pour solliciter, choisir et financer les actions de prévention peuvent expliquer la sous-consommation des crédits prévus pour financer ce dispositif. Le fonctionnement de la conférence des financeurs a mobilisé, dans la plupart des départements qui l'ont mise en place, un chargé de mission à temps plein ce qui ne résume pas l'ensemble des moyens résultant du fonctionnement de la conférence. La charge administrative des départements pour porter et faire vivre les conférences des financeurs conduit la mission à proposer que dans le concours « Autres actions de prévention » figure une pérennisation des crédits d'ingénierie destinés à la conférence des financeurs.

[15] La loi ASV fait de l'accompagnement des aidants un sujet majeur. Elle définit la notion de « proche aidant », avec notamment une clarification entre les professionnels et autres aidants. La plupart des départements consultés par la mission avaient mis en œuvre des mesures en faveur des aidants avant la publication de la loi ASV dans le cadre d'une convention avec la CNSA. La CNSA finance également des dépenses de formation des aidants familiaux qui participent à l'accompagnement d'un proche en situation de handicap ou en perte d'autonomie, dans le cadre de conventions avec les départements ou de conventions avec les réseaux nationaux. Elle soutient des projets de recherche ou actions innovantes concernant les aidants. La loi ASV prévoit différentes mesures en faveur des proches aidants mais certaines sont difficiles à mettre en œuvre. Elle créé un droit au répit pour les proches aidants mais impose une participation financière de la personne aidée et des critères d'accessibilité trop restrictifs. Elle permet la prise en charge de la personne âgée lors de l'hospitalisation du proche aidant, là encore avec une participation financière de la personne aidée et des critères d'accessibilité trop restrictifs. La mission recommande un accès aux mesures pour les proches aidants sans condition liée à l'APA qui concerne la personne aidée et non l'aidant et sans participation financière de la personne âgée aidée.

[16] Une autre disposition de la loi ASV transforme le congé de soutien familial en congé de proche aidant. Le soutien aux aidants constitue en outre un axe de programmation de la conférence des financeurs. La mission souligne que d'autres acteurs interviennent pour soutenir et accompagner les aidants comme leur représentant, les organismes de protection sociale ou les entreprises. Ce sujet de société mérite l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan « aidants » piloté par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en lien avec la « stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants des personnes en situation de handicap ».

[17] Centrée sur la mise en œuvre des mesures de la loi ASV, l'analyse du rapport souligne que malgré l'intérêt suscité par plusieurs de ces mesures, des difficultés sur le terrain sont liées :

- au caractère insuffisant des délais de mise en œuvre,
- à la complexité des mesures, qui peut freiner leur mise en œuvre et limiter leur impact effectif sur les personnes âgées,
- à l'hétérogénéité de la mise en œuvre selon les départements qui s'explique à la fois par des politiques différentes de prise en charge des personnes âgées avant la loi et des différences démographiques et économiques.

[18] De ce fait, la sous-consommation des crédits observée en 2016 ne peut être extrapolée aux années futures, notamment du fait de la montée en charge progressive de la loi.

[19] Les délais très courts laissés aux départements pour mettre en œuvre cette réforme particulièrement complexe expliquent pour partie les difficultés rencontrées. Il apparaît indispensable que l'Etat trouve des modalités permettant de mieux associer, à l'avenir, les départements à la préparation des réformes les concernant.

[20] Les propositions de la mission visent notamment à simplifier certaines mesures afin de faciliter leur mise en œuvre. La mission considère également que deux dispositions méritent une approche plus politique : le financement du secteur de l'aide à domicile et le développement et la mise en cohérence des mesures en faveur des aidants.

[…]

"Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements" – Loïc Trabut, Joëlle Gaymu - *Population et sociétés*, n° 539 - INED - décembre 2016

Numéro 539
décembre 2016

Population & Sociétés

Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements

Loïc Trabut, Joëlle Gaymu*

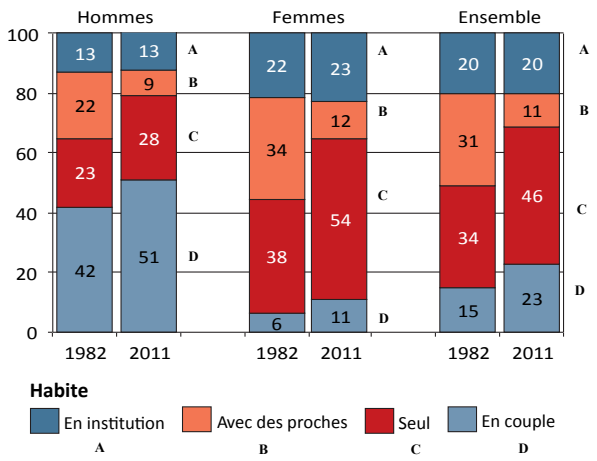
Au cours des dernières décennies, l'autonomie résidentielle des personnes très âgées s'est accrue. Elles vieillissent de plus en plus fréquemment chez elles, seules ou en couple, au lieu de cohabiter avec d'autres membres de la famille. Loïc Trabut et Joëlle Gaymu examinent les évolutions des situations résidentielles des personnes âgées de 85 ans et plus à l'échelon départemental et s'interrogent sur la persistance ou non des disparités territoriales.

Aux grands âges, le maintien à domicile peut devenir difficile en cas de perte d'autonomie ; la cohabitation avec des membres de la famille ou l'entrée en institution peuvent alors être une solution. Les personnes âgées ont-elles recours à ces modes d'hébergement de façon égale sur l'ensemble du territoire ou observe-t-on des différences d'une région ou d'un département à l'autre ?

Davantage d'autonomie résidentielle

En cas d'incapacités d'une personne âgée, les membres de la famille sont les premiers pourvoyeurs d'aide avec un continuum dans l'intensité du soutien, allant de contacts épisodiques – notamment en cas d'éloignement géographique – jusqu'à la corésidence [1]. La cohabitation avec des proches – des enfants la plupart du temps (63 % des cas en 2011[(1)]) – tend à être moins fréquente depuis quelques décennies : entre 1982 et 2011, la proportion de personnes âgées de 85 ans et plus ayant opté pour ce mode de vie a été divisée par près de 3, passant de 31 % à 11 %. À ces âges, corésider avec des membres de la famille était aussi répandu en 1982 qu'habiter seul, et deux fois plus fréquent que vivre avec un partenaire. En 2011, la cohabitation multigénérationnelle est devenue quatre fois moins fréquente que l'isolement résidentiel (11 % contre 46 %) et deux fois moins que la vie en couple (figure 1). Autre signe de l'accroissement de l'autonomie résidentielle, l'hébergement en maison de retraite a également reculé au début de la vieillesse et est demeuré stable passé 85 ans (20 %) ; l'entrée a lieu de plus en plus tardivement, soit en moyenne à 84 ans et 5 mois en 2011, contre 82 ans en 1994 [2].

Figure 1. Répartition des personnes âgées de 85 ans et plus selon leur mode de résidence en 1982 et 2011 (%)

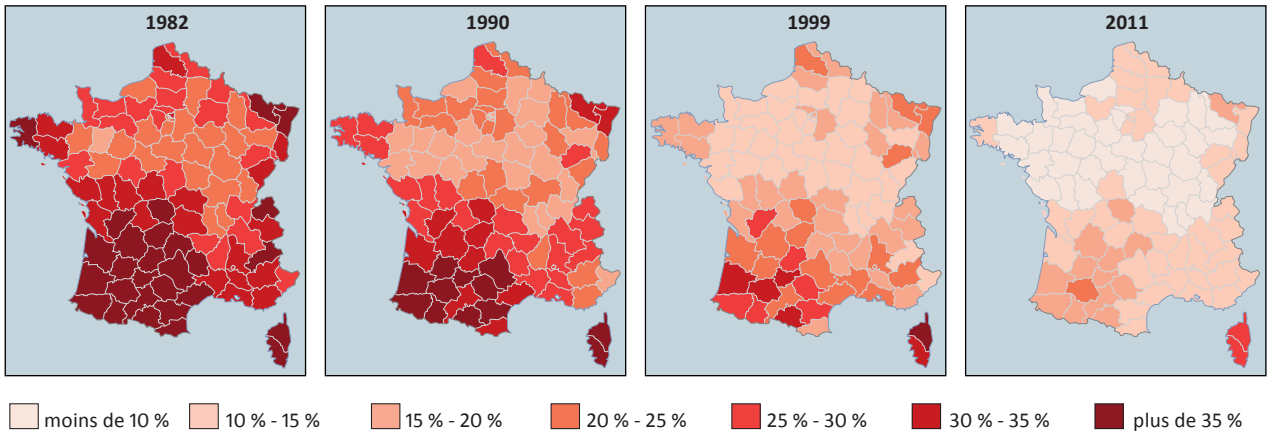


L. Trabuc et J. Gaymu, *Population et Sociétés* n° 539, Ined, décembre 2016.
Source : Insee.

* Institut national d'études démographiques.

(1) L'ensemble des données de cette publication sont issues des enquêtes annuelles de recensement (Insee).

Figure 2. Évolution de la cohabitation avec des proches entre 1982 et 2011 en France métropolitaine



Source : Insee.

Loïc Trabut et Joëlle Gaymu, *Population & Sociétés* n° 539, Ined, décembre 2016.

En 2011, rester chez soi, seul ou en couple, est le mode de vie de 7 personnes âgées de 85 ans et plus sur 10 (contre 1 sur 2 en 1982) (figure 1). Les femmes connaissent moins souvent cette situation que les hommes (65 % contre 79 %) et passent plus fréquemment qu'eux la fin de leur existence en institution (23 % contre 13 %) ou avec des membres de leur famille (12 % contre 9 %). Le soutien mutuel des époux jouant un rôle central dans le maintien à domicile, leur plus fort veuvage contribue à expliquer ces différences. À ces âges, seule une petite minorité de femmes sont en couple (11 %), contre la majorité des hommes (51 %). Les femmes vieillissent à domicile majoritairement seules (54 % contre 28 % des hommes).

La croissance de l'autonomie résidentielle aux grands âges est observée partout en Europe. Elle s'explique notamment par le plus fort désir d'indépendance des différentes générations, l'amélioration de la situation économique des personnes âgées et le développement des politiques de prise en charge de la perte d'autonomie. Toutefois, les contrastes entre pays restent forts : l'isolement résidentiel et l'institutionnalisation sont plus fréquents dans les pays d'Europe du Nord, la cohabitation multigénérationnelle est l'apanage de ceux d'Europe du Sud. La plus ou moins forte implication familiale ainsi que les montants et les modalités des aides publiques sont à l'origine de ces écarts entre pays [3]. Des travaux antérieurs [4] ont montré qu'en France, les situations résidentielles des personnes âgées étaient également particulièrement contrastées selon les territoires.

Dans quelle mesure les disparités départementales perdurent-elles ?

En 1982, dans les 96 départements métropolitains, à l'exception de Paris et de la Mayenne, plus de 20 % des personnes âgées de 85 ans et plus habitaient avec des proches, et dans une quinzaine d'entre eux, cette proportion dépassait 40 %, le maximum de 50 % s'observant dans les deux départements corses. En 2011, seuls ces deux départements et le Gers sont au-dessus de 20 %. Les cartes présentant la cohabitation multigénérationnelle des personnes âgées au fil des recensements illustrent la perte de vitesse de ce mode de résidence (figure 2), qui est devenu beaucoup moins fréquent dans tous les départements[3]. En contrepartie, les personnes âgées vivent plus souvent seules ou en couple. Alors qu'en 1982, habiter seul était deux fois plus fréquent que cohabiter avec des proches dans seulement 6 départements, en 2011 on l'observe quasiment partout[4]. On dénombre 40 départements où ce coefficient multiplicateur dépasse 5, et il est même supérieur à 6 dans 15 d'entre eux. De même, en 1982, cohabiter avec des proches était deux fois plus répandu que vivre avec son seul conjoint dans 76 départements, ce rapport est désormais inverse dans un nombre comparable de départements.

Ce fort recul de la cohabitation des personnes âgées avec des membres de la famille au profit du maintien à domicile, seul ou en couple, s'est accompagné d'une certaine uniformisation territoriale des modes de vie. En 1982, la proportion de personnes âgées vivant en couple ou seules variait déjà peu d'un département à l'autre. En 2011, elle varie encore moins, le rapport interquartile n'étant par exemple que de 1,1 (tableau). Le recours à l'institutionnalisation, bien que plus contrasté (rapport interquantile de 1,3), s'est également en partie homogénéisé.

(3) Notons que la Seine-Saint-Denis est un département où la proportion est restée quasiment stable passant de 18 % à 15 %.

(4) Sauf les deux départements corses et le Gers.

La cohabitation avec des proches est non seulement le mode de vie qui différencie le plus les départements, mais les écarts sont restés du même ordre de grandeur entre 1982 et 2011 (rapport interquartile de 1,5). Ces constats sont identiques pour les hommes et les femmes.

Ces tendances ne remettent cependant pas en cause le classement des départements et, comme pour les recensements antérieurs, le contexte familial du vieillissement varie toujours beaucoup selon les territoires.

Les contrastes entre départements restent marqués

Les différences géographiques dans l'offre d'hébergement et de services à domicile, la proximité et la mobilisation des familles, l'image plus ou moins négative de la vie en institution et les caractéristiques sociodémographiques des personnes très âgées (situation économique et état de santé en particulier) sont autant de facteurs qui dessinent les cartes des modes de résidence des personnes très âgées.

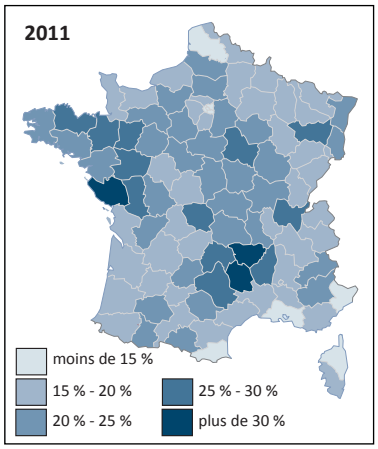
Corésider avec des proches durant la vieillesse est un mode de vie fortement ancré territorialement (figure 2). Avec des proportions de l'ordre de 28 %, ce mode de vie est largement privilégié en Corse. Les départements d'un large Sud-Ouest, où les proportions sont supérieures à 15 %, constituent aussi des zones où la cohabitation multigénérationnelle est plus répandue qu'ailleurs. Ce mode de vie est deux à trois fois plus fréquent dans le Gers, le Tarn-et-Garonne, les Landes, l'Ariège ou le Cantal que dans de nombreux départements plus septentrionaux (Loir-et-Cher, Mayenne, Sarthe,…).

Le recours à l'institution varie également beaucoup selon les départements (figure 3). À l'Ouest, les départements des Pays de la Loire et certains autres départements limitrophes (Deux-Sèvres, Ille-et-Vilaine, Orne), à l'Est, les Vosges, plus au centre, ceux de la bordure est du Massif Central (Aveyron, Lozère, Ardèche, Haute-Loire), l'Ain et l'Yonne sont, avec des proportions de l'ordre de 25 %, ceux comptant le plus de personnes âgées de 85 ans et plus vivant en institution. À l'inverse, c'est à Paris et dans la région parisienne, en Corse, sur le pourtour méditerranéen, et dans la région Nord que ce mode d'hébergement est le moins diffusé, les proportions y étant parfois très inférieures à 10 %.

Dans une quinzaine de départements les personnes âgées recourent 3 fois plus souvent à l'institution qu'elles ne cohabitent avec des proches (contre 1,8 fois en moyenne) alors que dans une dizaine d'autres la corésidence entre générations arrive en tête.

La carte illustrant les proportions de personnes âgées de 85 ans et plus habitant seules (figure 4) s'inscrit en négatif des cartes précédentes : moins de 40 % des personnes âgées de 85 ans et plus vivent seules dans l'Aveyron, la Lozère, le Tarn, le Tarn-et-Garonne ou le Gers. À l'autre extrême, la proportion est de l'ordre de 55 % dans le Nord, la Seine-Maritime ou la Marne, la capitale détenant le record : à ces âges, près de 6 Parisiens sur 10 vivent seuls. Toutefois, par comparaison à la cohabitation multigénérationnelle et à l'institutionnalisation, les disparités géographiques sont beaucoup moins marquées pour ce mode de vie : dans la moitié des départements, entre 51 % et 57 % des femmes vivent seules (entre 26 % et 29 % des hommes). Ce constat d'homogénéité vaut également pour la vie en couple (figure 5) : dans la moitié des départements, entre 49 % et 53 % des hommes sont en union (entre 10 % et 12 % des femmes).

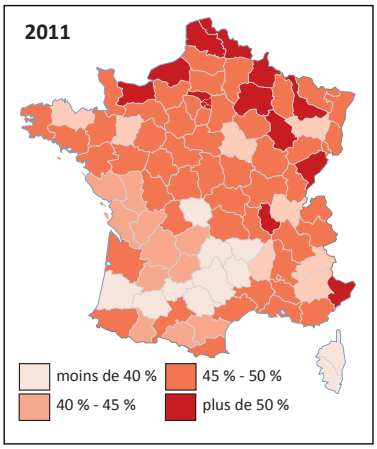
Figure 3. Part des personnes de 85 ans et plus en institution



Loïc Trabut et Joëlle Gaymu, *Population & Sociétés* n° 539, Ined, décembre 2016.

Source : Insee.

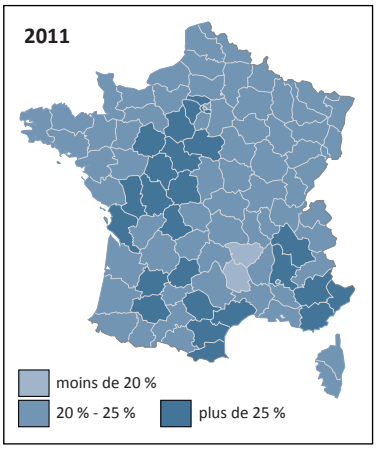
Figure 4. Part des personnes de 85 ans et plus résidant seule



Loïc Trabut et Joëlle Gaymu, *Population & Sociétés* n° 539, Ined, décembre 2016.

Source : Insee.

Figure 5. Part des personnes de 85 ans et plus résidant en couple



Loïc Trabut et Joëlle Gaymu, *Population & Sociétés* n° 539, Ined, décembre 2016.

Source : Insee.

Tableau. Variations départementales des modes de résidence des personnes âgées de 85 ans et plus

	Proportion (%) de personnes habitant							
	avec des proches		en couple		seules		en institution	
	1982	2011	1982	2011	1982	2011	1982	2011
1er quartile(*)	24,4	8,8	13,7	21,9	30,2	43,1	16,0	16,6
2e quartile (médiane)	29,3	10,2	15,3	23,1	34,4	46,6	19,7	19,5
3e quartile	36,7	13,5	16,7	24,5	37,8	48,8	22,6	21,7
Coefficient de variation(**)	0,25	0,34	0,13	0,08	0,18	0,10	0,27	0,22
Rapport interquartile(***)	1,5	1,5	1,2	1,1	1,3	1,1	1,4	1,3

* Quartile : si on prend l'exemple des personnes habitant seules en 1982, un quart des départements comptent au maximum 30,2 % de personnes habitant seules (1er quartile) ; dans la moitié des départements la proportion est inférieure ou égale à 34,4 % (2e quartile ou médiane) ; et pour un quart elle est égale ou supérieure à 37,8 % (3e quartile).
** Le coefficient de variation est le rapport entre l'écart type et la moyenne ; il mesure la dispersion des valeurs.
*** Le rapport interquartile est le rapport entre le 3e et le 1er quartile.
Source : Insee.

Les contrastes entre hommes et femmes dans les façons de vieillir sont presque partout les mêmes et varient peu d'un département à l'autre : si les femmes habitent 1,9 fois plus souvent seules que les hommes, ce coefficient se situe entre 1,8 et 2,1 dans les trois-quarts des départements ; inversement, les hommes vieillissent, en moyenne, 4,5 fois plus souvent en couple que les femmes, et dans 75 % des départements ce rapport se situe entre 3 et 5.

***

Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, atteindre 85 ans est de plus en plus courant et, en 2011, en France, plus de 1,6 millions de personnes ont atteint ou dépassé cet âge ; elles sont 2,6 fois plus nombreuses qu'en 1982. Malgré la forte augmentation de ces effectifs, quasiment autant de personnes cohabitent avec des proches (environ 200 000) alors que celles vivant seules ou en couple sont près de 4 fois plus nombreuses (300 000 en 1982 contre 1,1 million en 2011). Si, dans l'esprit collectif, le grand âge est souvent associé à des problèmes de santé et de prise en charge, cette période de la vie est devenue, au fil du temps, de plus en plus souvent synonyme d'autonomie résidentielle. Malgré une tendance à l'homogénéisation territoriale, les contrastes géographiques restent toutefois marqués, notamment du fait des politiques publiques (développement des services d'aide à domicile *versus* nombre de lits en maison de retraite) et de la nature de l'implication familiale. Ainsi, le sud de la France se singularise toujours par un recours plus fréquent à la cohabitation multigénérationnelle alors que ce mode de vie est partout ailleurs en net recul. Demain, les personnes très âgées devraient pouvoir vivre plus longtemps encore chez elles à condition toutefois que la famille, premier pourvoyeur d'aide, ne se démobilise pas, et que les pouvoirs publics ne réduisent pas l'aide fournie. La précarisation de la situation économique des personnes âgées et/ou l'éventuelle réduction de l'aide des pouvoirs publics se traduira, *ipso facto*, par une pression supplémentaire sur les familles, y compris financière, alors même qu'elles assument déjà, aujourd'hui, l'essentiel de la solidarité à l'égard des plus fragiles.

Références

[1] Jim Ogg, Sylvie Renaut, Loïc Trabut, 2015, « La corésidence familiale entre générations adultes : un soutien réciproque », *Retraite et Société*, n° 70, p. 105-125.

[2] Sabrina Volant, 2014, « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, Drees, n° 899, 6 p.

[3] Roméo Fontaine, Agnès Gramain, Jérôme Wittwer, 2007, « Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe », *Économie et Statistique*, n° 403-404, p. 97-115.

[4] Joëlle Gaymu, 1993, « Avoir 60 ans ou plus en France en 1990 », *Population*, 48(6), p. 1871-1910.

Résumé

En 2011, 7 personnes âgées de 85 ans et plus sur 10 (contre 1 sur 2 en 1982) vieillissent chez elles, seules ou en couple. Cette plus forte autonomie résidentielle s'observe dans tous les départements français. Mais les disparités restent importantes selon les territoires, l'isolement résidentiel étant plus fréquent dans le nord et la cohabitation multigénérationnelle plus observée dans le sud de la France.

ined INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES

Ined : 133, boulevard Davout, 75980 Paris, Cedex 20
Directrice de la publication : Magda Tomasini
Rédacteur en chef : Gilles Pison
Éditrice : Marie-Paule Reydet
Maquette : Isabelle Milan
Impression : Mérico Delta Print, Bozouls, France
D. L. 4th trim. 2016 • ISSN 0184 77 83
Numéro 539 • Décembre 2016 • *Population et Sociétés* • bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques

Population & Sociétés figure dès sa parution sur le site internet de l'Ined :
www.ined.fr/fr/publications/
Pour recevoir par courriel les avis de parution (11 numéros par an) :
www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/
Pour vous abonner à *Population & Sociétés* et le recevoir par courrier :
www.ined.fr/fr/publications/abonnements/abonnements-population-et-societes/
edition@ined.fr

"728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2015" – Premiers résultats de l'enquête EHPA – Marianne Muller – DREES - *Études et résultats* - n° 1015 – juillet 2017 (extraits)

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Drees

JUILLET 2017
NUMÉRO 1015

728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015

Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015

En France, fin 2015, 728 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus. Huit sur dix sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'hébergement temporaire ou l'accueil de jour concernent 4 % des personnes âgées accompagnées.

Les résidents sont de plus en plus âgés : la moitié a plus de 87 ans et 5 mois, contre 86 ans et 5 mois fin 2011. Les femmes sont majoritaires et plus souvent seules que les hommes ; 91 % d'entre elles n'ont pas de conjoint.

Les personnes accueillies en 2015 sont plus dépendantes qu'en 2011 : plus de huit sur dix sont classées en GIR 1 à 4 et 93 % des résidents n'étant pas hébergés en logement-foyer ont besoin d'une aide à la toilette. Enfin, parmi les résidents, près de 260 000 souffrent d'une maladie neurodégénérative.

La population des établissements d'hébergement pour personnes âgées est en renouvellement permanent. Ainsi, un quart des personnes accueillies au 31 décembre 2015 sont arrivées dans l'établissement au cours de l'année ; 55 % viennent de leur domicile ou de celui d'un proche. Un tiers des personnes ayant rejoint un établissement en 2015 l'ont quitté la même année.

Marianne Muller (DREES)

Fin 2015, d'après l'enquête EHPA de la DREES, 728 000 résidents vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées, soit 35 000 de plus qu'en 2011 (tableau 1, encadré 1). Plus de 80 % d'entre eux résident en EHPAD. L'accueil dans ce type d'établissement est plus fréquent qu'en 2011. En quatre ans, le nombre de places en EHPAD, tout comme celui des structures, s'est accru. Cette augmentation progressive découle de la réforme de la tarification, menée à la fin des années 1990, mais aussi des plans successifs de santé publique tels que le plan Vieillissement et Solidarités (2003), le plan Solidarité Grand Âge (2007-2012)[1] et le plan Alzheimer (2008-2012). Il en résulte une création de nouvelles structures, et surtout une transformation en EHPAD de maisons de retraite ou de logements-foyers[2] déjà existants. Toutefois, le nombre de personnes accueillies a augmenté plus rapidement que le nombre de places installées. Fin 2015, sur 100 places installées en EHPAD, on compte ainsi 98 résidents présents, contre 97 en 2011. Les taux d'occupation sont légèrement plus élevés dans le public – où 98 % des places sont occupées – que dans le privé lucratif – où le taux d'occupation s'élève à 95 %.
Les autres établissements d'hébergement hors EHPAD (dénommés ci-après EHPA) et les logements-foyers accueillent globalement moins de résidents en 2015 qu'ils

1. Ces plans soutiennent notamment la création de places en établissement et prévoient des solutions de répit aux aidants en favorisant le développement de l'offre en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et des places en accueil de jour et en hébergement temporaire.

2. Les logements-foyers sont dénommés « résidences autonomie » depuis le 1er janvier 2016. Dans cette étude, on utilisera toutefois systématiquement la dénomination « logements-foyers », encore en vigueur à la date de référence de l'enquête, fin 2015.

n'en accueillaient en 2011. Fin 2015, 14 % des résidents sont hébergés en logement-foyer, majoritairement dans des structures publiques. Si le nombre de résidents accueillis en logement-foyer diminue légèrement entre 2011 et 2015, l'accueil en logement privé lucratif, qui reste rare, tend à se développer (13 % de personnes supplémentaires accueillies en 2015 par rapport à 2011). Les taux d'occupation des logements-foyers sont également plus bas en 2015 que quatre ans plus tôt. En 2011, sur 100 places installées, 95 étaient occupées, contre 93 fin 2015 (tableau A)[3].

4 % des résidents accueillis en hébergement temporaire ou en accueil de jour

Bien qu'ils soient minoritaires, les séjours en accueil de jour[4] ou en hébergement temporaire deviennent plus fréquents (tableau B). Fin 2015, 8 400 résidents sont accueillis en hébergement temporaire contre 7 700 personnes quatre ans plus tôt. De manière analogue, fin 2015[5], près de 8 700 personnes sont accueillies en centre d'accueil de jour, soit 1 380 de plus qu'en 2011. Plusieurs établissements disposent aussi en leur sein de places réservées à l'accueil de jour. Ainsi, plus de 13 100 résidents accueillis en établissement d'hébergement (autres que les centres d'accueil de jour) le sont uniquement en journée.

Ce type de séjour permet à la fois d'accompagner la personne une ou plusieurs journées par semaine tout en lui donnant la possibilité de continuer à vivre à domicile. Il est, avec l'hébergement temporaire, un mode d'accueil transitoire pour des personnes âgées en perte d'autonomie. Hébergement temporaire et accueil de jour sont tous deux également conçus comme des solutions de répit pour les proches aidants, leur permettant de s'absenter ou de se reposer.

Des résidents de plus en plus âgés

Entre 2011 et 2015, la population en institution a vieilli. Fin 2015, la moitié des personnes âgées vivant en établissement ont plus de 87 ans et 5 mois, soit un an de plus qu'en 2011 (encadré 2) [tableau C]. L'âge moyen est de 85 ans et 9 mois, contre 85 ans en 2011. Les hommes vivant en institution sont plus jeunes que les femmes. En moyenne, ils ont 82 ans et 3 mois tandis que les femmes ont 87 ans, ce qui correspond à la différence d'espérance de vie entre les femmes et les hommes. En effet, en 2015, à 60 ans, l'espérance de vie d'un homme est de 22,9 ans, celle d'une femme est de 27,3 ans.

En quatre ans, la proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus parmi les résidents en institution passe de 29 à 35 %. Cette augmentation du nombre de résidents très âgés, en grande partie due à l'allongement de l'espérance de vie, est également le reflet de l'avancée en âge des générations nées dans l'entre-deux-guerres. Ces dernières sont en effet un peu plus nombreuses que celles nées pendant la Première Guerre mondiale, au cours de laquelle la natalité

3. Tous les tableaux appelés par une lettre dans le texte sont disponibles sur le site internet de la DREES dans la rubrique « données complémentaires » liée à la publication de ce numéro d'*Études et Résultats*.

4. Centres d'accueil de jour compris.

5. Les effectifs donnés pour l'accueil de jour et de nuit correspondent à un nombre de personnes différentes prises en charge au cours de la semaine du 14 au 20 décembre 2015. Pour l'hébergement temporaire et permanent, il s'agit du nombre de personnes présentes au 31 décembre 2015.

TABLEAU 1
Nombre de résidents présents au 31 décembre 2015 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2011

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de résidents au 31 décembre 2015	Nombre de résidents au 31 décembre 2011	Évolution du nombre de personnes accueillies entre 2011 et 2015	Évolution du nombre de places entre 2011 et 2015
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	**585 560**	**547 020**	**7,0%**	**6,2%**
EHPAD privés à but lucratif	125 640	110 180	14,0%	12,4%
EHPAD privés à but non lucratif	169 030	155 570	8,7%	7,6%
EHPAD publics	290 890	281 270	3,4%	2,8%
EHPAD publics hospitaliers	127 070	125 320	1,4%	0,8%
EHPAD publics non hospitaliers	163 820	155 950	5,0%	4,4%
Logements-foyers[1]	**101 880**	**102 770**	**-0,9%**	**0,5%**
Logements-foyers privés à but lucratif	3 790	3 350	13,1%	11,6%
Logements-foyers privés à but non lucratif	27 390	28 060	-2,4%	-0,7%
Logements-foyers publics	70 700	71360	-0,9%	0,5%
EHPA (non EHPAD)	**7 700**	**8 630**	**-10,8%**	**-11,2%**
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 120	2 370	-52,7%	-38,0%
Maisons de retraite privées à but non lucratif	4 790	4 660	2,8%	-3,5%
Maisons de retraite publiques	1 790	1600	11,9%	8,4%
Unités de soins de longue durée[2]	**32 790**	**33 490**	**-2,1%**	**-2,5%**
Autres types d'établissement[3]	**–**	**1070**	**–**	**–**
Ensemble[4]	**727 930**	**692 980**	**5,0%**	**4,5%**

1. Les logements-foyers sont devenus, à partir du 1er janvier 2016, des résidences autonomies.
2. Établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.
3. Résidences d'hébergement temporaire (catégorie inexistante en 2015) et établissements expérimentaux (classés dans les EHPA non EHPAD en 2015).
4. Les sous-totaux ont été arrondis. De ce fait, la correspondance avec le total n'équivaut pas à la somme des sous-totaux.

Lecture • Au 31 décembre 2015, 585 560 personnes âgées sont hébergées en EHPAD.
Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.
Source • DREES, enquête EHPA 2015.

ENCADRÉ 1
L'enquête EHPA de la DREES

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) a été lancée pour la première fois en 1985. Auparavant menée une année sur deux, elle est devenue quadriennale à partir de 1996.

L'enquête EHPA recueille des informations sur les caractéristiques et l'activité des établissements médico-sociaux de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM) qui accueillent les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les résidents qui y sont hébergés. Les unités de soins de longue durée (en 2003) puis les centres d'accueils de jour (en 2007) ont été intégrés au champ de l'enquête. Le questionnaire complet de l'enquête peut être consulté sur la page de présentation de l'enquête du site internet de la DREES.

Pour la vague relative à la situation de 2015, le taux de réponse à l'enquête est de 73 %. La non-réponse a fait l'objet de redressements statistiques, afin d'assurer la représentativité des résultats au niveau national.

Spécificités de la vague 2015 de l'enquête EHPA

Pour la première fois, les données de l'enquête EHPA ont été collectées uniquement *via* internet.

L'enquête 2015 a également bénéficié des évolutions du fichier national des établissements sanitaires et sociaux[1] (FINESS), induites par la refonte de l'enregistrement des établissements hébergeant des personnes âgées (instruction de 2014). Cette refonte a permis de recenser les EHPAD qui ne relevaient pas jusque-là de catégories d'établissement spécifiques et de clarifier l'offre d'hébergement pour personnes âgées dans sa globalité. Depuis, quatre catégories d'établissement composent l'offre médico-sociale d'hébergement à destination des personnes âgées : les EHPAD, les EHPA médicalisés, les EHPA non médicalisés et les logements-foyers. Y sont ajoutées les unités de soins de longue durée des hôpitaux.

Les catégories 200 (maisons de retraite) et 394 (établissements d'accueil temporaire) du répertoire FINESS ont été supprimées au 1er janvier 2015 et ont été intégrées dans les autres catégories existantes.

Ces évolutions ont amené à redéfinir les catégories d'établissement établies dans les précédentes éditions pour les faire correspondre à celles de 2015.

1. Le répertoire FINESS est consultable à l'adresse finess.sante.gouv.fr.

ENCADRÉ 2
Les « jeunes » résidents en institution pour personnes âgées

Les établissements pour personnes âgées sont réservés à l'accueil de personnes de 60 ans ou plus. Toutefois, dans certains cas et sous dérogation, ces mêmes établissements peuvent accueillir des résidents plus jeunes. Ces dérogations peuvent notamment être accordées aux personnes en situation de handicap par le Conseil départemental et avec l'accord de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Ainsi, fin 2015, 2 340 femmes et 3 130 hommes ayant entre 50 et 59 ans sont accueillis dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Les personnes âgées de moins de 50 ans n'ont pas été prises en compte pour analyser l'âge des personnes en établissement.

avait baissé. En parallèle, entre 2011 et 2015, la part de la population totale résidant en établissement diminue au sein de chaque classe d'âge (hormis aux âges les plus élevés), signe que l'accroissement du nombre de personnes âgées en institution est moins important que celui observé dans la population générale (tableau D).

Les caractéristiques par âge varient d'une institution à l'autre. Les EHPAD accueillent les résidents les plus âgés. La moitié des personnes accueillies dans ces établissements ont 88 ans ou plus et seuls 18 % ont moins de 80 ans, alors que les moins de 80 ans représentent un tiers des résidents accueillis en logement-foyer et 30 % de ceux hébergés en unité de soins de longue durée (USLD).

Les femmes en établissement plus souvent seules que les hommes

Fin 2015, la majorité des personnes accueillies en établissement d'hébergement n'ont pas de conjoint. À titre de comparaison, parmi l'ensemble des personnes de 65 ans ou plus, c'est le cas de seulement 43 % de personnes ; parmi celles de 80 ans ou plus, elles sont 62 % dans ce cas (INSEE, 2013). Par ailleurs, 87 % des résidents accueillis au 31 décembre 2015 n'ont pas de conjoint dans l'établissement (tableau E). Vivre dans le même établissement que son conjoint reste plutôt rare et ne concerne que 36 % des personnes accueillies et en couple en 2015. Pour les autres, le conjoint réside à domicile ou dans un autre établissement, sans qu'il soit possible de le déterminer dans l'enquête.

Les femmes sont plus souvent sans conjoint que les hommes : 91 % sont seules dans l'établissement contre 75 % d'entre eux. Les femmes sont en effet plus nombreuses à connaître le veuvage en raison de leur plus grande longévité. Par ailleurs, à domicile, les épouses sont davantage confrontées à la perte d'autonomie de leur conjoint que l'inverse. Par conséquent, elles se trouvent plus fréquemment aidantes que les hommes. Le décès du conjoint peut constituer l'élément déclencheur d'une entrée en établissement.

La surreprésentation des femmes s'accentue au fur et à mesure de l'avancée en âge des résidents. À partir de 68 ans, elles deviennent majoritaires chez les résidents de leur âge. Parmi les personnes âgées de 80 ans ou plus, elles représentent 78 % des résidents.

Des résidents plus dépendants qu'en 2011

Le niveau moyen de dépendance des résidents continue de s'accroître entre 2011 et 2015. En 2011, toutes catégories d'établissement confondues, 81 % des résidents étaient en perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR (c'est-à-dire classées en catégorie de GIR 1 à 4) ; en 2015, ils sont 83 % (tableau F). Le niveau de dépendance des résidents augmente dans tous les types d'hébergement – ce qui peut aussi s'interpréter, à rebours, comme l'effet de la baisse du nombre de personnes âgées peu ou pas dépendantes résidant en institution –, mais à des rythmes variables. Les EHPAD sont plus touchés par cette hausse : leur GMP[6] (GIR moyen pondéré) passe ainsi de 689 en 2011 à 710 en 2015. Plus de la moitié des résidents (54 %) y sont très dépendants (en GIR 1 ou 2). Dans les grands USLD, la quasi-totalité des personnes accueillies sont dépendantes (GIR 1 à 4) et 40 % d'entre elles sont confinées au lit et souffrent d'une grave altération de leurs fonctions mentales (GIR 1).

6. Le GMP synthétise le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents d'un établissement. Il est calculé comme la moyenne d'un score individuel caractérisant, pour chaque résident, son degré de dépendance. Le GMP se mesure sur une échelle allant jusqu'à 1 000 (un GMP égal à 1 000 correspondant à un établissement où la totalité des résidents seraient classés en GIR 1).

[...]

Document n° 8

« L'expérience sociale du vieillissement » — Vincent Caradec — Idées économiques et sociales, n° 157 Automne 2009 (extrait).

Vincent Caradec, professeur de sociologie à l'université de Lille 3, GRACC (59)

(…) Plusieurs auteurs ont souligné combien l'appartenance au monde devient problématique avec l'avancée en âge : les personnes très âgées ont souvent le sentiment qu'elles n'ont plus vraiment leur place dans la société d'aujourd'hui et éprouvent des difficultés croissantes à comprendre cet univers qui tend à ne plus les comprendre. Parmi divers témoignages provenant d'entretiens de recherche ou encore de journaux d'écrivains très âgés, citons ces propos de Claude Lévi-Strauss qui déclarait, alors qu'il était âgé de 96 ans : " Nous sommes dans un monde auquel je n'appartiens déjà plus. Celui que j'ai connu, celui que j'ai aimé, avait 1,5 milliard d'habitants. Le monde actuel compte 6 milliards d'humains. Ce n'est plus le mien " (*Le Monde*, 22 février 2005).

Cette difficulté à adhérer à la société actuelle se forge à travers une pluralité de mécanismes : la disparition des contemporains qui ont traversé les mêmes époques que soi, avec lesquels il existait une connivence et qui, comme l'écrit Serge Clément, " vous comprenaient à demi-mot " ; l'éloignement des petits-enfants, engagés dans leur vie d'adulte ; les transformations de l'environnement (évolutions technologiques, passage à l'euro, changements dans les filières scolaires et universitaires qui rendent difficile l'identification des études suivies par les petits-enfants ou arrière-petits-enfants) ; l'abandon d'activités (comme la conduite automobile) qui donnaient le sentiment de rester en prise sur le monde ; la diffusion par les médias de programmes avec lesquels les plus âgés se sentent en décalage et qui leur donnent le sentiment d'appartenir à une autre époque (c'est le cas, notamment, des émissions de variétés lorsque s'y produisent des artistes de fraîche date, qu'ils ne connaissent pas, ou encore des films récents dont ils condamnent les scènes de violence et de sexe).

Confrontés à cette étrangeté croissante du monde, les personnes qui vieillissent mettent en œuvre diverses stratégies afin de recréer de la familiarité avec leur environnement. La première consiste à lutter contre cette étrangeté. C'est ainsi que l'on rencontre des personnes qui se sont converties aux nouvelles technologies afin de " rester dans la course ". La seconde stratégie consiste à se replier sur un espace proche, familier et sécurisant, qui fait pièce à l'étrangeté et à l'insécurité du monde extérieur. Cet espace est celui du chez-soi. Beaucoup de personnes très âgées valorisent fortement leur domicile qui est, pour reprendre la formule de Bernadette Veysset, à la fois un repaire et un repère : un repaire où elles se sentent protégées des agressions extérieures ; un repère identitaire (le domicile symbolise la personne dans sa continuité), spatial (il est un espace familier, intimement approprié, dont l'usage se trouve fortement ancré dans les habitudes corporelles) et temporel (car il est chargé de souvenirs). Les objets de l'environnement domestique jouent alors un rôle majeur : par leur présence, ils assurent la permanence du monde qui entoure l'individu et lui permettent ainsi de pérenniser un sentiment de stabilité alors qu'à l'extérieur, tout se transforme. Comme nous l'avons signalé plus haut, c'est d'ailleurs en s'entourant d'objets matériels - meubles et bibelots familiers, photographies de ses proches, vivants ou disparus - que les personnes qui entrent en maison de retraite parviennent parfois à recréer un " chez-soi " et à retrouver un certain équilibre. (…)

Document n° 9

"Du « cinquième risque » à la solidarité pour l'autonomie" – Yves Mamou – Le Monde économie – 15 février 2010

En dix ans, les glissements du vocabulaire sur le financement de la perte d'autonomie indiquent un assouplissement des schémas mentaux de représentation de la protection sociale.

L'évolution des mots reflète celle des consciences. En dix ans, les glissements du vocabulaire sur le financement de la perte d'autonomie indiquent un assouplissement des schémas mentaux de représentation de la protection sociale.

Bernard Ennuyer, sociologue, membre du collectif "Une société pour tous les âges", fait remarquer que la notion de "cinquième risque" a longtemps *"sous-entendu que la dépendance était un risque de sécurité sociale, égal aux quatre autres : maladie, vieillesse, accidents du travail, famille"*. Au printemps 2001, l'Assemblée nationale a étayé cette idée en votant en faveur d'une prestation d'autonomie financée par la Sécurité sociale, sans barrière d'âge. Mais celle-ci n'a jamais vu le jour.

Moins de dix ans plus tard, en 2007, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée pour gérer les aides aux personnes âgées et handicapées, mais aussi pour faire évoluer la réflexion du gouvernement, ne parle plus de "cinquième risque" mais d'*"un nouveau champ de protection sociale"* qui permettrait *"la création d'un droit universel à une compensation personnalisée pour l'autonomie"*. La dépendance est toujours insérée dans une problématique de solidarité, mais elle se dégage du cadre de l'assurance collective obligatoire.

Cette évolution du vocabulaire institutionnel a fini par entraîner celle des mentalités. Un sondage La Banque Postale-TNS Sofres publié le 4 février par *La Tribune* indique que pour 45 % des Français, la prise en charge de la dépendance ne doit être assumée par l'Etat que *"pour les plus démunis"*. Ils ne sont que 27 % à réclamer une prise en charge globale de chacun par l'Etat, contre 26 % à juger que la couverture de la perte d'autonomie relève de la seule initiative personnelle. La voie semble donc ouverte à des solutions mêlant privé et public.